

Перинатальні аспекти переношеної та пролонгованої вагітності (огляд літератури)

Г.Є. Яремко, І.А. Жабченко, Л.В. Діденко, О.І. Буткова, Т.М. Коваленко
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» м. Київ

У статті представлено дані сучасних наукових досліджень стосовно перинатальних ускладнень за умов переношеної вагітності та запізнілих пологів.

Ключові слова: переношена вагітність, пролонгована вагітність, перинатальні ускладнення.

Переношена вагітність (ПВ) та запізнілі пологи в сучасному акушерстві розглядаються як складний біологічний процес, тісно пов'язаний з такими факторами, як хронологічна тривалість вагітності, механізм початку та перебігу пологів, внутрішньоутробним станом плода та станом фетоплацентарної системи. Важливість та актуальність цієї проблеми зумовлена значними змінами у фізіології складної біологічної системи мати-плацента-плід, які призводять до численних ускладнень перебігу запізнілих пологів, а також до високої неонатальної захворюваності та перинатальної смертності переношених дітей [1–3].

Згідно з наказом МОЗ України № 901 від 27.12.2006 р. та МКХ-10 (шифр 048) «Переношена вагітність» вагітністю, що переношується, слід вважати таку вагітність яка продовжується більше 42 тиж (294 дні) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Розподіл на переношену та пролонговану вагітність не здійснюють. Пологи, що відбулися після повних 42 тиж вагітності (на 294-у добу або пізніше), називають запізнілими пологами. Згідно з цим самим наказом, при терміні вагітності 41 тиж та за відсутності ознак вагітності, що переношується, та в разі задовільного стану плода рекомендується очікувальна тактика, за наявності ознак, характерних для переношування показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності.

Як свідчать дані літератури, перинатальна смертність при ПВ сягає 19%, а неонатальна захворюваність – 29%, що в 6 разів вище, ніж при доношеній вагітності [4, 5]. При аналізі пологів у 37–43 тиж встановлено, що пологи в 38 тиж мають найменший ризик щодо перинатальної смертності, а її ризик різко зростає після 42-го тижня гестації [6].

В англійській літературі поняття «postdates pregnancy» свідчить, що пологи почалися після очікуваного терміну; «postterm pregnancy» – про подовження вагітності, «postmature» – про наявність специфічних змін у плода. Щодо новонародженого, то при біологічно переношеній вагітності його називають «foetus hypermaturus», а при хронологічно подовженій – «foetus postmaturus».

У разі вагітності, що переношується понад 294 дні, якщо дитина народжується з ознаками незрілості, її життя знаходиться в небезпеці («fetal distress»), що і визначає високий ризик формування у неї анте- та інтранатального дистрес-синдрому та порушення неонатальної адаптації. Багато авторів відзначають наявність прямої корелятивної залежності між показниками перинатальної смертності та тривалістю переношування [7–9]. Однак при ПВ дитина народжується з

ознаками незрілості лише у 20–30% запізнілих пологів. Тому в останні роки в акушерстві введено поняття «продовжена вагітність». Продовженою (хронологічною) слід вважати вагітність, яка триває понад 294 доби та закінчується народженням доношеної дитини без ознак незрілості. Такий розподіл, на думку дослідників, є доцільним, оскільки тактика ведення вагітності та пологів у цих випадках є різною [9, 10].

Проведені в останні роки дослідження морфофункціонального обґрунтування виділення пролонгованої та дійсно переношеної вагітності з використанням оцінки кореляційних зв'язків між структурними показниками плацентарної тканини, основними органометричними параметрами, плацентарною дисфункцією, станом новонародженого за шкалою Апгар та динамікою масо-зростових показників наприкінці першого року життя дитини свідчать про доцільність виділення в акушерстві двох форм ПВ – пролонгованої та дійсно переношеної. Кореляційне співставлення показників плацент, клінічного стану дітей та їхньої маси наприкінці першого року життя підтвердило наявність самостійної когорти новонароджених після пролонгованої вагітності, яка за своїми морфофункціональними характеристиками є проміжним станом між доношеною вагітністю та дійсно ПВ. На думку авторів, вагітних з пролонгованою вагітністю та їхніх новонароджених слід включати до групи відносного ризику, на особливу увагу заслуговує дійсно ПВ та новонароджені з ознаками переношування, оскільки дана когорта дітей належить до групи високого ризику та потребує особливого нагляду педіатром протягом першого року життя [11].

За даними літератури, частота аномалій розвитку у дітей при ПВ складає 9,2%, при пролонгованій гестації – 4,8%, при доношеній – 3,3%. Вади розвитку головного мозку (аненцефалія, гідроцефалія), хвороба Дауна, полікістоз нирок зустрічаються лише в разі дійсно ПВ [10].

Етіологія та патогенез ПВ до цього часу вивчені недостатньо, однак переношування не можна розглядати як випадкову варіацію нормальної вагітності, його слід трактувати як патологічне явище, зумовлене станом організму як матері, так і плода. Про ПВ слід думати за наявності у вагітній запізнілих пологів та хронічних запальних захворювань в анамнезі, ендокринних захворювань, порушень менструального циклу, «незрілої» або «недостатньо зрілої» шийки матки в терміні вагітності понад 41 тиж, гіпоплазії плаценти та маловоддя. З метою ранньої діагностики та профілактики перинатальних ускладнень важливим є виділення групи вагітних з високим ризиком щодо переношування [5, 8–10, 12]. Термін вагітності визначають за датою останнього нормального менструального циклу, запліднення, першого візиту до жіночої консультації, відчуття перших рухів плода; вимірювання за допомогою ультразвукового дослідження куриково-тім'яного розміру ембріона у I триместрі вагітності та фетометрії.

Ураховуючи відсутність патогномонічних ознак, характерних лише для ПВ, на особливу увагу заслуговує антенатальна диференціальна діагностика перенесеної та пролонгованої вагітності, а остаточний діагноз ПВ можна встановити тільки після народження дитини за наявності ознак незрілості [10].

Як свідчать дослідження, при звичайному клінічному обстеженні антенатально дистрес плода діагностувати важко. Однак динамічне спостереження за вагітною з використанням сучасних інструментальних, біохімічних, гормональних, ультразвукових, доплерометричних та інших методів дослідження дозволяє своєчасно діагностувати дистрес плода, обрати правильну тактику щодо ведення гестації та адекватний метод розродження.

Сучасні методи діагностики стану плода базуються на вивченні гормональної та метаболічної функцій плацентарного комплексу, даних ультразвукової фето- і плацентометрії, а також матково-плацентарно-плодового кровотоку.

Однією з найбільш перспективних методик антенатальної діагностики стану плода є комплексне дослідження його біофізичних характеристик, а саме біофізичний профіль плода (БПП). Комбінована реєстрація маркерів гострого порушення стану плода (дихальні та генералізовані рухи плода, м'язовий тонус, нестресовий тест при кардіотокографії) та хронічного (кількість навколоплодових вод та ступеня зрілості плаценти) є цінним методом пренатальної діагностики у вагітних групи високого ризику, до якої належить і ПВ [13, 14].

За даними деяких авторів, незадовільний БПП (4–5 балів) характерний лише для дійсно ПВ, оскільки у 100% випадків народжувалися перенесені діти, що дозволяє використовувати даний критерій для диференціальної діагностики перенесеної та пролонгованої вагітності [5, 15].

Деякі дослідники вважають патогномонічним для дійсно ПВ виявлення при ультразвуковій діагностиці у проксимальному епіфізі плечової кістки плода ехопозитивного утворення розміром 2–3 мм у діаметрі, що є вторинним ядром закріплення і візуалізується тільки при ПВ і не визначається при пролонгованій гестації [14].

За даними вітчизняних дослідників, фетальний дистрес після 41-го тижня гестації спостерігається у 33% випадків, що зумовлене порушенням матково-плацентарно-плодового кровообігу; у 26% жінок визначається плацентарна дисфункція; на думку авторів, за наявності при доплерометричному УЗД високорезистентного кровотоку на периферії плацентарного ложа матки при вагітності строком 41 тиж показане обрання активної акушерської тактики [16].

Поряд із методами, які спрямовані на отримання діагностичної інформації безпосередньо від плода, в акушерську практику ввійшли методи, які дозволяють судити про стан плода на основі вивчення гормональних та біохімічних показників навколоплодового середовища. Велике значення має дослідження специфічних протеїнів та гормонів під час вагітності, оскільки їхній вміст відображає функціональний стан плода та може бути використаний як показник функції фетоплацентарного комплексу. Систематична діагностика стану плода та навколоплодового середовища при ПВ має принципове значення для вибору терміну та методу розродження, а також сприяє покращанню перинатальних наслідків [15–17].

В останні роки активно вивчається роль материнських, плацентарних та плодових стероїдів для оцінювання стану плода. На думку багатьох авторів, зниження екскреції плацентарних та плодових стероїдів у добовій сечі вагітної свідчить про антенатальне страждання плода [18–21].

Згідно з даними літератури, при ПВ, як правило, спостерігається інтранатальна, рідше анте- і постнатальна

смерть дітей [3, 10]. Перинатальна смертність при ПВ є приблизно в 2–3 рази вищою, ніж при доношеній вагітності.

У структурі перинатальної захворюваності та смертності при ПВ одне з головних місць посідає патологія функції дихання при народженні, яка проявляється у вигляді двох основних дистрес-синдромів – дихальної недостатності та аспірації навколоплодових вод за умов перенесування. При ПВ у плода виникає симптомокомплекс «незрілості», основними патогенетичними механізмами якого є прогресивне старіння плаценти, розвиток плацентарної дисфункції, маловоддя і, як наслідок, дистрес плода. Ці процеси призводять до несвоечасного виникнення дихальних рухів плода в анте- та інтранатальний періоди, наслідком чого можуть бути аспірація навколоплодовими водами та асфіксія плода [10, 13, 21, 22].

Як вважають більшість авторів, порушення життєдіяльності плода при ПВ, насамперед, пов'язане зі змінами у плаценті, що підтверджено гістологічними та гістохімічними дослідженнями. Дистрес плода при запізнілих пологах виникає у 3–8 разів частіше, ніж при своєчасних [9, 10, 23, 24].

Деякі автори головною причиною дистресу плода при ПВ вважають маловоддя, при якому знижуються продукція сечі плодом та нирковий кровотік. Вираженість маловоддя корелює з негативними перинатальними наслідками. Так, якщо амніотичний індекс є меншим за 5,3, то в пологах є високою імовірність меконіальної аспірації з розвитком дистресу плода. При амніотичному індексі 5 та менше збільшується ризик оперативного розродження та народження дітей з низькою оцінкою за шкалою Апгар, а також підвищується перинатальна захворюваність та смертність [4, 13, 25].

Існують дані щодо необхідності проведення амніоінфузії за наявності маловоддя та меконіальних вод, що, на думку авторів, знижує частоту оперативних втручань. Інші дослідники вважають, що проведення амніоінфузії не знижує частоту синдрому меконіальної аспірації [25–27].

Контроль за станом плода після 40-го тижня вагітності включає: проведення нестресового тесту 2 рази на тиждень; доплерівське дослідження кровотоку плода в динаміці; БПП (рухлива активність); визначення амніотичного індексу та ступеня зрілості плаценти за даними УЗД 2–3 рази на тиждень [10].

На думку більшості дослідників, якщо перенесування не доведено та немає загрози для плода (не зменшується кількість амніотичної рідини, не знижується рухливість плода, не страждає його серцева діяльність), то можна спостерігати за пацієнткою протягом одного тижня, не втручаючись. Якщо з'являються ознаки дистресу плода, що може свідчити про перенесування, то показане розродження [16, 28–30].

Перенесування вагітності по суті означає запізнiле виникнення пологової діяльності, а при її розвитку часто спостерігаються порушення скоротливої діяльності матки, що призводить до збільшення частоти оперативних втручань, дистресу плода та підвищення перинатальної смертності. Недостатність естрогенних гормонів є одним з факторів порушення підготовки шийки матки та її нижнього сегменту до пологів і, як результат, – ПВ [10, 18, 31].

Перебіг пологів при ПВ, як правило, ускладнюється несвоечасним вилиттям навколоплодових вод, аномаліями пологової діяльності, а відтак – асфіксією новонародженого та пологовою травмою. Так, за даними деяких авторів, несвоечасне вилиття вод при ПВ спостерігається у 20–36% жінок. Такий відсоток несвоечасного вилиття вод при ПВ, вочевидь, можна пояснити морфологічними змінами плодового міхура та наявністю амніоніту. Одним з основних ускладнень запізнілих пологів є аномалії пологової діяльності, особливо її слабкість, частота якої коливається від 24% до

37% жінок з ПВ. До розвитку слабкості пологової діяльності, особливо вторинної, призводять великі розміри переношеного плода та перерозтягнення матки, в результаті чого пологи при переносуванні нерідко набувають зтяжненого характеру [9, 10, 22, 25].

Дистрес плода при ПВ проявляється, як правило з початком пологової діяльності або при відходженні вод, що пояснюється погіршенням матково-плацентарного кровотоку. Виникнення дистресу плода при ПВ спричиняють такі фактори, як функціонально-морфологічні порушення в плаценті, хронічне внутрішньоутробне страждання плода, більша чутливість переношеного плода до кисневої недостатності в пологах внаслідок підвищеної зрілості центральної нервової системи (ЦНС), знижена здатність голівки до конфігурації внаслідок вираженої щільності кісток черепа, вузькі шви та тім'ячка, великі розміри плода, маловоддя, несвоєчасне вилиття вод, порушення скоротливої діяльності матки, стимуляція пологової діяльності. Ці чинники призводять до порушення матково-плацентарного кровотоку, збільшення відсотка оперативних втручань у пологах та перинатальних ускладнень [10, 31, 32].

У зв'язку з підвищеною частотою аномалій пологової діяльності, клінічно вузького таза та дистресу плода число оперативних втручань при запізнілих пологах зростає приблизно в 3–8 разів. Так, за даними деяких авторів, розродження шляхом операції кесарева розтину проведено у 28–33% жінок з ПВ, причому переважну частину оперативних втручань (84%) проведено ургентно. Привертає увагу і структура показань до оперативного розродження: кожному другу жінку з ПВ прооперовано з приводу дистресу плода [10, 16, 18, 33].

Остаточний діагноз біологічного ПВ підтверджується після пологів разом із неонатологом за наявності ознак перезрілості у новонародженого та макроскопічних змін у плаценті. Перший опис переношеної дитини належить J. Ballantyne (1902) та H. Runge (1948), і цей патологічний стан отримав назву синдрому Беллентайна–Рунге. Класичний синдром включає: відсутність казеозної змазки, підвищену щільність кісток черепа, вузькі шви та тім'ячка, довгі нігті, суха шкіра з ділянками десквамації, маперациї в ділянці ступнів та долоней, знижений тургор шкіри. Типовий синдром Беллентайна–Рунге зустрічається, за даними

ранніх досліджень, у 15–50% новонароджених, що, вочевидь, можна пояснити відсутністю на той час методів антенатальної діагностики. Згідно з сучасними даними відсутність ознак перезрілості у дитини при запізнілих пологах свідчить про те, що вагітність є не переношеною, а пролонгованою [9, 10, 28].

У 1954 р. S. Clifford, враховуючи зовнішній вигляд новонародженого при ПВ та його здатність пристосовуватися до умов існування поза організмом матері, дав новий опис клінічної картини перезрілої дитини, виділивши три ступеня переносування. При I ступені адаптаційна здатність дитини є нормальною або дещо зниженою, при II – різко знижена, часто дитина потребує проведення реанімаційних заходів, при III – адаптаційна можливість новонародженого є різко зниженою, дитина схильна до асфіксії, пневмо- та енцефалопатії [34]. При розродженні в терміні 41 тиж перинатальна захворюваність становить 10,8%, у 42 тиж – 32,5%, у 43 тиж – 64,5% [35].

Згідно з даними літератури діти при ПВ, з огляду на більшу зрілість ЦНС, народжуються з більшою масою тіла, ніж при доношеній вагітності, у них частіше у 2–5 разів спостерігаються ураження ЦНС. Так, за даними деяких авторів, гіпоксично ішемічне ураження ЦНС при запізнілих пологах виявлено в 30–65% випадків, у 8% – синдром збудження, у 13–15% аспіраційний синдром, у 9,4% – внутрішньоутробна пневмонія, у 71% – макросомія [16, 21].

У літературі немає єдиної думки відносно причин смерті переношеного плода або новонародженого. Основними чинниками смерті в антенатальний період є внутрішньоутробна гіпоксія та вади розвитку плода, несумісні з життям. Причиною смерті в інтранатальний період часто є дистрес, крововиливи в мозок, зтяжні пологи, аномалії розвитку плода. У постнатальний період домінують асфіксія, пневмонія та інфекційні захворювання [10, 33].

ВИСНОВКИ

Таким чином, переношена вагітність та запізнілі пологи, враховуючи їхній негативний вплив на стан плода та новонародженого, заслуговують на особливу увагу та потребують подальшого вивчення з метою вдосконалення акушерської тактики при збільшенні строку вагітності понад 41 тиж.

Перинатальные аспекты переносной и пролонгированной беременности (обзор литературы)

А.Е. Яремко, И.А. Жабченко, Л.В. Диденко, О.И. Буткова, Т.Н. Коваленко

В статье представлены данные современных научных исследований, касающихся перинатальных осложнений при переносной беременности и запоздалых родах.

Ключевые слова: переносная беременность, пролонгированная беременность, перинатальные осложнения.

Perinatal aspects of post-term and prolonged pregnancy (review)

G. Yaremko, I. Shabchenko, L. Didenko, O. Butkova, T. Kovalenko

The article presents current research regarding perinatal complications of post-term pregnancy and belated births.

Key words: post-term pregnancy, prolonged pregnancy, perinatal complications.

Сведения об авторах

Яремко Анна Евгеньевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НМАН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59, (067) 505-45-17; E-mail: ipag@ukr.net

Жабченко Ирина Анатольевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НМАН Украины», 04050 г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59, (067) 504-35-18

Диденко Людмила Васильевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НМАН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59, (098) 514-31-11

Буткова Ольга Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НМАН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59, (050) 907-67-72

Коваленко Тамара Николаевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НМАН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59, (066) 722-79-27

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Щербина А.М. Особливості впливу переносування вагітності на формування перинатальної патології нервової системи плода / А.М. Щербина, О.В. Моргуля та співавт. // Тавричеський медико-біол. вестник. – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 2 (58). – С. 223–225.
- П'ятикоп-Черняєва О.В. Патогенетичні механізми формування неврологічної перинатальної патології при переносуванні вагітності / О.В. П'ятикоп-Черняєва, В.В. Лазуренко, О.В. Мерцалова // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4. – С. 31–33.
- Vercoustre L. Perinatal risk at term and post-term revisited / L. Vercoustre, J. Nizard // J.Obstet. Biol. Reprod. – 2007. – Vol. 36 (7). – P. 663–70.
- Olesen A.W. Prenatal risk indicators of a prolonged pregnancy / A.W. Olesen, J.G. Westergaard // The Danish Birth Cohort 1998–2001. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2006, 85 (11). – P. 41.
- Заманова Л.Э. Прогнозирование перинатальных осложнений при переносной беременности: автореф. дис. канд. мед. наук. – Республика Казахстан. – 2009. – С. 4–5.
- Smith G.C. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies // Am. J. Obstet. – 2001. – Vol. 184. – P. 346.
- Campbell M.K. Post-term birth: risks factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births // J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 89. – P. 543–548.
- Clausson B. Outcomes of post-term birth // J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 94. – P. 691.
- Резниченко Г.И. Дифференцированная диагностика, тактика ведения и прогнозирование исхода родов при переносной и пролонгированной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1991. – 21 с.
- Чернуха Е.А. Переносная и пролонгированная беременность / Е.А. Чернуха. – М., 2007. – 207 с.
- Милованов А.П. Корреляционные связи морфологических и функциональных показателей плаценты и новорожденного при нормальной доношенной, пролонгированной и истинно переносной беременности / А.П. Милованов, М.В. Федорова // Архив патологии. – 2011. – № 3. – С. 50–53.
- Rao A. Cervical length and maternal factors in expectantly managed prolonged pregnancy; prediction of onset of labor and mode of delivery // A. Rao, E. Celik // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2008. – № 32 (5). – P. 646–51.
- Yoder B.A. Changing obstetric practices associated with decreasing incidences of meconium aspiration syndrome / B.A. Yoder // J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 99. – P. 431.
- Жулковский В.В. Спосіб антенатальної діагностики переносної вагітності. Патент № 51016 А, Україна від 28.11.2001; бюл. № 11.
- Hannaeh M.E. Canadian Multicenter Postterm Pregnancy Trial Group: indication of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy // Engl. J. Med. – 1992. – Vol. 326. – P. 1112.
- Маркін Л.Б. Дифференційований підхід до ведення вагітності після 41-го тижня / Л.Б. Маркін, С.П. Смуток // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 2. – С. 5–9.
- Palacio M. Reference ranges for pulsatility index and cerebroplacental ratio in prolonged pregnancies / M. Palacio, F. Figueras // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2004. – 24 (6). – P. 647–53.
- Стаселович Л.Ю. Роль деяких імунологічних факторів у прогнозуванні переносування вагітності та їх профілактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків. – 2009. – 15 с.
- Салихова И.П. Оценка показателей стероидного профиля мочи в диагностике степени зрелости плода. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва. – 2010. – 24 с.
- Лавриненко В.П. Профілактика переносування вагітності у жінок з хронічним пієлонефритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2004. – 15 с.
- Стрижаков А.Н. Переносная беременность / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, Е.В. Тимохина, М.В. Рыбин. – М.: Издательский дом «Династия». – 2006. – 145 с.
- Alexander J.M. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation / J.M. Alexander, K.J. Leveno // J. Obstet. Gynecol. – 2000. – 96 (2). – P. 291–4.
- Глуховец Б.И. Патология последа / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб., 2002.
- Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1975. – Vol. 123. – P. 67.
- Lam H. Amniotic fluid volume at 41 weeks and infant outcome / H. Lam, W.S. Leung, C.P. Lee, T.T. Lao // G. Reprod. Med. – 2006. – 51 (6). – P. 484–8.
- Rathore A.M. Randomised trial amnioinfusion during labour with meconium stained amniotic fluid // Am. G. Obstet. Gynecol. – 2002. – V. 109. – P. 17.
- Кокрановское руководство: беременность и роды [под ред. Сухих Г.Т.]. – М.: Логосфера. – 2010. – С. 184–185.
- Stigter R. The amniotic fluid index in late pregnancy / R. Stigter, E. Mulder, H. Brecinse // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2002. – Nov; 12 (5). – P. 291–7.
- Menticoglou S.M. Routine indication of labour at 41 weeks gestation: Nonsense's consensus / S.M. Menticoglou, P.F. Hall // Br. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 109. – P. 236.
- Norwitz E.R. Prolonged pregnancy. when should we intervene? // Clin. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 50 (2). – P. 547–57.
- Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: Медпресс, 2000. – 184 с.
- Alexander J.M. Prolonged pregnancy inducan births // Jbid. – 2001. – Vol. 97. – P. 911.
- Olesen A.W. Perinatal and maternal complications related to post-term delivery: A national register-based study, 1978–1993 / A.W. Olesen, J.G. Westergaard // Am. J. Obstet. Gynec. – 2003. – Vol. 189 – 227 p.
- Clifford S.H. Postmaturity with placental dysfunction // J. Pediatr. – 1954. – Vol. 44. – P. 15.
- Вученович Ю.Я. Дифференциальный подход к программированию завершению переносной беременности / Ю.Я. Вученович, М.А. Сармосян, И.М. Ордиянц // Вестник РУДН, сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2008. – № 5. – С. 46–53.

Статья поступила в редакцию 30.10.2013

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

НОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПРЕДСКАЖЕТ РИСК АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В БУДУЩЕМ

Когда определенные генетические особенности сочетаются с внешними факторами, миндалевидное тело, отвечающее за формирование эмоций, становится чувствительнее к внешним раздражителям, считают исследователи из Мичиганского университета, США.

В результате повышенной чувствительности миндалевидного тела человек демонстрирует

ет импульсивные эмоциональные реакции, агрессию или, напротив, страдает от подавленного эмоционального фона. Исправить ситуацию может поддержка семьи, друзей, соседей или специалистов. Иначе проблемы с поведением будут лишь усугубляться.

Эксперты установили критерии, по которым можно судить об уровне риска асоциального пове-

дения у детей, включив их в специальные тесты. Туда вошли такие предвестники криминального будущего, как вспышки ярости, агрессия по отношению к животным и другим детям, ложь, эгоизм. Тест особенно показателен, если проводится среди детей старше 3 лет, утверждают специалисты.

Источник:

<http://www.medicinform.net>