

Трансвагинальная ультразвуковая диагностика рекомендуется на ранних сроках беременности, особенно у пациентов, использовавших методы вспомогательной репродукции. Следует знать, что наличие внутриматочной беременности не исключает возможности одновременного существования и внематочной.

Выбор тактики при гетеротопической беременности зависит от недели гестации. Как правило стремятся к сохранению внутриматочной беременности и избавлению от внематочной. Гетеротопическая беременность представляет собой опасность ввиду высокой вероятности разрыва внематочно развивающегося эмбриона, кровотечения и самопроизвольного аборта. По оценкам литературы в мировой практике чаще всего проводят хирургическое лечение, включающее сальпингэктомию, сальпингостомию или овариэктомию. Аспирация под УЗИ-контролем является менее инвазивным методом с хорошей эффективностью. При проведении консервативного лечения проблемой является доступность места расположения внематочно расположенного эмбриона для иглы, хлорид калия или гиперосмолярная глюкоза являются агентами выбора при резорбтивном лечении. Фармакологического лечения метотрексатом следует избегать из-за риска его тератогенности.

Выводы

Наступление гетеротопической беременности чаще всего происходит у женщин, у которых применяются вспомогательные репродуктивные технологии. Наиболее эффективным в диагностике гетеротопической беременности оказалось УЗИ. Внутриматочно расположенный плод стараются сохранить, а от внематочного избавиться хирургически или консервативно с введением резорбтивных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Heterotopic pregnancy: A diagnosis we should suspect more often / K. I. Hassani [et al.] // J Emerg Trauma Shock. — 2010. — № 3. — P. 304–306.
2. Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies / P. H. Wang [et al.] // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. — 1998. — № 80. — P. 267–271.
3. Bilateral tubal and intrauterine pregnancies diagnosed at laparoscopy / T. Fukuda [et al.] // J Obstet Gynaecol Res. — 2014. — № 40. — P. 2114–2117.
4. Ruptured heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome: A case report and review of the literature / I. Korkontzelos [et al.] // Clin Exp Obstet Gynecol. — 2005. — Vol. 32. — P. 203–206.
5. Heterotopic pregnancy — how easily you can go wrong in diagnosing? A case study / M. Ciebiera [et al.] // J Ultrason. — 2018. — № 18. — P. 355–358.

УДК 616.36-053.31:577.175.346

ВЛИЯНИЕ ОКСИТОЦИНА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Науменко Ю. А., Сукова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы гипербилирубинемия у новорожденных все чаще протекает с высоким уровнем билирубина в сыворотке крови и принимает затяжное течение. Причинами этого называют: ухудшение здоровья женщин, увеличение частоты патологических родов, инфицирование плода во время беременности, низкий уровень здоровья самого новорожденного и другие неблагоприятные факторы [1].

Одним из механизмов патогенеза возникновения неонатальной желтухи может явиться механизм гиперпродукции билирубина за счет лекарственного гемолиза в результате действия окситоцина матери [1]. Еще одним механизмом развития гипербилирубинемии является распространенное применение окситоцина в интранатальном периоде для индукции или коррекции родовой деятельности, что может приводить к травматизации эритроцитов плода в результате сильных сокращений матки и сосудосуживающего действия окситоцина на маточные кровеносные сосуды [2].

Анализ на количество билирубина у новорожденных берут в первые минуты жизни из сосудов пуповины. На третьи сутки жизни новорожденного оценивают сывороточный уровень билирубина в периферической крови в связи с пиком его подъема. Нормальные показатели уровня билирубина: новорожденные до суток — менее 34 мкмоль/л; новорожденные от 3 до 5 дней: 26–205 мкмоль/л [3].

Побочное действие окситоцина: учитывая широкую вариабельность чувствительности матки к окситоцину, в некоторых случаях введения малых дозах может привести к спазму матки. Внутривенное введение чрезмерно высоких доз окситоцина для индукции и стимуляции родов может вызвать дистресс, асфиксию, смерть плода, а также гипертонус, тетанию, повреждение мягких тканей и разрыва матки [4].

Цель

Проанализировать связь возникновения неонатальных желтух новорожденных с количеством и длительностью введения окситоцина во время родов.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ историй родов и историй развития новорожденных 100 пациенток, родоразрешенных в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период июнь-август 2018 г.

Пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 50 пациенток, которым был введен в родах окситоцин с целью коррекции слабости родовой деятельности или ее индукции. Контрольную группу составили 50 пациенток без введения окситоцина в родах.

Проведен анализ особенностей течения раннего неонатального периода, уровня билирубинемии у новорожденных основной и контрольной группы на 1-е и 3-и сутки. Полученные данные заносились в электронную базу данных «Excel», их статистическая обработка проводилась в пакете программ «Statistica» 10.0. Разница между группами по частоте встречаемости качественных признаков оценивалась при помощи критерия χ^2 и точного критерия Фишера (ТКФ), количественных данных — с помощью критерия Манна — Уитни. Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследуемых находился в диапазоне от 19 до 41 года. Средний возраст основной группы — $28,8 \pm 5,6$ лет, в контрольной группе — $30 \pm 4,8$ лет ($p = 0,04$). Женщинам основной группы был введен окситоцин в дозировке 5 ЕД на физиологическом растворе хлорида натрия (0,9 % — 19 мл) линеоматом по схеме от 0,3 до 3,2 мл/ч (таблица 1).

Таблица 1 — Результаты сравнительного анализа показателей уровня билирубина на 1-е и 3-и сутки в основной и контрольной группе Me (25; 75), мкмоль/л

Уровень билирубина мкмоль/л	Основная группа (n = 50)	Контрольная группа (n = 50)	Статистическая значимость U, p
1-е сутки	36 (32,2; 44)	37 (34; 43)	U = 825; p = 0,8
3-и сутки	135,5 (106,3; 181,8)	134,5 (99; 181,3)	U = 456; p = 0,2

Так же был проведен анализ уровня билирубина у новорожденных в зависимости от введения окситоцина (%): из 100 исследуемых женщин, у 14 новорожденных уровень билирубина составил > 205 мкмоль/л, из них 11 женщин, которые получали окси-

тоцин в родах (78 %); 3 не получали окситоцин в родах (22 %); у 86 новорожденных уровень билирубина составил < 205 мкмоль/л, из них 39 женщин, которые получали окситоцин (45 %); 47 не получали окситоцин в родах (55 %), таблица 2.

Таблица 2 — Уровень билирубина новорожденных на первые и третьи сутки, n (%)

Группа	1-е сутки		3-е сутки	
	до 35 мкмоль/л	больше 35 мкмоль/л	до 205 мкмоль/л	больше 205 мкмоль/л
Основная	25 (50 %)	25 (50 %)	39 (78 %)	11 (22 %)*
Контрольная	30 (60 %)	20 (40 %)	47 (94 %)	3 (6 %)

Примечание. * — наблюдаются значимые различия с контрольной группой ($\chi^2 = 2,0$; $p = 0,01$).

Таким образом к 1-м суткам нет различий между основной и контрольной группами; к 3-м суткам у большинства новорожденных нормальный уровень билирубина, но наблюдалось значимое различие по высокому уровню билирубина в сравнении с контрольной группой.

Выводы

Результаты данных уровня билирубина взятого из сосудов пуповины сразу после рождения новорожденного нельзя связать с введенным окситоцином, так как еще процесс гемолиза не завершен. Оценку уровня билирубина следует проводить в конце 1-х суток. Однако исключить влияние окситоцина невозможно, так как на 3-и сутки значимо больше количество новорожденных, матери которых получали окситоцин в родах, имели высокий показатель билирубина, хотя статистически значимой разницы средних показателей не получено. Данная работа требует детального анализа других факторов, приводящих к гипербилирубинемии новорожденных.

Желтуха новорожденных достоверно наблюдается у детей, матери которых имели патологию беременности и (или) родов, которые привели к тем осложнениям, которые требуют назначения окситоцина в интранатальном периоде. Использование окситоцина в родах в допустимых дозировках не влияет на гипербилирубинемия у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Желтухи неонатального периода: учеб.-метод. пособие / А. К. Ткаченко [и др.]. — Минск: БГМУ, 2017. — 68 с.
2. Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences July — August 2016 RJPBCS 7(4) Page No. 2098 [Electronic resource] / «Oxytocin and Neonatal Hyperbilirubinemia: A Cohort Study». — Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/309529405_Oxytocin_and_neonatal_hyperbilirubinemia_A_cohort_study. — Дата доступа: 21.02.2019.
3. Анализы. Полный справочник. Ингерлейб М.Б. [Электронный ресурс]. — 2011. — Режим доступа: https://www.e-reading.club/chapter.php/1013815/54/Ingerleyb_-_Analizy._Polnyy_spravochnik.html. — Дата доступа: 21.02.2019.
4. Реестры УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» [Электронный ресурс] / Инструкция по применению окситоцина. — Режим доступа: <https://www.rceth.by/Refbank>. — Дата доступа: 21.02.2019.

УДК 618.5-089-06-071.1

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ТЕЧЕНИЯ ЗАТРУДНЕННЫХ РОДОВ

Некрасова В. А., Кона К. Н.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *М. С. Недосейкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время, затрудненные роды являются серьезной проблемой в связи с высокими показателями травматизма матери и новорожденного. Приоритетным становится поиск факторов прогноза затрудненных родов.