

выраженности отставания зависит от тяжести ПН: при компенсированной ПН окружность щитовидной железы уменьшена только в 34 – 36 недель на 10,8%; при субкомпенсированной ПН отмечается отставание размеров железы на протяжении всей беременности, в 34 – 36 недель – окружность уменьшена на 30,9%. При беременности, осложненной развитием ПН, отмечается снижение всех показателей сосудистой резистентности в щитовидных артериях по сравнению с нормативными значениями. Степень выраженности нарушения кровотока коррелирует со степенью тяжести ПН. При компенсированной ПН в 22 недели показатели превышают нормативные: СДО выше на 21,3%. При субкомпенсированной ПН в сроке 22 – 24 недели показатели сосудистого сопротивления достоверно выше нормы (на 16,2%), затем происходит их снижение и к 34 – 36 неделе СДО ниже, чем в контрольной группе на 22,2%. При субкомпенсированной ПН с отсутствием эффекта от лечения показатели сосудистого сопротивления ниже нормативных в течение всей беременности, начиная с 16 недель. В сроке 34 – 36 недель СДО ниже, чем в контрольной группе в 1,3 раза. При субкомпенсированной ПН и СЗРП 2 – 3 степени отмечается снижение концентрации общих и свободных фракций тиреоидных гормонов в сыворотке пуповинной крови и повышение концентрации ТТГ: Т3 общий снижен на 21,7%, Т3 свободный – на 35,3%, Т4 общий – на 66,7%, Т4 свободный – на 19,1%, ТТГ повышен на 41,9%, что отражает наличие гипотиреоза у плода на фоне сохранной гипоталамо-гипофизарной регуляции функции щитовидной железы плода. Наиболее значимое снижение функции щитовидной железы отмечается у новорожденных со среднетяжелой и тяжелой гипоксией (парциальное напряжение кислорода $22,53 \pm 2,2$, парциальное напряжение CO_2 $44,2 \pm 5,7$, общий CO_2 $54,47 \pm 3,5$). Во всех наблюдениях лабораторно подтвержденного снижения функции щитовидной железы и гипоксии у плода отмечалось отставание размеров щитовидной железы от нормативных для данного срока беременности и снижение показателей сосудистой резистентности. При компенсированной плацентарной недостаточности отмечается возрастание темпов прироста морфометрических параметров надпочечников плода на 21,3% по ширине, 24,8% – по высоте, 27,7% – по толщине по сравнению с неосложненной беременностью. Достоверных изменений сосудистого сопротивления в надпочечниковых артериях по сравнению с нормативными параметрами не отмечалось. Концентрация кортизола в пуповинной крови, полученной после рождения плода, была выше, чем при неосложненной беременности, при любом методе родоразрешения (на 7,3% – при самопроизвольных родах и на 4,3% – при выполнении планового кесарева сечения). При субкомпенсированной плацентарной недостаточности с положительным эффектом от проводимой терапии отмечается более выраженное возрастание темпов прироста морфометрических параметров надпочечников плода на 25,3% по ширине, 24,8% – по высоте, 33,4% – по толщине к доношенному сроку гестации. В надпочечниковых артериях регистрируется повышение сосудистого сопротивления: к 29-32 неделям СДО возросло на 23,6% (до $3,45 \pm 0,12$), ИР – на 8,9% (до $0,73 \pm 0,11$), а ПИ – на 9,6% (до $1,25 \pm 0,12$). По мере достижения положитель-

ного эффекта от лечения индексы сосудистого сопротивления снижались, а при доношенной беременности становились меньше, чем во втором триместре (СДО на 7,3% ($2,57 \pm 0,34$), ИР на 13,5% ($0,59 \pm 0,22$), а ПИ на 2,7% ($1,09 \pm 0,29$)). Содержание кортизола в родах через естественные родовые пути достоверно превышало показатели контрольной группы в 2,7 раза, а при кесаревом сечении – в 2,8 раза. При прогрессирующей субкомпенсированной плацентарной недостаточности отмечалось выраженное отставание темпов роста надпочечников по сравнению с неосложненной беременностью на 21,1% по ширине, 18% по высоте и 8,2% по толщине к середине третьего триместра беременности. В конце второго триместра отмечался незначительный рост сосудистого сопротивления в плодовых надпочечниках (в 25-28 недель ИР на 6% выше, чем при неосложненной беременности). В третьем триместре при отсутствии улучшения или нарастании симптомов внутриутробной гипоксии ИР неуклонно снижался. В 29-32 недели значения ИР были ниже, чем при неосложненной беременности, на 8%, в 33-36 недель – на 8,6%. Уровень кортизола в условиях прогрессирующей субкомпенсированной ПН был на 31,7% ниже, чем при неосложненной беременности при экстренном кесаревом сечении и на 27,7% – при плановом. При декомпенсированной ПН темпы прироста морфометрических параметров ниже, чем при неосложненной беременности: в 25-28 недель отставание в показателях составило 10,2%, в 29-32 недели – 14,7%, а в 33-36 недель – 25,3%. При развитии централизации кровотока плода сосудистого сопротивления в надпочечниковых артериях снижалось, а значения индексов сосудистого сопротивления в конце беременности были ниже, чем в норме. Различия между СДО были достоверными ($p \leq 0,05$) и составляли в 25-28 недель – 9,7%, в 29-32 недели – 11,3%, а в 33-36 недель – 6,5%. Низкая концентрация кортизола при декомпенсированной ПН ($105,8$ нмоль/л) свидетельствовала о нарушениях адаптации плода с последующим возникновением тяжелых осложнений в раннем неонатальном и постнатальном периодах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Струкова С.А., Павлова Т.В.

Россия, г Белгород, ГУ Белгородский государственный университет

Согласно данным эпидемиологических исследований, в различных регионах России бесплодие составляет от 8 до 17,8 % и не имеет тенденции к снижению

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности, родов, перинатальные исходы у женщин после экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы исследования

На базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в 2008-2009гг. обследованы 84 женщины, у которых бере-

менность наступила в результате ВРТ. Основными показаниями к ЭКО послужило тубрно-перитонеальное бесплодие – 61,9%, эндокринное бесплодие – 7,1%, смешанное – 17,9%, неясного генеза – 8,3%, мужской фактор бесплодия отмечен в 11,9%.

Продолжительность бесплодия до 5 лет составила 29,7%, 5-10 лет – 50%, свыше 10 лет – 20,3%. У 58,3% женщин беременность наступила после 1 попытки, у 25% – после 2, у 12,5% – после 3-6 попыток, у 1,2% – после 7. Одноплодная беременность была у 80,9%, многоплодная – у 16,7%, женщин, из них двоен было 3, тройни – 2,38%.

Результаты исследования и обсуждение

При анализе угроза прерывания беременности в I и II триместрах встречалась в 45,8% случаев, в III триместре – 33,3%. Развитие гестоза легкой степени наблюдали в 50% случаев, тяжелого гестоза не было.

В 86,9% случаев беременность закончилась операцией кесарево сечение, в 13,1% завершились самопроизвольными родами без осложнений. Пациенток с одноплодной беременностью было 80,9%, практически все родоразрешены на сроках 38-39 нед, двойни – 16,6% (родоразрешены на сроке гестации 37 нед), тройни 2,5% родоразрешены на сроке до 34-35 нед.

Всего родилось 102 детей, из них доношенных – 85,3%, недоношенных детей – 14,7%. С оценкой по шкале Апгар 7-8 б родилось 69% детей, 6-7б – 31%. Менее 5б – 1,2% - 1 ребенок после экстренного кесарева сечения по поводу кровотечения у беременной с центральным предлежанием плаценты. По массе новорожденные распределились следующим образом: 1400-2000г 2,3%, 2001-2500г – 16,6%, массой 2501-3000г 27,3% детей, 3001- 3500г 51,1%, свыше 4000г – 2,38%. Среди доношенных детей выявлена высокая частота перинатального поражения ЦНС – 38% случаев, внутриутробного инфицирования – 20,2%, морфофункциональная незрелость – 14,2%. Обращает на себя внимание большое количество СЗРП – 31% случаев, т.е. у каждой 3-й женщины. Пороки развития представлены пороками сердца (открытое овальное окно) – 3,5%.

В отделение детской реанимации были госпитализированы 14,3% ребенка. Это были недоношенные дети. Основными показаниями к госпитализации новорожденных явились дыхательная недостаточность – 100% случаев, недоношенность. На II этап выхаживания переведен каждый 3-й ребенок исследуемой группы.

Беременность и роды у женщин с ЭКО и ПЭ можно отнести к патологическим. Эти пациентки входят в группу риска по развитию позднего гестоза, фетоплацентарной недостаточности, прогрессирующей гипоксии плода и перинатальной патологии.

Таким образом, женщин, беременность у которых наступила в результате ВРТ следует относить к группе высокого риска по материнским и перинатальным осложнениям, в связи с чем необходима более тщательная предгравидарная подготовка, профилактика плацентарной недостаточности и перинатальных потерь. Для ведения данной группы пациенток на протяжении всей беременности необходимо создание единого алгоритма профилактики данных осложнений.

К ВОПРОСУ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Сувернева А.А., Удодова Л.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», г. Астрахань, Россия

За последнее десятилетие произошли значительные изменения в социально-экономической структуре общества, изменилась экологическая обстановка в Астраханской области. По данным МУЗ «КРД» г. Астрахани в последние годы выявляется тенденция роста антенатальной гибели плода в структуре перинатальной смертности (от 41,7% в 2001 г до 63,1% в 2006 г).

В связи с актуальностью проблемы проведен анализ 100 случаев антенатальной гибели плода. Целью исследования явилось изучение причин антенатальной гибели плода в условиях г. Астрахани и выявление групп риска по вероятности ее возникновения. В исследовании обращалось внимание на возраст, социальный статус, паритет, данные клинического, лабораторного, инструментального обследования, характер изменений в плаценте и данные аутопсии.

В ходе исследования выявлено: средний возраст женщин с антенатальной гибелью плода составил $25,9 \pm 0,77$ лет. Из 100 пациенток – 37% первобеременных и 63% повторнобеременных, 32% – не состояли на диспансерном наблюдении, 46% – имели среднее и начальное образование, домохозяйки – 56%, работающих – 38%, учащихся – 6%, более 50% женщин не состояли в браке, курящих – 22%, наркозависимых – 4%, у 40% женщин – раннее начало половой жизни. У первородящих антенатальная гибель плода встречалась в 2 раза чаще. У 20% женщин в анамнезе 2 и более артифициальных аборта, у 6% – 2 и более самопроизвольных выкидыша. В 66% наблюдений беременность протекала на фоне анемии (43% – анемия средней и тяжелой степени), 34% – ОРВИ, 26% – обострения хронического пиелонефрита, 20% – сердечно-сосудистых заболеваний, 13% – заболеваний ЖКТ. У 67% обследованных выявлены воспалительные заболевания гениталий: кольпит (30%), хронический аднексит (24%), бактериальный вагиноз (14%), эндоцервикоз (9%), сифилис (8%), герпетическая инфекция (4%). В 46% наблюдений беременность осложнилась ОПГ – гестозами, 24% – угрозой прерывания, 23% – маловодием, 16% – многоводием. В 79% случаев беременность протекала с явлениями хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН) на фоне воспалительных (63%) и циркуляторно – дистрофических (37%) изменений в плаценте. Более 1/3 плодов имели отклонения в массе (у 37% диагностирован СЗРП II-III степени). Чаще антенатальная гибель плода возникала на 31-32 (35%) и на 39-40 (32%) неделе гестации.

На основании анализа вышеперечисленных факторов выделены три группы риска по вероятности возникновения антенатальной гибели плода.

I группу (частота встречаемости факторов менее 30%) составили женщины с наличием вредных привычек (курение, приём наркотиков), двумя и более артифициальными абортми в анамнезе, экстрагенитальной патологией (пиелонефрит, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания ЖКТ), угрозой прерывания беременности.