

Содержание мочевой кислоты в пуповинной крови новорождённых с массо-ростовыми характеристиками ниже 10 перцентилиа достоверно ниже, чем у детей, соответствующих гестационному сроку, а концентрация цистатина-С сходна в обеих группах, что указывает на имеющийся хронический распад жировой ткани при отсутствии органической патологии почек у маловесных детей.

Определение содержания iNOs в сыворотке венозной крови пациенток, беременность которых осложнилась ЗРП, представляет собой высокочувствительный тест для верификации гипотрофии плода, оптимальным порогом является концентрация 19,15 пг/мл.

## ИСХОДЫ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ

*Ковалёва А.И., Король А.С., Ковалёва Д.А.  
УЗ «Брестский областной родильный дом»*

Индукция родов (родовозбуждение) - искусственная стимуляция начала родового процесса до спонтанного начала родовой деятельности по показаниям со стороны матери или плода, а также по сочетанным показаниям. Частота индуцированных родов составляет 10-20%. Индукция родов целесообразна, когда риск пролонгирования беременности превышает риск индукции возможных осложнений (1, 2).

Основными показаниями к индукции родов являются:

1. Гестоз (длительно текущий, средней степени тяжести, не поддающийся лечению).
2. Программированные роды у беременных высокой группы перинатального риска.
3. Перенашивание беременности (срок гестации более 287 дней).
4. Заболевания матери, при которых пролонгирование беременности приведет к перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.
5. Гипотрофия и хроническая гипоксия плода.
6. Резус-сенсбилизация и гемолитическая болезнь плода.

Выбор метода родовозбуждения в каждом конкретном случае зависит от срока и осложнений беременности, вида предложения, акушерского анамнеза, «зрелости» шейки матки

В некоторых случаях, средства, вызывающие ускорение созревания шейки матки, могут способствовать развитию регулярной родовой деятельности. Если после достижения эффекта созревания шейки матки спонтанная родовая деятельность не началась, проводят индукцию родов с использованием амниотомии (3).

*Цель исследования.* Изучение исходов индуцированных родов по родовому отделению в учреждении здравоохранения «Брестский областной родильный дом»

*Материалы и методы.* Проведен ретроспективный анализ 276 историй родов, женщинам которых была назначена индукция тем или иным методом. Исследование проводилось по родовому отделению Брестского областного родильного дома, в котором ежегодно проводится две трети из всех родов, проводимых в родовспомогательном учреждении.

*Результаты и обсуждения.* Возраст пациенток исследуемой группы колебался от 18 до 39 лет, средний возраст женщин составил - 28,6 лет. По возрасту, большую часть составили женщины в возрасте 25-29 лет - 47% и старше 30 лет - 30,2%.

Среди женщин исследуемой группы больше всего было повторнородящих – 156 (56,5%), первородящие составили 120 человек (43,5%). Экстрагенитальная патология была диагностирована у 228 женщин (86,1%), в частности, анемия разной степени тяжести – 36,2%, заболевания щитовидной железы – 24,2%, сердечно-сосудистой системы – 21,2%, миопия различной степени – 16,6%, нарушения жирового обмена – 10,6%, болезни мочевыделительной системы – 7,9%, пищеварительной системы – 6%, варикозная болезнь отмечена у 3,8%.

Отягощенное течение беременности (стационарное лечение по тем или иным причинам) среди женщин исследуемой группы было у 155, что составило 58,5%. Наиболее частые осложнения составили - гестоз средней степени тяжести 28,7%, угроза прерывания беременности - 24,2%, хроническая фето-плацентарная недостаточность - 18,5%, случаи перенесенной острой респираторной вирусной инфекции - 17,4%, резус-сенсibilизация - 1,1%.

Комплексное клиническое пренатальное исследование (кардиотоко-графия, амниоскопия, УЗИ, доплерометрия) позволило всесторонне оценить состояние плода и выбрать время и способ родоразрешения.

По анализируемому структурному подразделению частота индуцированных родов составила 6,4% по отношению к общему количеству родов по отделению.

В 232 случаях (84%) индукция проводилась путем амниотомии, основными сочетанными показаниями к которой были тенденция к перенашиванию беременности, гестоз, хроническая фето-плацентарная недостаточность, «зрелая» шейка матки (оценка по Бишопу 6-8 баллов) в сочетании с многоводием и с сахарным диабетом. В остальных 44 случаях (15,9%) женщины досрочно родоразрешены путем операции кесарева сечения, когда роды через естественные родовые пути составляли определенную степень риска, как для матери, так и для плода.

Амниотомии предшествовал этап использования средств, ускоряющих созревание шейки матки путем использования палочек ламинарии - 77 (33,2%), катетера Фоллея – 18 (7,8%), после чего интрацервикально для индукции родов вводился Препидил-гель в 27 (28,4%) случаях. Без подготовки для созревания шейки матки Препидил-гель назначался в 34 случаях (12,3%). Родовозбуждение после амниотомии проводилось простином Е2 в 94 случаях (40,5%).

При индукции путем амниотомии роды закончились самостоятельно через естественные родовые пути в 201 случае (86,6%), родоразрешение путем операции кесарево сечение было в 28 случаях (12,1%), вакуум-экстракцией плода в 3 случаях (1,3%).

Оценка состояния новорожденных у матерей, которым проводилась индукция путем амниотомии по шкале Апгар на 1 и 5 минуте следующая:

- 6/8 баллов – в 5 случаях (2,6%);
- 8/8, 8/9 и 9/9 баллов – в 227 (97,4%). Обвитие пуповиной у плодов было выявлено в 66 случаях, что составило 228,4%.

Показаниями к экстренному абдоминальному родоразрешению при индукции путем амниотомии были:

- слабость родовой деятельности - 16 (57,1%), из них первичная - 11 (68,7%), вторичная – 5 (31,2%) случаев;
- гипоксия плода - 11 (39,3%), из них угрожающая либо начавшаяся острая гипоксия - 9 случаев (81,8%), хроническая гипоксия и прогрессирующая по одному случаю 9%;
- клинически узкий таз – 1 случай (3,5%).

Беременность закончилась срочными родами у 246 женщин (89,1%), преждевременными (досрочное родоразрешение) - у 30 (10,9 %) из исследуемой группы. Основными причинами досрочного родоразрешения явились - длительное прогрессирующее течение гестоза 60%, из них гестоз тяжелой степени 10%, декомпенсирующая хроническая фето-плацентарная недостаточность в сочетании с задержкой внутриутробного развития плода 23,3%, резус-сенсбилизация 6,7%. При досрочном родоразрешении через естественные родовые пути родоразрешены 2 женщины (6,7%), путем операции кесарева сечения 28 женщин (93,3%).

Сроки досрочного родоразрешения составили:

- 27-30 недель – 13,2%
- 30-32 недели – 13,2%
- 32-34 недели – 30%
- 34 до 37 недель – 43,3%.

Масса детей при досрочном родоразрешении варьировала от 730,0 до 3050,0 граммов.

Поведенный анализ показал следующее:

1. Наиболее благоприятный исход родов для плода имел место при родовозбуждении у женщин при наличии «зрелой» шейки матки амниотомией с последующим использованием утеротонических средств.

2. Чаще индукция родов проводилась у повторнородящих (56,5%).

3. Наиболее частыми показаниями к родовозбуждению были тенденция к переносу (35,5%), гестоз различной степени тяжести (28,7%), хроническая фето-плацентарная недостаточность (15,1%).

4. Для индукции родов наиболее часто используются лекарственные средства группы простагландинов – 56% случаях.

5. Частота экстренного кесарева сечения среди всех индуцированных родов составила 24,2%, среди родов, индуцированных путем амниотомии (13,4%).

#### Литература

1. Ю. К. Малевич, В. А. Шостак «Применение простагландинов для индукции родов», методические рекомендации, г. Минск, 2009 год;

2. Малей Энкин, Марк Кейрс, Шэри Ренфрю, Джеймс Нейлсон «Руководство по эффективной помощи при беременности и родах», г. Санкт-Петербург, 1999 г.

3. В. В. Абрамченко «Активное ведение родов», г. Санкт-Петербург, 2003 год.

## **ТРЕХМЕРНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Козич А.А., Александрович А.С.*

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Недоношенность является одной из важнейших проблем неонатологии, так как показатели перинатальной смертности, неонатальной заболеваемости среди недоношенных детей достоверно выше, а прогноз последующего развития недоношенных менее благоприятен, чем среди доношенных новорожденных [1, 2, 5]. Незрелость организма недоношенного ребенка, особенности васкуляризации головного мозга, повышенная ранимость его капилляров, зависимость кровообращения головного мозга от стабильности системной гемодинамики – все эти факторы способствуют нарушению церебрального кровообращения и развитию гипоксически-ишемической энцефалопатии, а также более выраженному нарушению процессов адаптации в раннем неонатальном периоде.

Частота геморрагических и ишемических поражений головного мозга увеличивается пропорционально степени незрелости организма новорожденного [1, 2, 3, 4, 5]. Так, пери- и интравентрикулярные кровоизлияния у детей с массой тела менее 1500 г. встречаются в 28,9 – 53,5 % [2, 5], а при массе тела более 1500 г. – в 10 – 20 % [1].