

DOI 10.37882/2223–2966.2021.05–2.21

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ, ИСХОДОМ КОТОРЫХ БЫЛО РОЖДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО В СОСТОЯНИИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ

FEATURES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH RESULTED IN THE BIRTH OF A NEWBORN IN A STATE OF SEVERE ASPHYXIA

**E. Paliutina
I. Kozlovskaya
L. Shubin**

Summary. A retrospective analysis of 200 pregnancy case records, health histories of newborns, birth histories and the results of a histological study of placentae was carried out. All patients were divided into two groups: the main group included n=97 women gave birth to newborns in a state of severe asphyxia and the comparison group n=103 patients who gave birth to newborns with an Apgar score of 8–9. As a result of the study features of pregnancy and childbirth affecting adverse perinatal outcomes were identified. These features include a burdened obstetric and gynecological history of abortion, a burdened somatic history of cardiovascular disease and impaired fat metabolism, a late arrival to the women's consultation clinic, the presence of abnormality revealed at the first and third ultrasound examination, admission to an obstetric hospital with "immature" birth canals, high frequency of programmed delivery and, consequently, termination of delivery surgically and by vacuum extraction of the fetus.

Keywords: pregnancy, childbirth, newborn asphyxia, risk factors.

Палютина Елена Юрьевна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России
peyu260562@mail.ru

Козловская Ирина Александровна

К.м.н., врач акушер-гинеколог, ГБУЗ Ярославской области «Областной перинатальный центр»
kia801980@mail.ru

Шубин Леонид Борисович

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России
LBSH@yandex.ru

Аннотация. Был проведен ретроспективный анализ 200 диспансерных книжек, истории родов, историй новорожденных и результаты гистологического исследования последов. Группы были сформированы методом случайной выборки. Основным критерием отбора явилась оценка новорожденного по шкале Апгар на первой минуте жизни. В основную группу вошли n=97 женщины, родившие новорожденных в состоянии тяжелой асфиксии и группу сравнения — n=103 пациентки, родившие новорожденных с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов. В результате исследования были выявлены особенности течения беременности и родов, влияющие на неблагоприятные перинатальные исходы. К этим особенностям относятся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез по абортam, отягощенный соматический анамнез по сердечно-сосудистой патологии и нарушению жирового обмена, поздняя явка в женскую консультацию, наличие патологии, выявленной на первом и третьем ультразвуковом исследовании, поступление в акушерский стационар с «незрелыми» родовыми путями, высокая частота программированных родов и как следствие завершение родов оперативным путем и вакуум экстракцией плода.

Ключевые слова: беременность, роды, асфиксия новорожденных, факторы риска.

За последнее время акушерские причины перинатальных потерь и их частота в регионах Российской Федерации практически остается прежними: это некачественное наблюдение за беременными, ведение родов, особенно в областных населенных пунктах при отсутствии единых стандартов и протоколов по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Конечная цель беременности и родов — это не количество, родившихся живыми младенцев, а рождение здорового поколения, способного в бу-

дущем обеспечивать себя и способного воспроизвести здоровое потомство.

В последнее время были опубликованы результаты исследований, которые подтвердили связь полиморфизма генов CSTT1, CSTM1, CSTEP1 и развитием тяжелой асфиксии у доношенных новорожденных. (Будюхина О.А. и др.) Проведение подобных исследований возможно только в научно-исследовательских учреждениях федерального уровня. Мы же имеем возможность лишь

Таблица 1. Особенности социально-медицинских факторов пациенток в группах сравнения

социальные -медицинские факторы	N=97		N=103		p<0,05	Kendall Tau
возраст	30,23		29,42			
рост	161,9		164,9		p<0,001	-0,2
вес при постановке на учет	67,4		62,6		p<0,025	0,08
ИМТ	25,4		22,9		p<0,000	0,14
состоят в браке	67	69,1%	79	76,9%		
имеют среднее образование	14	14,4%	10	9,7%		
имеют среднее профессиональное образование	33	34%	22	21,4%	p<0,0456	0,14
имеют высшее образование	49	50,5%	71	68,9%	p<0,008	-0,187
наличие работы	69	71,1%	78	75,7%		
проживают в г. Ярославль	49	50,5%	73	70,9%	p<0,0033	-0,21
проживают в Ярославском районе	12	12,4%	7	6,8%		
проживают в Ярославской области	34	35,1%	23	22,3%	p<0,0469	0,14

Таблица 2. Показатели паритета и анамнеза в группах сравнения

паритет	N=97		N=103		p<0,05	Kendall Tau
количество беременностей	2,59		2,11			
количество родов	1,63		1,77			
количество аборт	0,62		0,13		p<0,000	0,25
количество выкидышей	0,33		0,25			
первобеременные первородящие	40	41%	39	38%		
Повторнобеременные первородящие	19	19,6%	2	1,9%	p<0,001	
Повторнобеременные повторнородящие	38	40%	62	60,1%	p<0,005	
имеют ОАГА	50	51,5%	28	27,2%	p<0,002	-0,22

ориентироваться на те данные, которые были получены при стандартном обследовании беременной в условиях женской консультации и стационара.

В ранее опубликованной нами статье «Медико-социальные факторы риска тяжелой асфиксии новорожденных» был сформулирован профиль пациентки, угрожаемой по рождению плода с низкой оценкой по шкале Апгар, что нашло подтверждение и в данном исследовании. Это беременные около 30 лет, проживающие в малонаселенных городах Ярославской области, с ростом ниже среднего, с ожирением, со средне-профессиональным образованием. При этом влияния таких переменных как наличие зарегистрированного брака и официального трудоустройства на возможность рождения плода в состоянии тяжелой асфиксии не выявлено.

Цель нашего исследования

Выявить особенности гистологического строения последов, факторы риска течения беременности, ведения родов, исходом которых было рождение плода в состоянии тяжелой асфиксии.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ диспансерных книжек, протоколов ультразвукового исследования, историй родов, протоколов патоморфологического исследования последов и историй новорожденных, родившихся в областном перинатальном центре города Ярославля в 2016–2019 годах. Группы были сформированы методом случайной выборки. Основным критерием отбора явилась оценка новорожденного по шкале Апгар на первой минуте жизни. В основную группу вошли n=97 женщины родившие новорожденных в состоянии тяжелой асфиксии, а в группу сравнения — n=103 пациентки, родившие новорожденных с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов. Критериями исключения были срок родоразрешения менее 34 недель, в связи с наличием синдрома дыхательных расстройств характерного для данного срока гестации, многоплодная беременность, наличие врожденных пороков развития плода. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы SPSS22. По каждому признаку в сравниваемых группах, определяли среднее значение со стандартным отклонением, сравнивая исследуемые

Таблица 3. Особенности соматического анамнеза пациенток в группах сравнения

соматический анамнез	N=97		N=103		p<0,05	Kendall Tau
имеют патологию с.с.с.	36	37,1%	7	6,80%	p<0,0000	0,37
имеют патологию ж.к.т.	16	17%	16	15,5%		
имеют эндокринную патологию	39	40,2%	36	35%		
имеют нарушение жирового обмена	20	20,6%	7	6,8%	p<0,0043	0,2
имеют железодефицитную анемию	38	39,2%	35	34%		
имеют инфекцию мочевыводящих путей	29	29,9%	16	15,5%	p<0,0153	0,17
наличие резус-отрицательной крови	8	8,2%	25	24,3%	p<0,0023	-0,22
наличие варикозной болезни	10	10,3%	12	11,7%		
наличие хронических инфекций	17	17,5%	12	11,7%		
наличие сифилиса, гепатита В, С, ВИЧ-инфекции	6	6,2%	3	2,9%		
наличие миопии	35	36,1%	31	30,1%		

Таблица 4. Результаты обследования при беременности пациенток в группах сравнения

Обследование при беременности	N=97		N=103		p<0,05	Kendall Tau
наличие ранней явки до 12 недель	76	78,4%	100	97,1%	p<0,0000	-0,29
отсутствии патологии при скрининговом УЗИ № 1	69	71,1%	100	97,1%	p<0,0000	-0,36
отсутствие патологии выявленной при скрининговом УЗИ № 2	78	84,8%	98	96,1%	p<0,0069	-0,19
отсутствие патологии выявленной при скрининговом УЗИ № 3	61	64,9%	92	90,2%	p<0,0000	-0,31
наличие патологии околоплодных вод	28	28,9%	1	1%	p<0,0000	0,39
свободная субъединица ХГТ	43,22		35,4		p<0,046	0,17

группы с помощью t-критерия Стьюдента, корреляционную зависимость количественных и качественных факторов. Значимость исследуемых факторов риска была подтверждена с помощью вычисления отношения шансов (OR).

Результаты исследования

При сравнении групп между собой в результате проведенного исследования не было выявлено достоверной разницы между группами по следующим показателям: по количеству беременностей, родов и самопроизвольных выкидышей. Но, при этом была выявлена не только достоверная разница между группами ($p \leq 0,0005$) по количеству искусственных абортов, но и достоверная ($p \leq 0,0000$) положительная корреляционная связь с тяжелой асфиксией. И как следствие у повторнобеременных, но первородящих шансов на неблагоприятные перинатальные исходы значительно выше, чем у повторнобеременных, повторнородящих женщин.

Обращает на себя внимание тот факт, что к 30 годам больше половины пациенток основной группы имелиотягощенный акушерско-гинекологический анамнез

не только с высокой достоверностью, но и с обратной корреляционной зависимостью с тяжестью состояния плода при рождении.

При анализе анамнеза пациенток следует отметить, что к 30 годам естественным образом увеличивается количество соматических заболеваний. Но в основной группе не только достоверно больше сердечно-сосудистой патологии (гипертензия, гипотония), нарушений жирового обмена, инфекций мочевыводящих путей, но и выявлена прямая корреляционная зависимость с тяжелой асфиксией плода при рождении.

Случайно был выявлен очень интересный факт: в группе сравнения четверть женщин имели резус отрицательную кровь, но без изосенсибилизации, достоверно больше, чем в основной группе, причем с отрицательной корреляционной зависимостью к тяжелой асфиксии новорожденного. Объяснения этому факту в научной литературе мы не нашли.

Мы проанализировали данные обследования беременных женщин в условиях женской консультации. В результате анализа было выявлено, что только 78% жен-

Таблица 5. Особенности течения родов в группах сравнения

течение родов	N=97		N=103		p<0,05	Kendall Tau
продолжительность 1 периода	328,1		271,4		p<0,008	0,15
продолжительность 2 периода	28,62		18,96		p<0,01	0,35
безводный промежуток (мин)	557		344		p<0,001	0,23
преждевременный разрыв плодного пузыря	47	48,6%	43	41,7%		
наличие патологии околоплодных вод	28	28,9%	1	0,9%	p<0,0000	0,39
состояние родовых путей при поступлении в стационар						-0,71
незрелая шейка матки	71	73%	2	1,94%	p<0,0000	
зрелая шейка матки	21	21,6%	39	37,86%	p<0,0000	
с открытием маточного зева	5	5,2%	62	60,19%	p<0,0000	
индукция родов						
катетор Фоллея	35	36,1%	0	0,00%	p<0,0000	0,47
мифепристон	17	17,5%	0	0,00%	p<0,0000	0,31
динопрост-гель	10	10,3%	0	0,00%	p<0,0000	0,23
амниотомия	37	38,14%	0	0,00%	p<0,0000	0,49
родовозбуждение окситоцином	38	39,2%	9	8,7%	p<0,0000	0,36
оперативное родоразрешение путем кесарева сечения	38	39,2%	13	12,6%	p<0,0000	0,3
вакуум-экстракция плода	47	48,6%	5	4,9%	p<0,0001	0,27
масса плода	3167,9		3333,7		p<0,037	-0,066

щин ($p \leq 0,0000$), родивших новорожденных в состоянии тяжелой асфиксии встали на диспансерный учет до 12 недель беременности, достоверно ($p \leq 0,0000$) доказано, что поздняя явка в женскую консультацию на прямую связана с высоким перинатальным риском.

При изучении объема обследования в условиях женской консультации следует отметить, что только 71% беременных основной группы ($p \leq 0,0000$) прошли перинатальный скрининг в сроках 11–14 недель в сравнении с 97% пациенток группы сравнения с доказанной ($p \leq 0,0000$) обратной корреляционной зависимостью с тяжелой асфиксией. При анализе протоколов ультразвуковых исследований было выявлено, что только у 71,1% пациенток при УЗИ № 1, у 84,4% пациенток при УЗИ № 2 и у 64,9% пациенток при УЗИ № 3 патологии не было выявлено, что достоверно отличало основную группу от группы сравнения. Выявлена отрицательная взаимосвязь между результатами ультразвукового исследования, особенно в первом и третьем триместрах беременности и возможностью рождения плода в состоянии тяжелой асфиксии.

При анализе данных биохимического скрининга таких как размер ТВП, КТР, количества свободных субъединиц ХГТ и РАРР и ХГТ в Момах и РАРР в Момах достоверная разница между группами и слабая положительная

корреляционная связь с тяжелой асфиксией была выявлена только по количеству свободной субъединицы ХГТ. При ультразвуковом обследовании в сроках доношенной беременности в основной группе в 28,9% случаях ($p \leq 0,0000$) против 1% в группе сравнения было выявлено либо маловодие, либо многоводие с доказанной ($p \leq 0,0000$) прямой корреляционной связью с состоянием тяжелой асфиксией.

При анализе историй родов были отмечены интересные факты: преждевременный разрыв плодных оболочек в исследуемых группах отмечался практически с одинаковой частотой — 48,4% в основной группе и 41,7% в группе сравнения, не было выявлено и корреляционной связи с рождением плода в состоянии тяжелой асфиксии, а вот продолжительность безводного промежутка достоверно ($p \leq 0,001$) отличалась в сравниваемых группах — в среднем 9,28 часа в основной группе и в среднем 5,73 часа в группе сравнения с доказанной ($p \leq 0,0000$) прямой корреляционной связью с тяжелой асфиксией. При поступлении в акушерское отделение оценивали состояние родовых путей. Была выявлена существенная достоверная разница ($p \leq 0,0000$) между исследуемыми группами: в основной группе только 5% женщин поступили в первом периоде родов против 60% пациенток в группе сравнения, 22% беременных основной группы и 38% группы сравнения имели «зрелые»

Таблица 6. Показания к операции кесарево сечение в основной группе

Показания к операции кесарево сечение — всего 38 случаев	%
Дистресс плода	47,3
Частичная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение	15,7
Выпадение петель пуповины	10,5
Предлежание плаценты, кровотечение	7,9
Нарушение фето-плацентарного кровотока	7,9
Неэффективность родовозбуждения	5,3
Вторичная слабость родовой деятельности	2,7
Косое положение плода	2,7

родовые пути ($p \leq 0,05$) и наиболее важным является тот факт, что 73% женщин, родивших детей в состоянии тяжелой асфиксии поступили в стационар с «незрелыми» родовыми путями против 2% в группе сравнения, что потребовало в последствии использование методов индукции родов. Состояние родовых путей при поступлении в акушерский стационар имело обратную корреляционную связь ($p \leq 0,0000$) с тяжелой асфиксией.

Этот факт отразился на дальнейшей тактике ведения пациенток основной группы, в которой достоверно ($p \leq 0,0000$) чаще в 18% случаев использовали мифепристон — в группе сравнения не применялся, в 10% случаев гель — в группе сравнения не применялся, и в 36% против 1% катетер Фоллея для подготовки родовых путей. Для родовозбуждения в основной группе достоверно ($p \leq 0,0000$) чаще использовали амниотомию 40% против 1% в группе сравнения и в 39% случаев внутривенное введение окситоцина по общепринятой схеме против 9% в группе сравнения с доказанной ($p \leq 0,0000$) прямой корреляционной связью с тяжелой асфиксией.

Сравниваемые группы достоверно ($p \leq 0,0001$) отличались по сроку родоразрешения в среднем $38,4 \pm 2,08$ недель беременности в основной группе и в среднем $39,3 \pm 0,97$ недель беременности в группе сравнения с доказанной ($p \leq 0,0006$) обратной корреляционной связью с тяжелой асфиксией.

В обеих группах во втором периоде родов для извлечения плода был использован вакуум-экстрактор — достоверно чаще ($p \leq 0,0001$) 26% в основной группе и только в 5% в группе сравнения с доказанной ($p \leq 0,0000$) прямой корреляционной связью с тяжелой асфиксией.

В группе сравнения 99% женщин ($p \leq 0,0000$) родоразрешились через естественные родовые пути, а в основной группе только 61% пациенток с доказанной ($p \leq 0,0000$) обратной корреляционной зависимостью с тяжелой асфиксией.

Основным показанием для оперативного родоразрешения был дистресс плода, открытым остается вопрос — чем он был вызван? — хронической плацентарной недостаточностью, внутриутробной задержкой роста плода, неадекватным использованием методов индукции родов. На втором месте это — частичная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение, что является абсолютным показанием для кесарева сечения при невозможности родоразрешения через естественные родовые пути.

Масса новорожденных в сравниваемых группах достоверно ($p \leq 0,03$) отличались друг от друга $3167,9 \pm 677,7$ грамм в основной группе и $3333,6 \pm 411,4$ грамм в группе сравнения при этом корреляционной зависимости с тяжелой асфиксией не обнаружено. Новорожденные были оценены по шкале Апгар на первой и пятой минуте — $2,35 \pm 0,82$ балла и $4,9 \pm 1,5$ баллов соответственно в основной группе и $8,32 \pm 0,61$ балла и $8,74 \pm 0,43$ баллов в группе сравнения.

Основной причиной гипоксии плода являются морфофункциональные нарушения плаценты, которые могут не иметь клинических проявлений в антенатальном периоде, а в стрессовой ситуации родов являются фактором, определяющим декомпенсацию с развитием клинически значимой гипоксии плода. (Низяева Н.В., Приходько А.М., Евграфова А.В. и др.)

Морфологическую основу хронической плацентарной недостаточности представляет патология фетоплацентарного комплекса: циркуляторные расстройства, инволютивно — дистрофические процессы, гипоплазия плаценты, диффузное воспаление, нарушение компенсаторно-приспособительных реакций (КПР) в плаценте. (Е.И. Барановская, О.А. Будюхина, С.А. Баранчук)

На патоморфологическое исследование были отправлены 89 последов основной группы, родивших детей в состоянии тяжелой асфиксии.



Диаграмма 1. Гистологические изменения последов основной группы в зависимости от метода родоразрешения

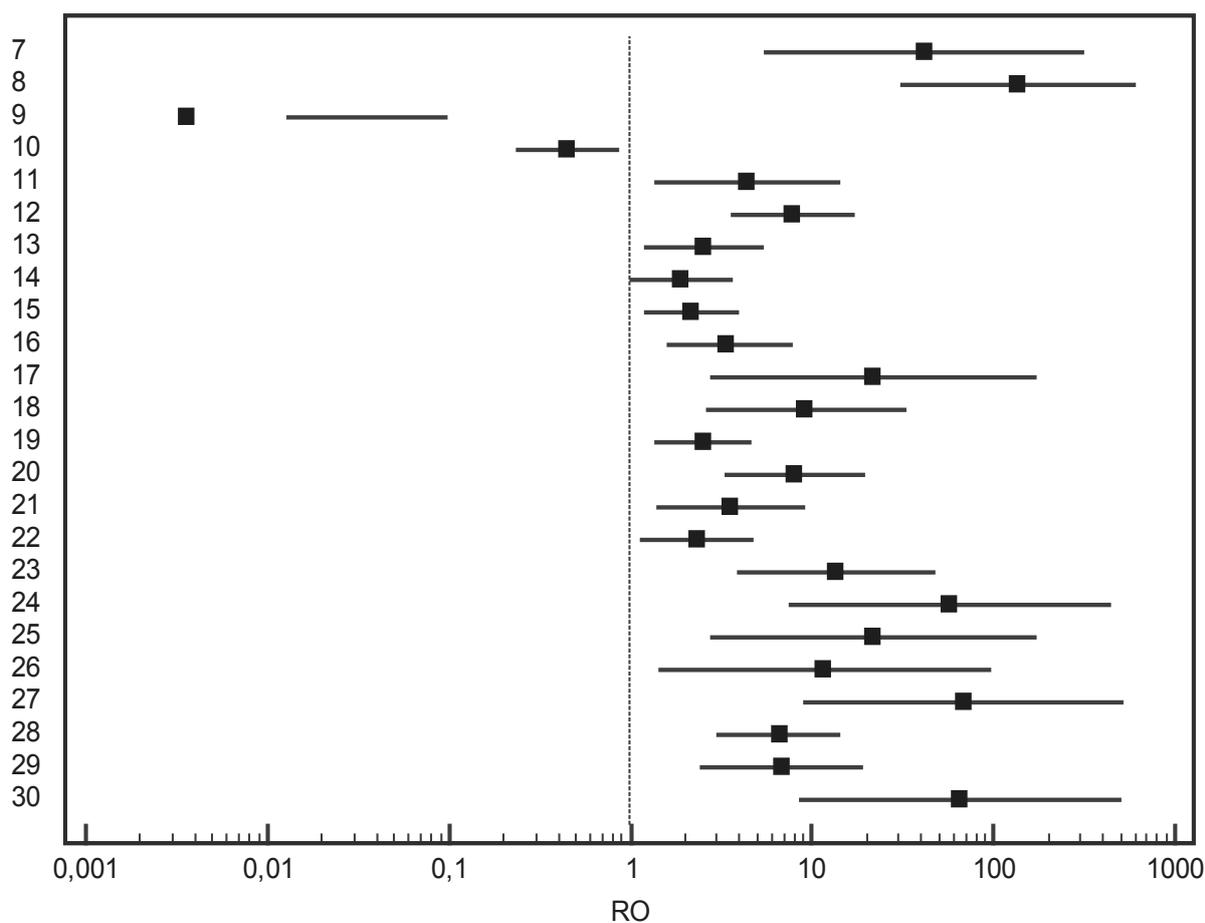


Диаграмма 2. Отношение шансов возникновения тяжелой асфиксии

В зависимости от метода родоразрешения пациенток основной группы были проанализированы гистологические заключения последов. В результате были получены следующие данные: при обоих методах родоразрешения ведущее место имели инволюционно-дистрофические процессы в плаценте, на втором месте воспалительные изменения последа.

Обсуждение

Определив факторы риска в группах сравнения, достоверно отличающихся друг от друга и коррелирующие с «тяжелой асфиксией» мы определили отношения шансов (RO) возникновения тяжелой асфиксии при воздействии различных факторов, представленные на флорест-диаграмме.

Если $RO > 1$ — больше шансов обнаружить фактор в группе с неблагоприятным исходом (тяжелая асфиксия новорожденного).

Если $RO < 1$ — больше шансов обнаружить фактор в группе сравнения с благоприятным перинатальным исходом, т.е. состояние новорожденного по шкале Апгар 8–9 баллов.

95% доверенный интервалом (ДИ) не равный единице указывает на то, что исследуемый признак имеет значимую статистическую связь.

7-наличие патологии околоплодных вод; 8-если поступает с «незрелой» шейкой матки; 9-если поступает с открытием маточного зева; 10-если поступает со «зрелой» шейкой матки; 11-если на скрининговом УЗИ № 2 выявлена патология; 12- если на скрининговом УЗИ № 3 выявлена патология; 13 -роды в сроке более 40 недель; 14 -имеют средне-специальное образование; 15- не имеют высшего образования; 16 -не имеют аборт в анамнезе; 17-имеют более одного аборта в анамнезе; 18-постановка на диспансерный учет по беременности после 12 недель беременности; 19 -имеют отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; 20-наличие сердечно-сосудистой патологии; 21-наличие нарушений жирового обмена; 22-наличие инфекций мочевыводящих путей; 23- если не делали скрининговое УЗИ № 1; 24-если использовали катетер Фоллея; 25- если использовали мифепристон; 26- если использовали гель; 27- если делали амниотомию; 28- если использовали окситоцин; 29- если использовали вакуумэкстрактор; 30-оперативное родоразрешение;

Анализ, проведенный с помощью вычисления отношения шансов показал, что шансы рождения плода в состоянии тяжелой асфиксии значительно повышаются если, в анамнезе у беременной было более одного аборт

(в 21,7), если на втором или третьем скрининговых ультразвуковых исследованиях была выявлена патология околоплодных вод (в 41,4) такая как маловодие, многоводие, взвесь. Если сравнить между собой срок родоразрешения, то роды с 34 по 37 неделю повышают шанс рождения пода в состоянии тяжелой асфиксии в 15,7 раз, а в сроке после 40 недель только в 2,5 раза. Шансы значительно повышаются если беременная поступает в акушерский стационар с «незрелыми» родовыми путями (в 137,9). Что касается продолжительности родов и безводного промежутка, то они достоверно отличались в группах сравнения, с прямой корреляционной зависимостью от исхода — чем дольше, тем исход хуже. В своей статье Баев О.Р., Рубцова С.В. и др. отмечают, что «в современном акушерстве определение границ естественной продолжительности родов затруднено в связи с широким распространением инструментальных и медикаментозных воздействий, одни из которых ускоряют, а другие замедляют их течение». Ухудшаются исходы, если в качестве метода подготовки шейки матки использовали катетер Фоллея (в 57,6), мифепристон (в 21,7), а в качестве метода родовозбуждения — амниотомию (в 68,6). Меньший риск был выявлен при использовании дипростон-геля (в 11,7) и окситоцина (в 6,7) в качестве методов индукции родов. Этот факт находит подтверждение в статье Баева О.Р., Бабича Д.А., которые в своем исследовании показали, что индукция родов при беременности «Full term» (284–285 дней) оказалась более эффективной, чем в группе «Late term» (287 дней и более). Следует отметить, что лучший исход наблюдается при самопроизвольном пусть и преждевременном разрыве плодного пузыря, чем при амниотомии.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены значимые факторы, приводящие к неблагоприятным перинатальным исходам. Факторы условно можно разделить на неуправляемые — на которые мы повлиять не можем и управляемые — зависящие от выбранной нами тактики ведения. К 30 годам беременные уже имеют отягощенный соматический анамнез по сердечно-сосудистой патологии и нарушению жирового обмена. Салов И.А. и др. в своем исследовании установили, что «наиболее вероятной причиной высокой частоты и тяжести асфиксии новорожденных является высокий уровень внутрибрюшного давления у рожениц с ожирением», что нашло отражение и в нашем исследовании. В условиях женской консультации это прежде всего ранняя явка и максимально быстрое обследование, включая ультразвуковой и биохимический скрининг до 12 недель беременности, чтобы решить вопрос о целесообразности пролонгирования беременности. Своевременное направление на второе и третье скрининговые УЗИ, на которых можно выявить такие факто-

ры риска как многоводие, маловодие, внутриутробную задержку роста плода, нарушение маточно-плацентарного или фето-плацентарного кровотока. А вот следующий этап самый ответственный — при каких условиях поступать в акушерский стационар? Исходя из полученных нами данных идеальный вариант это — при доношенной беременности с открытием маточного зева или в отделение патологии беременных со «зрелой» шейкой матки. Но, учитывая тот факт, что в стационар 3 уровня поступают женщины «высокого» риска, то достаточно

часто используются методы подготовки шейки матки, методы родовозбуждения и родостимуляции. «Влияние медицинских вмешательств на процесс родов часто ведет к их необоснованному применению, гипердиагностике аномалий родовой деятельности, результатом чего является возрастание частоты оперативного родоразрешения». (Баев О.Р. и др.) Необходим индивидуальный отбор беременных и подбор метода для программированных родов, ориентируясь не только на срок беременности, а в большей степени на готовность родовых путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баев О.Р., Бабич Д.А. Сравнение эффективности индукции родов при беременности «Full term» и «Late term». Акушерство и гинекология. 2020; 2: 97–103.
2. Баев О.Р., Рубцова С.В., Васильченко О.Н. и др. Продолжительность «нормальных» родов в современных условиях. Акушерство и гинекология. 2012; (1) 49–55.
3. Барановская Е.И., Будюхина О.А., Баранчук С.А. Патоморфологическая характеристика хронической плацентарной недостаточности // Журнал здравоохранения, клиническая медицина № 8, 2011 год, стр. 4–9.
4. Будюхина О.А., Барановская Е.И., Даниленко Н.Г. и др. Перинатальные исходы плацентарной недостаточности в зависимости от генотипов глутатион-S-трансфераз. Репродуктивное здоровье в Белоруссии 2010; (2): 59–68.
5. Низяева Н.В., Приходько А.М., Евграфова А.В. и др. Клинико-морфологические особенности плаценты при острой внутриутробной гипоксии в родах. Акушерство и гинекология 2019; (12) 96–104.
6. Палютина Е.Ю., Козловская И.А. Медико-социальные факторы риска тяжелой асфиксии новорожденных // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия «Естественные и технические науки» 2020; № 5; 97–104;
7. Салов И.А., Маршалов Д.В., Петренко А.П. зависимость гипоксии плода от уровня внутрибрюшного давления в родах у пациенток с ожирением. Акушерство и гинекология. 2018; (2) 50–54.
8. Струков А.И., В.В. Серов В.В. Патогенез плацентарной недостаточности зависит от нарушений процессов имплантации и плацентации — аномалий прикрепления и строения плаценты, васкуляризации, дифференциации ворсин хориона. Патологическая анатомия: учебник / — 5-е изд., стер. — М.: Литтерра, 2010. — 880 с.: ил.

© Палютина Елена Юрьевна (peyu260562@mail.ru),

Козловская Ирина Александровна (kia801980@mail.ru), Шубин Леонид Борисович (LBSH@yandex.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»