

Обследовано 278 беременных в основной группе и 388 беременных в группе сравнения на сроках беременности 38–41 неделя. Первородящих было 185 и повторнородящих — 93 беременных в основной группе и в группе сравнения соответственно 280 и 108 беременных женщин.

Результаты

После подготовки шейки матки актовегином у 87,84% первородящих шейка матки стала зрелой у 65,4% повторнородящих, если учесть, что у 26,88% повторнородящих шейка матки была зрелой еще до применения актовегина. Несвоевременное излитие околоплодных вод у первородящих в основной группе не отличалось от группы сравнения (36,21% против 36,08%). У повторнородящих, напротив, несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено в 2,3 раза меньше по сравнению с группой сравнения. Всего несвоевременное излитие околоплодных вод в основной группе в среднем отмечено у каждой третьей и в контрольной группе у каждой второй роженицы. Это, вероятно, обусловлено тем, что актовегин повышает энергетический потенци-

ал утеромиоцитов и тем самым осуществляется подготовка адекватного созревания шейки матки и миометрия матки. При этом почти у половины первородящих продолжительность безводного промежутка не превышала 6 ч и 7–12 ч. Лишь в единичных наблюдениях отмечен затяжной безводный промежуток. Общая продолжительность родов у первородящих составила $8,25 \pm 0,25$ ч против $12,2 \pm 0,51$ ч в группе сравнения ($p=0,001$). У повторнородящих соответственно $6,15 \pm 0,60$ ч и $9,35 \pm 0,95$ ч.

Заключение

Подготовка беременных к родам актовегином приводит к достоверному уменьшению (30%) частоты слабости родовой деятельности в группе беременных высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности и сокращает общую продолжительность родов на 2–3 часа как у первородящих, так и повторнородящих. Отмечается снижение частоты оперативного родоразрешения в среднем в 1,5 раза и оказывает благоприятное влияние на состояние плода и новорожденного.

АНТИГИПОКСАНТ МИЛДРОНАТ ПРИ ТЕРАПИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ

© А. П. Талев, В. В. Абрамченко

НИИ акушерства и тинекологии им Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Лечение гипоксии плода с помощью антигипоксанта милдроната.

Материал и методы

Проведен клинический анализ течения беременности, родов, состояния плода при угрожающей и начавшейся гипоксии в родах у 194 рожениц. Группу сравнения составили 120 беременных без гипоксии плода. Из аппаратных методов исследования применялись кардиотокография, УЗИ, доплерометрия, определение кислотно-основного состояния крови плода из предлежащей части, а также определение нитритов крови плода в условиях применения милдроната.

Результаты

Общая продолжительность родов у первородящих основной группы не отличалась от контрольной и составила у первородящих 8 ч 25 мин и у повторнородящих 6 ч 16 мин. Быстрые роды отмечены у каждой десятой роженицы, а затяжные роды (свыше 13 часов) у 5,6% рожениц.

Родовозбуждение применялось у каждой пятой роженицы и родостимуляция у каждой седьмой роженицы. Особое внимание было обращено на частоту примеси мекония в околоплодных водах, которая в основной группе составила 57,73%, т. е. у каждой второй роженицы. При этом густой меконий в начале родов отмечен у 15% и умеренный у 67,9%, а окрашивание задних вод меконием отмечено у 17,28% рожениц. Нами выявлена высокая корреляционная зависимость между частотой и характером интенсивности окраски вод меконием с обвитием пуповины, что требует сочетанного применения наружной и прямой кардиотокографии. При сопоставлении состояния плодов и новорожденного со структурно-функциональным состоянием плаценты установлено, что у каждой третьей женщины имела место патологическая незрелость плаценты и у каждой второй — различные формы плацентарной недостаточности (хроническая, компенсированная, субкомпенсированная, сочетание хронической с острой плацентарной недостаточностью) у 57,4% женщин.

Заключение

При лечении гипоксии плода антигипоксантом милдронатом (10% раствор по 5 мл/500 мг) внутривенно, капельно на 200 мл изотонического 0,9% раствора натрия хлорида с интервалом 3 час отмечено благоприятное влияние милдроната на состояние плода и новорожденного, в частности, уменьшения частоты асфик-

сии новорожденного в 7 раз. В 5 раз снизилось количество детей, поступающих в отделение интенсивной терапии новорожденных, что по европейским стандартам является очень важным показателем эффективности лечения гипоксии плода. Перинатальная смертность в 2008 г. явилась самой низкой за последние годы и составила всего лишь 0,25%.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ RH-АЛЛОИММУНИЗАЦИИ

© Е. В. Шелаева, Н. Г. Павлова

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Неблагоприятные перинатальные исходы при тяжелых формах Rh-аллоиммунизации обусловлены анемическим синдромом у плода. Нарастающая некомпенсированная анемия нарушает функциональное состояние плода, приводит к развитию хронической гипоксии, формированию сердечной недостаточности, поражению ЦНС плода. Снижение уровня гемоглобина в крови плода менее 0,65 МоМ от физиологической нормы требует адекватной и своевременной коррекции (G. Mari, 2000). Оказание эффективной помощи плоду стало возможным благодаря внедрению в рутинную практику фетальных хирургических технологий, позволяющих проводить лечение тяжелой анемии внутриутробными гемотрансфузиями.

Цель исследования

Анализ перинатальных исходов после внутриутробного лечения тяжелых форм Rh-аллоиммунизации в НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН за последние 4 года.

Материал и методы

Анемия, потребовавшая внутриутробного лечения плода, была диагностирована у 45 повторнобеременных с тяжелой Rh-аллоиммунизацией. У 10 пациенток при иммуногематологическом исследовании определялись только D-антиэритроцитарные антитела, 33 — были иммунизированы несколькими антигенами системы резус (D и/или C, Sw), у одной — наряду с антирезусными определялись Kell-антиэритроцитарные антитела, а у одной D-положительной пациентки — с-антиэритроцитарные антитела в титре от 1:16 до 1:32768. 10 беременным внутриутробные

трансфузии начаты в связи с наличием отекающего синдрома у плода, остальным 35 — в связи с повышением максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода выше 1,5 МоМ от физиологической нормы для срока беременности, вычисленной при доплерометрии по методике G. Mari (1995). Для переливания использовались отмытые и фильтрованные эритроциты донора с высоким гематокритом (>80%). Объем переливаемой крови рассчитывали по номограмме с учетом срока беременности, уровня гематокрита у плода и донора. Использовался метод сочетанного переливания отмытых эритроцитов донора и 20% раствора альбумина. Перед переливанием с целью обездвиживания плода в вену пуповины вводили бромистый пипекуроний в дозе 0,1 мг на 1 кг предполагаемой массы плода. Для оценки функционального состояния плода во время вмешательства проводился постоянный кардиомониторный контроль его сердечного ритма.

Результаты

Проведено 122 внутриматочных внутрисосудистых трансфузий плодам, от 1 до 5 на протяжении беременности с 19-ой по 35-ю неделю. Количество переливаний, выполненных одному плоду, зависело от тяжести анемии. У 16 плодов (35%) до начала лечения была выявлена анемия средней степени (гемоглобин <0,65 МоМ), у 29 плодов (65%) — анемия тяжелой степени (гемоглобин <0,55 МоМ). Выживаемость плодов составила 89%. Выжили все плоды, имевшие анемию средней степени тяжести и 24 из 29 плодов (83%), имевшие анемию тяжелой степени, в том числе и 8 из 10 плодов с отечной формой заболевания. Пять плодов погибли внутриутробно. Из них в 3 случаях (6,7%) антенаталь-