

Развитие родовой деятельности после преждевременного излития околоплодных вод при недоношенной беременности

Изучены клинические и токографические особенности начала родовой деятельности после преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) при недоношенной беременности у 79 женщин. Установлено, что у 50% женщин в течение 2 – 3 ч после ПИОВ развиваются регулярные схватки, при этом большинство родов заканчивается через естественные родовые пути. Медикаментозное родовозбуждение после ПИОВ при наличии «незрелой» и «созревающей» шейки матки достоверно увеличивает вероятность завершения родов операцией кесарева сечения.

Обнаружено, что у значительной части пациенток с недоношенной беременностью дородовому излитию околоплодных вод предшествуют процессы «созревания» шейки матки и усиления сократительной деятельности матки, сходные с таковыми в прелиминарном периоде при доношенной беременности. Высказано предположение, что «угрожающие преждевременные роды» следует трактовать как прелиминарный период.

В своей практической деятельности врач акушер-гинеколог повседневно вынужден определять индивидуальный план ведения родов, преломленный через собственные знания и опыт, традиции и возможности учреждения. Зачастую он сталкивается с определенными сложностями ввиду неоднозначной трактовки некоторых акушерских ситуаций. Для иллюстрации существования этой проблемы мы приводим достаточно типичный клинический случай.

Беременная К., 35 лет, поступила в родильное отделение 25.01.2004 г. в 4 ч 25 мин с жалобами на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота. Данные влагищного исследования: шейка матки плотноватая, укорочена до 2 см, цервикальный канал пропускает один поперечный палец до плодного пузыря, плодный пузырь цел, головка плода над входом в малый таз. На кардиотокограмме (КТГ) при поступлении регистрировались 1 – 2 за 10 минут высокоамплитудные схватки, а также 2-3 схватки с низкой амплитудой. Состояние плода по данным КТГ – удовлетворительное.

Выставлен диагноз: Беременность 255 дней (36 – 37 недель). ОАГА. Роды II преждевременные. Начало I периода родов.

При повторных влагищных исследованиях изменения в состоянии шейки матки отсутствовали. Сократительная деятельность матки 26.01.2004 г. представлена регулярными, идентичными по амплитуде, продолжительности и форме схватками, следовавшими с частотой 2 за 10 минут, состояние плода – удовлетворительное. Дважды вводились спазмолитики и седативные средства «с целью обезболивания и снятия психоэмоционального напряжения». Наблюдение за женщиной в предродовой палате продолжалось в течение двух суток, после чего с диагнозом «угрожающие преждевременные роды» она была переведена в отделение патологии беременности (ОПБ). С целью пролонгирования беременности были назначены: ректальные свечи с папаверином, электрофорез с серноокислой магнием, диазепекс (женщина жаловалась на нарушения сна). Утром 30.01.2004 г., учитывая усиление схваткообразных болей внизу живота, внутривенно вводилась сернокислая магнезия. При УЗИ 30.01.2004 г. срок беременности составил 38 недель, степень зрелости плаценты – II, доплерометрическое исследование фетоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока нарушений не выявило.

Во время пребывания в ОПБ ежедневно записывались КТГ. На них регистрировались высокоамплитудные схватки, от 1 до 4 за 10 минут. С 31.02.2004 г. на КТГ появились признаки неблагополучия плода: низкоосцилляторный сердечный ритм, ареактивный нестрессовый тест.

В 1 ч 10 мин. 2.02.2004 г. в связи с усилением схваткообразных болей внизу живота женщина переведена из ОПБ в предродовую палату. При влагищном исследовании шейка матки мягкая, укорочена до 2 см, цервикальный канал пропускает один поперечный палец до плодного пузыря, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагноз при переводе: Беременность 267 дней. Начало I периода II срочных родов. Предвестники родов.

Наблюдение в предродовой палате продолжалось еще два дня. На КТГ от 2.02.2004 г. отмечалось повышение тонуса матки в течение 5 мин. реакцией на которое явилось сни-

жение базального ритма сердцебиений плода со 130 до 70 ударов в минуту, сохранявшееся в течение 4 мин.

В 13 ч 50 мин. 3.02.2004 г. излились светлые околоплодные воды. Данные влагалищного исследования: шейка матки мягкая, укорочена до 1 см, цервикальный канал пропускает два поперечных пальца, головка плода прижата ко входу в малый таз. В 15 ч 00 мин выставлено начало I периода родов, а с 16 ч 00 мин. при раскрытии шейки матки 3 – 4 см, «учитывая патологический прелиминарный период и с целью профилактики слабости родовой деятельности», начато внутривенное капельное введение 5 ЕД окситоцина. Через 1 ч 25 мин от начала родостимуляции (через 2 ч 25 мин от начала I периода родов) родился живой доношенный ребенок массой 3400 г. с оценкой 8/9 баллов по шкале Апгар. Неонатологический диагноз: церебральная ишемия легкой степени, острый период; синдром церебральной возбудимости; нарушение периода адаптации. Женщина выписана домой на пятые сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии.

При анализе описанного случая возникает масса неясных вопросов:

Доношенная или недоношенная беременность (по дате последней менструации, первой явке в женскую консультацию и данным первого УЗИ в 11 – 12 недель срок беременности составил 36 – 37 недель, а по данным дородовой фетометрии и массе новорожденного – роды срочные)?

Родам предшествовал прелиминарный период (патологический прелиминарный период) или угрожающие преждевременные роды?

Целесообразно ли было проведение «сохраняющей терапии»?

В каком отделении должна была находиться беременная, и оправданы ли такие переводы?

Околоплодные воды излились преждевременно или в I периоде родов?

Это быстрые роды на фоне неоправданной родостимуляции или была ошибка в установлении времени начала I периода родов?

Какова была бы дальнейшая тактика ведения беременной, если бы у нее не излились воды?

Эти и многие другие, связанные с описанным клиническим случаем вопросы обусловлены разной тактикой ведения пациентки при доношенной и недоношенной беременности. Особенно трудно «соединить» эти различные подходы или выбрать один при пограничных сроках беременности, как в описанной ситуации.

Развитию родовой деятельности при доношенной беременности предшествует прелиминарный период, сущностью которого являются процессы «созревания» шейки матки и становления родовой деятельности наряду с перестройкой жизнедеятельности плода [4, 10]. В научном и практическом акушерстве не описано понятие прелиминарного периода при недоношенной беременности. При развитии симптомов начала родовой деятельности при недоношенной беременности принято выставлять диагноз «угрожающие преждевременные роды», который отсутствует в МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра. Женева, 1992 г.). При этом клиническая картина, а также сократительная активность матки при «угрозе» существенно не отличаются от таковой в прелиминарном периоде при доношенной беременности. Можно предположить, что угрожающие преждевременные роды в течение определенного предшествующего родам промежутка времени представляют собой не что иное, как прелиминарный период. Еще более неясным остается вопрос о трактовке имевшейся сократительной деятельности матки при сохраненной беременности, т.е. снятии симптомов «угрозы».

При доношенной беременности одинаковая по интенсивности маточная активность в прелиминарном периоде в зависимости от длительности ее клинических проявлений и воздействия на плод трактуется как физиологический или патологический прелиминарный период и требует активного врачебного вмешательства. При угрожающих преждевременных родах длительность сохраняющей терапии в зависимости от эффективности подавления сократительной деятельности матки может продолжаться не одну неделю. Следовательно, сократительная активность матки при угрожающих преждевременных родах, учитывая длительность воздействия на плод, с большой вероятностью приобретает патологический характер. С учетом значительных компенсаторных возможностей незрелой плаценты этот фактор, возможно, не играет катастрофической роли при выраженной степени недоношенности. Однако при угрозе прерывания беременности в более поздние сроки (34 – 37 недель), а также при различных состояниях, сопровождающихся преждевременным старением плаценты, его нельзя не учитывать [6, 8]. Особенно актуальна проблема трактовки прелиминарного периода (угрожающих преждевременных родов) в отношении женщин, находящихся в так называемых пограничных сроках гестации – 36 – 38 недель

(принимая во внимание допустимую ошибку в определении срока беременности ± 2 недели).

Как следует из литературных источников, своевременность излития околоплодных вод при недоношенной беременности оказывает существенное влияние на течение родового процесса. Установлено, что при преждевременных родах и интактных плодных оболочках достоверно увеличена (в сравнении со срочными родами) скорость раскрытия шейки матки, укорочены как латентная, так и активная фаза, что может быть связано с частым развитием их на фоне истмико-цервикальной недостаточности. Следствием этого является частое развитие быстрых и стремительных преждевременных родов [8, 9].

При несвоевременном излитии вод, которое предшествует 38 – 51% преждевременных родов, исследователи отмечают замедление темпов родового процесса, что объясняется незрелостью регуляторных звеньев сократительной деятельности матки, высокой частотой фетоплацентарной недостаточности при недоношенной беременности, а также вторичным микробным поражением фетоплацентарного комплекса [3, 5, 7].

Эти данные трудно объяснить, если принять во внимание, что преждевременное излитие околоплодных вод (амниотомия) должно, напротив, способствовать активизации родовой деятельности, поскольку разрыв плодных оболочек, вне зависимости от срока гестации, индуцирует биохимические процессы, ведущие к повышению синтеза ПГ, которые в свою очередь провоцируют «созревание» шейки матки и сокращения миометрия [1, 2]. Более логично предположить, что «стремительные роды» после длительного лечения угрожающих преждевременных родов являются следствием неизученности и субъективной оценки как течения прелиминарного периода, так и трактовки начала родовой деятельности у этих беременных.

Материалы и методы исследования

Для выявления особенностей течения прелиминарного периода и начала родовой деятельности после ПИОВ при недоношенной беременности нами проведен анализ течения родов у 79 женщин. Возраст пациенток варьировал от 17 до 41 года и в среднем составил $25,6 \pm 0,56$ года. Из них 53 женщины ($67,1 \pm 5,29\%$) были первородящими, 33 ($41,8 \pm 5,55\%$) – первобеременными. При анализе распределения рожениц по гестационному сроку было установлено, что у 26 женщин ($32,9 \pm 5,29\%$) он составил от 28 до 33 недель, у 53 ($67,1 \pm 5,29\%$) – от 34 до 37 недель. В сред-

нем срок беременности в группе составил $240,2 \pm 1,66$ дня.

Обработка данных проводилась с использованием общепринятых методов вариационной статистики с использованием пакета программ «Statistica for Windows». Во всех случаях различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У 63 пациенток ($79,7 \pm 4,53\%$) околоплодные воды излились до поступления в стационар. Промежуток времени между излитием вод и поступлением женщин в стационар составил от 30 минут до 12 ч (в среднем – $4,8 \pm 0,54$ ч). При поступлении у 41 женщины ($65,1 \pm 6,00\%$) шейка матки была оценена как «зрелая», у семи ($11,1 \pm 3,96\%$) – «созревающая» и у восьми ($12,7 \pm 4,19\%$) – «незрелая». Семь женщин ($11,1 \pm 3,96\%$) поступили в родильное отделение со сглаженной шейкой матки и раскрытием от 2 до 8 см. Нами не обнаружено связи между длительностью нахождения женщин дома и зрелостью шейки матки при поступлении. Так, из шести женщин, поступивших в родзал в течение первого часа после ПИОВ, три имели «зрелую» шейку матки, две – «созревающую» и лишь одна – «незрелую».

У 16 женщин ($20,3 \pm 4,53\%$) преждевременное излитие вод произошло в стационаре. Из них 13 пациенток ($81,3 \pm 10,07\%$) находились на госпитализации по поводу угрожающих преждевременных родов, а три – по поводу экстрагенитальной патологии. Шейка матки при излитии вод у 12 из них ($75,0 \pm 11,18\%$) была «зрелой», у четырех ($25,0 \pm 11,18\%$) – «созревающей».

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у пациенток с недоношенной беременностью дородовое излитие околоплодных вод как в условиях стационара, так и вне его наступило преимущественно при «зрелой» шейке матки. Это позволяет предположить, что процесс «созревания» шейки матки у значительной части изучаемых женщин предшествовал ПИОВ.

Исходя из особенностей развития родовой деятельности после ПИОВ мы выделили группы рожениц. В первую группу включены 39 женщин ($49,4 \pm 5,63\%$), у которых после излития околоплодных вод самостоятельно развивалась регулярная родовая деятельность. Во вторую группу включены 40 женщин ($50,6 \pm 5,63\%$), у которых после ПИОВ проводилось медикаментозное родовозбуждение.

С целью оценки параметров начала родовой деятельности нами проведен анализ токограмм, записанных в динамике безводного

периода. В первой группе на токограммах, записанных через один час после излития вод, сократительная активность матки была представлена разнообразными по форме и амплитуде схватками длительностью от 30 до 75 секунд. За 10 минут регистрировалось от двух до шести схваток. В среднем через $2,2 \pm 0,48$ ч после ПИОВ у всех пациенток первой группы развилась регулярная родовая деятельность.

У 29 женщин ($36,7 \pm 5,42\%$ всех родов с ПИОВ или $74,4 \pm 6,99\%$ самостоятельно развившихся родов) роды протекали без нарушений сократительной деятельности матки (подгруппа 1.1). У этих рожениц на токограммах, записанных через 2 – 3 ч после излития вод, регистрировались схватки аналогичные по своим параметрам родовым. Частота их составила $3,5 \pm 0,29$ схваток за 10 минут. Данные влагалищного исследования свидетельствовали об эффективности схваток. Промежуток времени между ПИОВ и развитием регулярной родовой деятельности в подгруппе 1.1 составил $1,9 \pm 0,47$ ч.

Следует отметить, что в подгруппу 1.1 вошли девять из 13 женщин ($69,3 \pm 13,32\%$), находившихся на госпитализации в ОПБ по поводу угрожающих преждевременных родов, из них у трех женщин причиной угрозы являлась истмико-цервикальная недостаточность. Длительность пребывания их в стационаре до излития вод составила от одного дня до трех недель (в среднем $6,8 \pm 1,98$ дней). У $55,5 \pm 16,57\%$ беременных с «угрозой» дородо-

вому излитию околоплодных вод предшествовали периодические боли внизу живота разной интенсивности в течение 1 – 3 дней. При анализе токограмм, записанных в динамике до излития вод, у этих пациенток регистрировалась выраженная маточная активность, усиливающаяся по мере приближения к моменту разрыва плодных оболочек. Графически сократительная деятельность матки была сопоставима с таковой в прелиминарном периоде при доношенной беременности. При влагалищном исследовании, проведенном непосредственно после ПИОВ, у всех женщин обнаружена «зрелая» шейка матки (индекс Bishop составил $7,7 \pm 0,24$ балла). Регулярная родовая деятельность у женщин с предшествующей угрозой прерывания беременности развилась в течение $0,6 \pm 0,10$ ч, что достоверно быстрее, чем в среднем в подгруппе 1.1, общая продолжительность родов составила $6,0 \pm 0,71$ ч и не отличалась от таковой в подгруппе 1.1 (табл. 1).

У 10 женщин первой группы ($12,7 \pm 3,75\%$ всех родов с ПИОВ или $25,6 \pm 6,99\%$ самостоятельно развившихся родов) после самостоятельного начала родов была диагностирована первичная слабость родовой деятельности (СРД) (подгруппа 1.2). Промежуток времени между ПИОВ и развитием регулярной родовой деятельности у них хотя и был больше, но не отличался достоверно от такового в группе 1.1 и составил $3,6 \pm 1,24$ ч.

Таблица 1

Характеристика преждевременных родов, осложнившихся ПИОВ, в зависимости от особенностей развития родовой деятельности

Исследуемые критерии	Исследуемые группы		
	группа 1.1 (n=29)	группа 1.2 (n=10)	группа 2 (n=40)
Срок беременности, дни	$241,1 \pm 2,79$	$249,0 \pm 2,04$	$238,4 \pm 2,12^{**}$
Интервал «ПИОВ – поступление в стационар», ч ¹	$4,0 \pm 0,69$	$3,9 \pm 1,73$	$5,5 \pm 0,78^{* **}$
Общая продолжительность родов, ч ²	$6,3 \pm 0,28$	$8,8 \pm 0,83^{*}$	$5,9 \pm 0,51^{**}$
Продолжительность безводного периода, ч	$7,9 \pm 0,54$	$12,4 \pm 1,31^{*}$	$11,1 \pm 0,69^{*}$
Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й мин. балл	$7,8 \pm 0,15$	$7,3 \pm 0,45$	$7,6 \pm 0,16$
Оценка новорожденных по шкале Апгар на 5-й мин. балл	$8,0 \pm 0,08$	$7,7 \pm 0,47$	$7,8 \pm 0,22$
Частота асфиксий новорожденных, абс (%)	3 ($10,3 \pm 5,74$)	2 ($20,0 \pm 13,33$)	7 ($17,5 \pm 6,01$).

Примечание: * - статистически значимые различия с показателями в группе 1.1 ($p < 0,05$ по критерию U);

** - статистически значимые различия с показателями в группе 1.2 ($p < 0,05$ по критерию U);

¹ - исключены женщины, у которых ПИОВ произошло в ОПБ

² - исключены женщины, родоразрешенные операцией кесарева сечения

При анализе токограмм в подгруппе 1.2, записанных через 2 - 3 часа после ПИОВ, ре-

гистрируемое количество схваток не превышало $2,5 \pm 0,21$ за 10 минут. Клинически отме-

чалась слабая динамика раскрытия шейки матки либо отсутствие изменений в ее состоянии. Медикаментозная коррекция СРД была начата в среднем через $3,9 \pm 0,50$ ч после начала регулярных схваток и во всех случаях была успешной.

Как указывалось выше, у 40 женщин (группа 2) после ПИОВ самостоятельная родовая деятельность не развилась. Решение об активной тактике ведения этих пациенток и медикаментозном родовозбуждении было принято в среднем через $5,6 \pm 0,68$ ч после ПИОВ при «зрелости» шейки матки $4,4 \pm 0,22$ балла. Регулярные схватки развились у 38 женщин в среднем через $0,5 \pm 0,09$ ч после начала родовозбуждения, в двух случаях родовозбуждение было неэффективным.

Для определения взаимосвязи между некоторыми параметрами родовозбуждения использовался корреляционный анализ с вычислением парных коэффициентов корреляции Спирмена (ρ).

Так, была выявлена умеренная прямая связь между «зрелостью» шейки матки и промежутком времени между поступлением в стационар и началом индуцирования ($R=0,3987$, $p=0,0195$). Это свидетельствует об определенной агрессивности акушерской тактики в отношении принятия решения о начале индуцирования у рожениц, поступающих с «незрелой» шейкой матки.

Клиническая характеристика индуцированных родов приведена в таблице 2. В зависимости от состояния шейки матки к началу родовозбуждения выделены подгруппы: 2.1 – с «незрелой» и «созревающей» шейкой, 2.2 – со «зрелой» шейкой матки.

Как следует из приведенных данных, достоверно чаще родовозбуждение начиналось при наличии «зрелой» шейки матки, при этом степень ее «зрелости» не зависела от срока беременности.

Общая продолжительность индуцированных родов, закончившихся через естественные родовые пути, существенно не зависела от степени «зрелости» шейки матки и составила в среднем $5,8 \pm 0,79$ ч в подгруппе 2.1 и $6,2 \pm 0,58$ ч в подгруппе 2.2. При этом фактически она оказалась меньше, чем в подгруппах 1.1 и 1.2, т.е. при спонтанном развитии родовой деятельности (табл. 1). Однако такая агрессивность неоправданна, так как $30,0 \pm 7,25\%$ индуцированных родов были закончены операцией кесарева сечения, при этом наблюдалась достоверно большая частота оперативного родоразрешения в подгруппе 2.1 по сравнению с подгруппой 2.2 ($53,3 \pm 13,33\%$ и $16,0 \pm 7,48\%$ соответственно). Следует отме-

тить, что в группе спонтанных родов, даже осложнившихся СРД, не отмечено случаев их завершения операцией кесарева сечения.

Показанием к операции кесарева сечения у четырех женщин послужила гипоксия плода, у одной – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. У пяти женщин гипоксия сочеталась со слабой динамикой со стороны шейки матки в течение 4 – 6 ч стимуляции либо с отсутствием динамики. В двух случаях показанием к оперативному завершению родов сечения явилась неэффективность медикаментозного родовозбуждения, поскольку в течение 4 – 5 часов не удалось добиться развития регулярной эффективной родовой деятельности.

Выводы

У $65,1 \pm 6,00\%$ женщин с недоношенной беременностью ПИОВ происходит при «зрелой» шейке матки, а у $11,1 \pm 3,96\%$ - в первом периоде родов.

В течение 2 – 3 ч после ПИОВ у $49,4 \pm 5,63\%$ женщин развивается регулярная родовая деятельность. Среди них у $36,7 \pm 5,42\%$ женщин развивается эффективная родовая деятельность с частотой схваток $3,5 \pm 0,29$ за 10 минут, у $12,7 \pm 3,75\%$ - первично слабая родовая деятельность с частотой схваток $2,5 \pm 0,21$ за 10 минут. Прогноз родоразрешения через естественные родовые пути в этих случаях, как правило, благоприятный.

У $50,6 \pm 5,63\%$ женщин через $5,6 \pm 0,68$ ч после ПИОВ было принято решение об индуцировании родовой деятельности. Проведение родовозбуждения при наличии «незрелой» и «созревающей» шейки матки является неоправданным, так как сопровождается высокой частотой операций кесарева сечения ($53,3 \pm 13,33\%$). В 75% случаев показанием к оперативному завершению родов является развитие гипоксии плода на фоне введения утеротоников.

Повышенная маточная активность и процесс созревания шейки матки, характерные для угрозы прерывания беременности, имеют при преждевременных родах такое же значение, как прелиминарный период при срочных родах. После излития вод роды у женщин с предшествующей угрозой прерывания беременности в 70 % случаев протекают без аномалий сократительной деятельности матки, а более чем в 30 % случаев являются быстрыми.

Общая продолжительность преждевременных родов после ПИОВ, как правило, не превышает 6 – 9 часов, а длительность безводного периода – 12 часов.

Таблица 2

Характеристика индуцированных родов в зависимости от состояния шейки матки и применяемого препарата

Изучаемые критерии	Изучаемые подгруппы			
	подгруппа 2.1		подгруппа 2.2	
	ПГ Е 2 (n=4)	ПГ F 2α (n=11)	ПГ Е 2 (n=5)	ПГ F 2α (n=20)
Количество женщин, абс (%)	15 (37,5±7,65%)		25 (62,5±7,65%)*	
Зрелость шейки матки к началу индуцирования, балл	2,9±0,22		5,8±0,21*	
	3,0±0,58	2,8±0,23	5,2±0,20*	6,0±0,24*
Интервал «ПИОВ – поступление в стационар», ч ¹	3,9±0,70		6,6±1,18	
	4,1±1,33	3,8±0,87	6,9±1,16	6,5±1,47
Интервал «ПИОВ – индуцирование», ч	4,0±0,73		6,5±0,96	
	4,2±1,39	3,9±0,89	6,5±1,27	6,6±1,17
Интервал «поступление в стационар - индуцирование», ч	0,3±0,19		1,3±0,44*	
Интервал «индуцирование-схватки», ч ²	0,6±0,17		0,4±0,09	
	0,9±0,5	0,5±1,10	0,1±0,1	0,5±0,09
Длительность индуцирования, ч	5,5±0,65		5,4±0,37	
	7,1±1,87	4,5±0,54	3,9±0,37	5,8±0,41
Общая продолжительность родов, ч ³	5,8±0,79		6,2±0,58	
	5,7±1,45	5,9±1,08	4,8±0,64	6,6±0,68
Продолжительность безводного периода, ч	9,7±1,03		11,9±0,89	
	11,5±2,47	9,1±1,09	10,4±1,05	12,3±1,07
Частота КС, абс (%)	8 (53,3±13,33)		4 (16,0±7,48)*	
	1 (25,0±25,00)	7 (63,6±15,22)	1 (20,0±20,00)	3 (15,0±8,19)
Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й мин. балл	7,7±0,15		7,5±0,23	
Частота асфиксий новорожденных, абс (%)	3 (20±10,69)		4 (16±7,48)	

Примечание: * - статистически значимые различия с аналогичными показателями в группе 2.1 (p<0,05 по критерию U);

¹ - исключены женщины, у которых ПИОВ произошло в ОПБ

² - исключены женщины, у которых индуцирование было неэффективным

³ - исключены женщины, родоразрешенные операцией кесарева сечения

Литература

1. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 208 с.
2. Ананьева В.В. Роль биологически активных продуктов плацентарного происхождения в механизмах родовой деятельности: Автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.01 / РАМН. НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта. – СПб, 2000. – 24 с.
3. Арасланова С.Н. Клинико-лабораторное обоснование рациональной консервативной тактики ведения недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек: Автореф. дисс.... канд. мед. наук: 14.00.01 / Кировск. гос. мед. акад. – Казань, 2000. – 24 с.
4. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: Учебное пособие. – Минск: Книжный Дом, 2004. – 304 с.
5. Дворянский С.А., Арасланова С.Н. Преждевременные роды (продолгование недоношенной беременности, осложненной преждевременным излитием вод). – Москва: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 93 с.
6. Длительная угроза прерывания беременности. Перинатальные и отдаленные результаты развития детей / Р.И. Шалина, И.В. Амелхина. Е.Б. Херсонская, Е.М. Карачунская // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 4. – С. 41 – 44.
7. Жилко А.Л. Преждевременный разрыв плодных оболочек у беременных (Клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс.... канд. мед. наук: 14.00.01 / Винницкий мед. ин-т им. Н.И. Пирогова. – Киев, 1992. – 19 с.

8. Курбанова Ф.А. Морфофункциональные особенности фетоплацентарной системы при преждевременных родах: Автореф. дисс.... канд. мед. наук: 14.00.01 / Рос. ун-т дружбы народов. – Москва, 2002. – 22 с.
9. Радьков О.В. Состояние вегетативного статуса и сократительной активности матки в диагностике и прогнозировании преждевременных родов инфекционной и эндокринной патологии: Автореф. дисс.... канд. мед. наук: 14.00.01 / Твер. Мед. акад. – Москва, 2003. – 20 с.
10. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб.: «ЭЛБИ», 2003. – 287 с.

**В.Н. Петрова,
Н.К. Никифоровский,
С.В. Петрова**
Смоленская государственная
медицинская академия г.
Смоленск

Особенности тиреоидной и фетоплацентарной систем у беременных с клинически эутиреоидным зобом, проживающих в условиях природного йодного дефицита

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния тиреоидальной и фетоплацентарной систем у беременных с клинически энтиретарным зобом. Проведенное исследование позволило установить, что у беременных с эутиреоидальным зобом отмечается снижение функции щитовидной железы во второй половине беременности, приводящее к развитию гипотироксинемии в 21,6% наблюдений.

Беременность у пациенток с эутиреоидным зобом часто имеет осложненный характер. У женщин с зобом изменения фетоплацентарной системе встречаются чаще и в значительной большей мере, что требует своевременного их выявления и коррекции.

Введение

Благодаря возросшему интересу к оценке функции щитовидной железы при беременности и усовершенствованию диагностических методов расширилась осведомленность относительно медицинских и социальных последствий тиреоидной патологии для гестации и перинатальных исходов [1, 2, 7]. Адаптационно-приспособительные механизмы гестационного процесса влияют на функциональные возможности тиреоидной системы, в то же время даже кратковременное нарушение

функции щитовидной железы у женщины может быть основной причиной осложненного течения беременности, нарушения развития плода и здоровья новорожденного [3, 4, 5, 6].

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния тиреоидной и фетоплацентарной систем у беременных с клинически эутиреоидным зобом.

Материалы и методы исследования.

Изучено состояние тиреоидной и фетоплацентарной систем у 116 пациенток с клинически эутиреоидным зобом, состоявших на диспансерном учете в женских консультациях г. Смоленска (основная группа).

Контрольную группу составили 60 жительниц г. Смоленска с физиологически протекающей беременностью, не имевших анамнестических и клинических данных о заболеваниях щитовидной железы. В исследование включены пациентки, не получавшие профилактики йоддефицитных состояний.

Всем беременным, кроме клинико-лабораторного и акушерского обследования, проводилась оценка состояния фетоплацентарной системы на основании данных: ультразвуковой фетометрии, плацентометрии и плацентографии, определения объема околоплодных вод (ООВ), доплерометрии маточно-плацентарного кровотока (МПК), функционального состояния плода по параметрам его биофизического профиля (БФП) и кардиотокографии (КТГ). КТГ плода выполняли на ап-