

требовало применения интенсивных методов лечения и особых условий выхаживания новорожденных.

Имели место два случая перинатальной смертности: один ребенок из двойни погиб антенатально в 24 недели беременности, один из тройни – в раннем неонатальном периоде.

Выводы:

1. ВРТ позволяют решить проблему длительно существовавшего бесплодия, что имеет важное медицинское и социальное значение.

2. Беременность после ВРТ осложняется невынашиванием, анемией, ФПН, ХГП, ЗВУР, гестозом

3. ВРТ вносят существенный вклад в развитие многоплодной беременности, частота осложнений, досрочного и оперативного родоразрешения при которой значительно выше, чем при одноплодной беременности.

Литература

1. Коломнина, Е.А. Современные подходы к ведению беременности после ЭКО / Е.А.Коломнина, А.Н.Стрижаков, З.М.Мусаев // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.- 2001-2002.-Т.1, Вып.1.- С. 41-43.

2. Кулаков, В.И. Спорные и нерешенные вопросы вспомогательной репродукции у гинекологических больных /В.И.Кулаков // Акуш. и гин. Приложение .- 2006.- С. 4-8.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Мацуганова Т.Н., Радецкая Л.Е., Бресский А.Г.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. В большинстве развитых стран мира в конце 20-го и в начале 21-го века отмечено значительное увеличение количества беременных с многоплодием [1].

Основными причинами увеличения частоты многоплодной беременности явилось внедрение в практику лечения бесплодия вспомогательных репродуктивных технологий.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что перинатальная смертность повышается с увеличением числа вынашиваемых плодов[2, 3].

Цель работы - изучить перинатальные исходы при многоплодной беременности.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ и выкопировка данных из 70 историй новорожденных при многоплодной беременности, рожденных в роддоме БСМП г. Витебска. Из них двоен было 34, троен - 1. Через естественные родовые пути родились 26 (37,1%) детей, извлечены путем операции кесарева сечения - 44 (62,9%).

Клинические данные из историй новорожденных включали информацию о массе, росте и состоянии детей при рождении, о течении периода адаптации и заболеваниях в раннем неонатальном периоде.

Обработка данных проводилась с помощью пакета статистических функций Excel. Результаты представлены в абсолютных и относительных величинах.

Результаты исследования. Установлено, что недоношенными родились 46 (64,8 %) детей, доношенными - 24 (35,2%). Среди доношенных новорожденных признаки незрелости отмечались у 10 (14,1%) детей.

Оценены при рождении по шкале Апгар в 8-9 баллов 56(80%) новорожденных (22 доношенных и 34 недоношенных). В состоянии умеренной асфиксии(5-7 баллов) родилось 13 (18,6%) детей (2 доношенных и 11 недоношенных), в тяжелой (4 балла)- 1(1,4%) недоношенный ребенок.

Масса доношенных детей колебалась от 1980г до 3630г (Me = 2770), недоношенных - от 990г до 2940г (Me = 2250). У 7 двоен наблюдалось расхождение массы тела при рождении более 20%.

В связи с недоношенностью и тяжестью состояния 62 (88,6%) новорожденных нуждались в проведении интенсивной терапии. В условиях кювеза выхаживались 16 (22,9%) детей, в кроватке с подогревом-25(35,6%). Респираторная поддержка в виде ИВЛ осуществлялась 7 (10%) новорожденным, спонтанного дыхания под повышенным давлением - 8 (11,4%), с помощью кислородной маски - 2 (2,9%). Вскармливались через зонд 7(10%) детей, через соску – 57 (81,4%); 91,4 % детей находились на смешанном вскармливании и только 8% новорожденных прикладывались к груди.

Анализ течения периода адаптации показал следующее: средняя потеря массы тела новорожденных составила 5,45%,

причём у 19(27,1%) детей наблюдалось патологическое ее снижение (6% и более). Восстановление массы к моменту выписки (перевода) имело место у 34(48,6%) новорожденных, только тенденция к увеличению после падения - у 28(40%), прогрессирующее снижение - у 8 (11,4%). Нарушение адаптации по церебральному типу отмечено у 12(17,1%) детей.

Общая заболеваемость новорожденных составила 68,7%: неонатальная желтуха наблюдалась у 18 (25,7%) детей, асфиксия - у 9 (12,9%), ЗВУР - у 8(11,43%), респираторный дистресс-синдром - у 7(10%), аномалии развития - у 5(7,1%), натальная травма (внутрижелудочковое кровоизлияние)- у 1(1,4%). Один ребенок умер на 14 сутки (Диагноз: Недоношенность 28 недель. Инфекция, специфичная для перинатального периода неуточненная, генерализованная. Внутричерепное нетравматическое кровоизлияние. Иммунодефицитная болезнь. Двухсторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая форма. Полиорганная недостаточность. Уретерогидронефроз обеих почек).

Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре составила 11 суток. Выписаны домой 42(60%) ребенка, переведены в Витебскую областную клиническую детскую больницу для дальнейшего лечения - 27 (38,6%).

Выводы:

1. Многоплодная беременность ухудшает перинатальные исходы, что обусловлено недоношенностью новорожденных, их высокой заболеваемостью, что обуславливает необходимость проведения респираторной поддержки и интенсивной терапии.

2. При многоплодии высок процент рождения маловесных детей и диссоциированного внутриутробного развития.

3. Ранний неонатальный период при многоплодии осложняется нарушением адаптации по церебральному типу, патологической потерей массы тела и плохим её восстановлением.

4. При многоплодии отмечается высокая частота заболеваемости новорожденных.

Литература

1. Калашников, С.А.Перинатальные исходы при монохориальной двойне/С.А. Калашников, Л.Т.Сичинова, А.А. Совинова //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии – 2008.- Т.7.- №6.- С.41-45.

2. Imaizuming, I. A comparative study of zygotic twinning and triplet rates in eight countries, 1972-1999.g.Biosoc Sci.2003.-v.5.-№2-p.287-303.

3. Blickstein, I. How and why are triplets disadvantaged compared to twins? - Best. Pract. Res. Clin. Obstet Gynaecol. - 2004. - V.18 - № 4. - P 631-644.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ РОДОВ С МЕКОНИАЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

¹Милош Т.С., ¹Гутикова Л.В., ²Пашенко Е.Н., ²Юшкевич Н.Я.,
²Русина А.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Наиболее грозное осложнение неонатального периода обусловлено аспирацией околоплодных вод, загрязненных меконием. Присутствие мекония в околоплодных водах (ОВ) указывает на гипоксию плода и заслуживает пристального внимания, как акушеров-гинекологов, так и педиатров. Отхождение первородного кала (ПК) встречается от 4,5 до 20% всех наблюдений и в среднем составляет до 10% родов при головном предлежании плода даже в случае оптимальной акушерской тактики [1]. Частота синдрома аспирации мекония наблюдается у 1% всех новорожденных, родившихся через естественные родовые пути [4, 5].

Среди предрасполагающих факторов к выделению мекония в ОВ при доношенной беременности являются предшествующие внутриматочные вмешательства, развитие патологического прелиминарного периода, асимметричная форма синдрома задержки развития плода. По литературным данным установлено, что риск антенатального пассажа ПК повышается при наличии у беременной заболеваний сердечно-сосудистой системы, интранатального – при инфекционных осложнениях первой половины беременности, сроке гестации более 40 недель, выявлении аномалий родовой деятельности, применении родоактивации [3]. Так мекониальная окраска амниотической жидкости (АЖ) наблюдается в 1,5 раза чаще у беременных на фоне очагов хронической инфекции, увеличена в 1,5 раза в ходе патологических родов, в 5 раз больше рождается детей в состоянии асфиксии различной степени тяжести [2].

Алгоритм ведения родов с мекониальной окраской ОВ (схема) разработан авторским коллективом в ходе многолетнего ана-