



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал

17 (17) червень 2017

Одеса
2017

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

17 (17) червень 2017

Виходить тричі на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.

Верстка-дизайн – Ткаченко М. С.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих у журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.

Засновник журналу: ГО «Південна фундація медицини»

© ГО «Південна фундація медицини», 2017

© Автори наукових статей, 2017

© Оформлення Ткаченко М. С., 2017

Гошовська А. В.
асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Гошовський В. М.
в. о. головного лікаря
міського пологового будинку № 1 м. Чернівці

ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ: ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО СТАНУ ПЛОДА

Анотація: У статті наведені основні показники діагностики внутрішньоутробного стану плода у жінок з переношеною вагітністю. Кардіотокографічна діагностика – це одна із перших ланок віддзеркалення внутрішньоутробного стану плода, що служить сигналом для подальшого спостереження та тактики ведення жінок в терміні гестацій більше 40 тижнів. Більш значні порушення параметрів, які діагностовані під час запису кардіотокограм у жінок з переношеною вагітністю, а саме, зниженням АМО та кількості осциляцій, зменшення кількості акцелерацій, одночасне збільшення варіабельних, глибоких, довготривалих децелерацій під час вагітності та виникнення пізніх децелерацій в пологах (dipII, dipIII), зростання відсотка стабільного ритму зі значними ділянками монотонності і синусоїдального ритму вказував на порушення внутрішньоутробного стану плода: гіпоксію, дистрес плода та порушення плацентарного кровообігу у 87,6% випадків жінок з переношеною вагітністю. Необхідно зазначити, що за даними КТГ у більшості жінок контрольної групи був діагностований задовільний стан плода.

Анотация: В статье приведены основные показатели диагностики внутриутробного состояния плода у женщин с переносимой беременностью. Кардиотокографическая диагностика – это одна из первых звеньев отражение внутриутробного состояния плода, что служит сигналом для дальнейшего наблюдения и тактики ведения женщин в сроке гестации больше 40 недель. Более значительные нарушения параметров, которые диагностированы во время записи кардиотокограм у женщин с переносимой беременностью, а именно, снижением АМО и количества осцилляций, уменьшение количества акцелераций, одновременное увеличение вариабельных, глубоких, долговременных децелераций во время беременности и возникновения поздних децелераций в родах (dipII, dipIII), рост процента стабильного ритма со значительными участками монотонности и синусоидального ритма указывал на нарушения внутриутробного состояния плода: гипоксию, дистресс плода и нарушение плацентарного кровообращения в 87,6% случаев у женщин с переносимой беременностью. Необходимо отметить, что по данным КТГ у большинства женщин контрольной группы был диагностирован удовлетворительное состояние плода.

Summary: The article presents the main indicators of diagnostics of intrauterine condition of the fetus in women with a term pregnancy. Cardiac cutane diagnosis is one of the first links a reflection of the intrauterine condition of the fetus that serves as a signal for further observation and treatment of women in the period of gestation more than 40 weeks. More significant disturbances of parameters that are diagnosed during recording cardiomomum in women with perenose pregnancy, namely, lower АМО and the number of oscillations, reducing the number of accelerate, simultaneous increase in a variable, deep, long-term decelerate during pregnancy and the occurrence of late decelerate in childbirth (dipII, dipIII), increases in the percentage of a stable rhythm with a considerable amount of monotony and sinus rhythm indicated violations of the intrauterine state of the fetus: hypoxia, fetal distress and disturbance of placental circulation in 87,6% of cases in women with a term pregnancy. It should be noted that according to the CTG, most women in the control group were diagnosed satisfactory condition of the fetus.

Вступ. Проблема переношеної вагітності і запізніх пологів до цього часу представляє великий науковий інтерес для акушер-гінекологів і перинатологів, оскільки основною причиною гестаційних ускладнень при терміні гестації більше 40 тижнів є порушення функції плацентарного комплексу. Важливість і актуальність проблеми пояснюється великим числом ускладнень під час вагітності, пологах та післяпологовому періодах. Для діагностики порушень плацентарного комплексу та внутрішньоутробного стану плода існують безліч різноманітних методів, однак одним із перших та достовірних методів є кардіотокографічне дослідження.

Мета дослідження – діагностувати особливості кардіотографічних показників у жінок з ознаками переношеної вагітності та порівняти отримані результати з показниками жінок до 40 тижнів гестації.

Матеріали та методи. Для оцінки результатів кардіотокографічних даних нами було проведено розподіл вагітних на 2 групи: основну групу склали 30 вагітних з переношеною вагітністю в терміні

41–42 тижні та контрольну групу склали 20 здорових вагітних в терміні 37–40 тижнів гестації. Для діагностики переношеної вагітності нами приймалися до уваги наступні дані: підрахунок терміну гестації по менструальному циклу, овуляції, УЗД скринінгових методах дослідження, перших рухах плода, відкриття декретної відпустки. В комплексі проведених досліджень були включені: ехографічні обстеження (фетометрія, плацентографія, БПП та доплерометричні дані кривих швидкостей кровотоку), кардіотокографія, амніоскопія. Слід зазначити, що розподіл груп по віковій категорії складав від 20 до 35 років. Першовагітні – 18(30%), повторновагітні – 42(70%). Найбільш частими екстрагенітальними захворюваннями у жінок основної групи були: анемія I та II ступеня 12(40%), захворювання ШКТ – 6(20%), захворювання сечовидільної системи – 5 (16,6%), варикозне розширення вен нижніх кінцівок – 8(26,7%), захворювання щитоподібної залози – 4 (13,3%). Проводячи ретроспективний аналіз медичної документації зазначено, що у жінок основної групи спостерігались такі гестаційні

ускладнення: загроза самовільного викидня без кровомазання – 16 (53,3%), загроза самовільного викидня з кровомазанням у ранньому ембріональному періоді з частковим відшаруванням хоріона – 8 (26,7%), ранні гестози – 9 (30%), СЗРП I та II ст. – 7 (23,3%). Для діагностики внутрішньоутробного стану плода всім вагітним (основна та контрольні групи) проведено кардіотокографічне дослідження.

Обговорення результатів дослідження. Всім жінкам основної та контрольної груп виконано кардіотокографічне дослідження (КТГ). За даними КТГ оцінювали такі параметри: базальна частота серцевих скорочень (БЧСС), варіабельність ЧСС (амплітуду і частоту осциляцій), наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація), чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму. Встановлено, що у жінок основної групи (табл. 1) зміна базальної частоти серцевих скорочень (БЧСС) в бік тахікардії ($p > 0,05$) сягала 175,8 пош./хв і більше, однак у 32,5% випадків цей показник перебував на рівні 110–170 пош./хв. Стійка брадикардія була зафіксована у 2 жінок (6,6%). Реактивність автономної системи у плода доповнюється оцінкою варіабельності. Варіабельність свідчить про відхилення від середнього рівня базального ритму у вигляді осциляцій. Оцінку варіабельності базального ритму проводили за амплітудою і частотою. У жінок основної групи з проявами функціональних порушень плацентарного комплексу амплітуда миттєвих осциляцій (АМО) порівняно з нормою зменшувалася і КТГ зазвичай мала сплюснений, монотонний низькоамплітудний та низькочастотний ритм. АМО знижувалася до $4,2 \pm 0,2$ мм ($p < 0,001$) у жінок з проявами перенесеної вагітності проте, у жінок контрольної групи цей показник сягав в межах $10,8 \pm 0,52$ мм. Частота осциляцій у жінок основної групи сягала $3,1 \pm 0,12$ осц./хв, коли у жінок контрольної групи цей показник сягав в межах $7,5 \pm 0,18$ осц./хв. Прояв зафіксованого монотонного ритму кривої свідчить про гіпоксичні порушення плода у жінок основної групи.

Акцелерації – це показник стабільного функціонального стану плода, який найбільше відмічався у групі контролю. Так кількість акцелерацій у здорових жінок (у терміні до 40 тиж. вагітності) на протязі 20 хв. дослідження сягала $6,9 \pm 0,24$, амплітуда – $22,6 \pm 1,20$, тривалість – $14,6 \pm 0,57$ с. Слід зазначити, що у жінок основної групи у порівнянні з групою контролю значно знижувалася так кількість акцелерацій сягала $1,5 \pm 0,37$ ($p < 0,001$). Амплітуда становила $15,6 \pm 1,5$ ($p < 0,01$), тривалість відповідно, $8,9 \pm 0,58$ с. ($p > 0,05$).

Негативний показник, який відображав патологічний стан плода у вигляді вираженої гіпоксії, що спостерігався переважно у жінок основної групи. Кількість децелерацій у жінок основної групи сягав $4,6 \pm 0,29$ ($p < 0,001$), амплітуда сягала $25,1 \pm 1,81$ ($p < 0,05$), тривалість $3,62 \pm 0,41$ с. ($p < 0,001$). Проте, діагностовано, що у жінок контрольної групи кількість децелерацій була незначною $1,3 \pm 0,2$, амплітуда сягала $1,54 \pm 1,32$, тривалість – $0,6 \pm 0,06$ с.

Таблиця 1

Показники кардіотокограм у обстежених вагітних (M±m)

Показники КТГ	Групи вагітних	
	Основна група (n=30)	Контрольна група (n=20)
БЧСС, пош./хв.	175,8±2,3	145,6±1,03
АМО, пош./хв.	4,2±0,2	10,8±0,52
Чосцосц./хв.	3,1±0,12	7,5±0,18
Акцелерації	Кількість	1,5±0,37
	Амплітуда, пошт./хв.	15,9±1,5
	Тривалість, с	8,9±0,58
Децелерації	Кількість	4,6±0,29
	Амплітуда, пошт./хв.	25,1±0,81
	Тривалість, с	3,62±0,41
Рухи	3–6	5–10

Оцінюючи дані КТГ жінок у пологах слід відмітити, що у жінок основної групи з'явилися пізні дір II, дір III децелерації, що свідчило про важку гіпоксію та дистрес плода, що слугувало до термінового пологорозршення шляхом кесаревого розтину. Так у жінок основної групи кількість децелерацій варіювала від $4,6–5,7 \pm 0,12$; амплітуда коливалася в межах $16–23$ пош./хв. – $19,6 \pm 0,41$ пош./хв., тривалість становила від $18–31$ с – $24,2 \pm 0,77$ с. Проте, у жінок контрольної групи вагітних спостерігалися поодинокі, спорадичні, короткотривалі децелерації, що виникали у відповідь на рухи плода. Кількість децелерацій становила $1,3–2,1 \pm 0,08$, амплітуда коливалася у межах від 16 до 19 пош./хв. – $17,4 \pm 0,12$ пош./хв., а тривалість коливалася в межах $15–19$ с. і в середньому становила $17,2 \pm 0,16$ с. З початком пологової діяльності у здорових вагітних спостерігали поодинокі, періодичні (ранні) децелерації: дір 0, дір I, які тривали не більше 15 с.

Оцінюючи рухову активність плода у жінок основної та контрольної груп на момент запису КТГ (20 хв.) діагностовано, що кількість рухів плода у жінок основної групи в $3–6$, проте у жінок контрольної групи рухова активність плода сягала в межах $5–10$.

Більш значні порушення параметрів, які діагностовані під час запису кардіотокограму жінок основної групи, а саме, зниженням АМО та кількості осциляцій, зменшення кількості акцелерацій, одночасне збільшення варіабельних, глибоких, довготривалих децелерацій під час вагітності та виникнення пізніх децелерацій в пологах (дір II, дір III), зростання відсотка стабільного ритму зі значними ділянками монотонності і синусоїдального ритму вказував на порушення внутрішньоутробного стану плода: гіпоксію, дистрес плода та порушення плацентарного кровообігу у 87,6% випадків жінок з перенесеною вагітністю. Необ-

хідно зазначити, що за даними КТГ у більшості жінок контрольної групи був діагностований задовільний стан плода.

Висновки. Отже, найбільш інформативними показниками, що відображають внутрішньоутробний стан плода, за даними КТГ є базальна частота серцевих скорочень, амплітуда, частота миттєвих осциляцій, кількість, амплітуда, тривалість акцелерацій та децелерацій та реактивність не стресового

тесту. Дані КТГ дозволяють своєчасно діагностувати, попередити загрозливий стан плода (гіпоксію, дистрес) під час вагітності, пологів та прийняти правильну акушерську тактику щодо ведення даної пацієнтки.

Перспективи подальших досліджень. Своєчасна діагностика порушень плацентарного комплексу та внутрішньоутробного страждання плода за допомогою інструментальних методів діагностики.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бесєдін В. М. Стан гормональної функції плаценти у немолодих першородячих, можливості комплексної терапії фетоплацентарної недостатності / В. М. Бесєдін, М. В. Дорошенко-Кравчик // Вісн. наук. Досліджень. – 2006. – № 2(35). – С. 227–229.
2. Дашкевич В. Є. Плацентарна недостатність: сучасні аспекти патогенезу, діагностики, профілактики та лікування / В. Є. Дашкевич, С. М. Янюща // Мистецтво лікування. – 2011. – № 4. – С. 20–36.
3. Каліновська І. В. Дослідження рівня E -мікроглобуліну в материнській сироватці крові при плацентарній формі фетоплацентарної недостатності у різні терміни вагітності / І. В. Каліновська // Одес. мед. ж. – 2008. – № 2. – С. 51–56.
4. Резніченко Г. І. Патогенетичні та клінічні аспекти хронічної плацентарної недостатності, профілактика і лікування / Г. І. Резніченко, Ю. М. Бесарабов // Запорізький мед. журн. – 2013. – С. 75–79.
5. Рец Ю. В. Гормонально-гистометрические корреляции при хронической плацентарной недостаточности / Ю. В. Рец // Вопр. гинекол., акуш. и перитол. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 12–15.
6. Филиппов О. С. Прогностическая значимость различных методов диагностики фетоплацентарной недостаточности / О. С. Филиппов, А. А. Казанцева // Проблемы репродукции. – 2007. – № 3. С. 60–64.
7. Чепка Ю. Л. Прогнозування фетоплацентарної недостатності на основі статистичного багатofакторного комп'ютерного аналізу / Ю. Л. Чепка // Український медичний часопис. – 2009. – № 1(33). – С. 105–108.