

аминокислот, их производных и метаболитов. Выделены наиболее значимые аминокислоты в диагностике МС у женщин репродуктивного возраста – аспарагин, глицин.

Выводы.

1) У женщин репродуктивного возраста, страдающих МС, выявлены качественные и количественные изменения аминокислотного спектра в плазме крови по сравнению с женщинами контрольной группы.

2) Создана математическая формула, включающая аминокислоты (аспарагин, глицин), позволяющая диагностировать МС у женщин репродуктивного возраста с высокой чувствительностью (91,0%) и специфичностью (78,1%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяконов, С.А. Метаболический синдром и репродуктивная система женщин (обзор литературы) / С.А. Дьяконов // Проблемы репродукции. – 2016. – №22 (2). – С.37-43 .

2. Метаболический синдром – нерешённая проблема медицины и современного общества / О.М. Урясьев, Д.Ю. Горбунова, О.Н. Щербакова и др. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т.16, №1. – С.160-164.

3. Metabolomic profiles delineate potential role for sarcosine in prostate cancer progression / A. Sreekumar [et al.] // Nature. – 2009. – Vol. 457. – P. 910-914.

4. Metabolomics: a revolution for novel cancer marker identification / Q. Bu [et al.] // Comb.Chem.High. Thoroug. Screen. – 2012. – Vol. 15, № 3. – P.266-275.

5. Sikanen, T. M. Microchip Technology in Metabolomics. Chromatographic / T.M. Sikanen // Methods in Metabolomics. – 2013. – P.138-182.

ДИАГНОСТИКА ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ КАРДИОТОКОГРАММ

Ганчар Е.П.¹, Колесникова Т.А.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Гродненский областной клинический перинатальный центр²*

Актуальность. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода одна из важных проблем акушерства. Это связано со значительной частотой гипоксических состояний у новорожденных (20-43%) и тяжестью их последствий – около 40% детей, перенесших тяжелую асфиксию, в дальнейшем страдают органическими заболеваниями центральной нервной системы и отстают и психофизическом развитии от своих сверстников [1].

Несмотря на интенсивную разработку и совершенствование методов исследований, диагностика гипоксии плода – затруднительна и является сложной задачей практического акушерства. В последние десятилетия кардиотокография

(КТГ) стала «золотым стандартом» слежения за функциональным состоянием плода во время беременности. Будучи доступным и безопасным, метод демонстрирует высочайшую, достигающую 100 % чувствительность при достаточно низкой специфичности, составляющей 50-75 %. При сомнительных вариантах КТГ общая частота ошибочного диагноза варьирует от 34 до 75%. Обнаружение этих ритмов может быть результатом сна плода, следствием медикаментозной терапии, нарушения методики исследования. Во многих ситуациях они являются предвестниками или симптомами гипоксии плода. По данным FIGO к антенатальным сомнительным вариантам КТГ относят: тахикардию 160-170 уд/мин, брадикардию 100-110 уд/мин, вариабельность меньше 5 ударов в минуту или более 25 в течение 40-60 минут, отсутствие акцелераций в течение 60 минут наблюдения [2,3].

Сомнительные варианты КТГ не являются самостоятельным показанием к экстренному родоразрешению. Они отражают состояния плода, которые на основании одной единственной записи, не могут быть однозначно отнесены ни к нормальным, ни к патологическим. Сомнительные варианты КТГ являются мотивом к динамической оценке состояния плода, к повторной кардиотокографии, доплерометрическому исследованию. В то же время, проведение динамической КТГ, доплерометрии не гарантирует правильную оценку адаптационно-компенсаторных возможностей плода, прогнозирования гипоксии плода для выбора акушерской тактики.

Цель. Разработать метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

Методы исследования. Нами предлагается метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ (при тахикардии 160-170 уд./мин, а также при брадикардии 100-110 уд./мин, при сниженной или повышенной вариабельности меньше 5 и больше 25 уд./мин в течение 40-60 минут, при отсутствии акцелераций в течение 60 минут).

Суть метода заключается в следующем: назначаем внутривенно раствор пирацетама 20% – 10 мл, затем проводим повторную запись КТГ в течение 60 минут с 3-кратной задержкой дыхания беременной на вдохе продолжительностью 15-20 секунд с интервалами не менее 5 минут. При отсутствии изменения частоты сердцебиения плода, при уменьшении частоты сердцебиения плода не более чем на 10 уд./мин на фоне задержки дыхания с последующим восстановлением частоты сердцебиения до первоначального ритма или появлении учащения частоты сердцебиения плода на 15 и более уд./мин после восстановления дыхания определяем нормальное состояние плода, при уменьшении сердцебиения плода более чем на 10 уд./мин и сохранении или появлении брадикардии после восстановления дыхания диагностируем гипоксию плода.

Предлагаемый метод был применен у 136 пациентов с сомнительным вариантом КТГ. Кардиотокографическое исследование выполнялось с помощью фетальных мониторов «Philips-50А» и балльной оценки по шкале Фишера.

Результаты и их обсуждение. По возрасту беременные распределились следующим образом: до 20 лет 18 пациентов (13,2%); 20-35 лет – 81 (59,6%); старше 35 лет – 37 (27,2%). Первородящих – 95 (69,9%), из них отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборты) имели 59 женщин (62,1%). Повторнородящих – 41 (30,1%), с отягощенным акушерским анамнезом – 27 (85,4%). Срок беременности составил 249+-8 дней.

Анализ историй родов показал, что все женщины относились к группе среднего и высокого риска по развитию плацентарной недостаточности.

Факторами риска по развитию плацентарной недостаточности во время беременности явились следующие причины: гестационный пиелонефрит выявлен у 14 пациентов (10,3%); угроза прерывания беременности – 83 (61,0%); перенесли ОРВИ во время беременности – 73 (53,7%); экстрагенитальная патология отмечена в 118 случаях (86,8%); преэклампсией осложнилось течение беременности в 24 случаях (17,6%).

В среднем, каждая беременная имела по 2,55 фактора риска по развитию плацентарной недостаточности.

У 24 (17,6%) женщин после применения предлагаемой пробы была выявлена отрицательная динамика изменений кардиотокографических показателей, что потребовало дополнительного доплерометрического исследования и досрочного родоразрешения в интересах плода.

У 112 (82,4%) женщин гипоксия плода не подтвердилась, КТГ – нормализовалось. В данной группе не было случаев антенатальной гибели плодов.

При наличии гипоксии плода на фоне задержки дыхания наблюдалось снижение базальной частоты сердцебиения плода более чем на 10 уд/мин, которое не восстанавливалось после введения пираретама и задержки дыхания. При этом вариабельность не изменялась.

Известно, что снижение базальной частоты сердцебиения плода относится к начальным признакам гипоксии плода, которое требует адекватной акушерской реакции на изменения клинической ситуации. Прогрессирующая реакция сердцебиения плода, выражавшаяся в снижении базальной частоты сердцебиения плода на задержку дыхания матери свидетельствовала о наличии гипоксии плода [4].

Пираретам стимулирует передачу возбуждения в центральных нейронах, облегчает обмен информации между полушариями головного мозга, повышает устойчивость головного мозга к гипоксии. Антигипоксическая активность – наиболее важное свойство пираретама. Лечебное действие пираретама определяется способностью восстанавливать и стабилизировать нарушенные функции мозга [5].

В период задержки дыхания состояние плода может оставаться компенсированным и он может адекватно реагировать на искусственно созданную кратковременную гипоксию. При отсутствии гипоксии плода на фоне пробы с задержкой дыхания и после возобновления дыхания беременными женщинами, параметры КТГ плода не изменялись или наблюдалось уменьшение частоты сердцебиения плода не более чем на 10 уд/мин. на фоне задержки дыхания с

последующим восстановлением частоты сердцебиения до первоначального ритма. Кроме того, в ряде случаев после кратковременной задержки дыхания наблюдалось повышение базальной частоты сердцебиения плода на 15 и более уд /мин. в течение 15 секунд (появление акцелераций). При этом вариабельность не изменялась. Появление акцелераций свидетельствовало о том, что плод здоров и адекватно реагирует на стресс.

При появлении, тем более сохранении отрицательной динамики изменений кардиотокографических показателей целесообразно досрочное родоразрешение в интересах плода.

Выводы. 1. Применение раствора пирацетама с задержкой дыхания беременной на вдохе позволяет выявить начальные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

2. Преимуществом указанного метода диагностики гипоксии плода является простота, доступность, неинвазивность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов, П.А. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного / П.А. Кузнецов, П.В. Козлов // Лечебное дело . – 2017. – №4. – С.9-16.

2. Ayres-de-Campos, D. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography / D. Ayres-de-Campos, C.Y. Spong, E. Chandrachan // Int J Gynaecol Obstet. – 2015 Oct. – 131(1). – P.13-24.

3. Intrapartum nonreassuring fetal heart rate tracing and prediction of adverse outcomes: interobserver variability / S. P. Chauhan, C.K., Klausner, T.C. Woodring T. C. et al. // Amer. J. Obstet Gynecol. – 2008. – №199 (6). – P. 623-625.

4. Воскресенский, С. Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль / С.Л. Воскресенский : Учебное пособие. — Мн.: Книжный дом, 2004. – 304 с.

5. Использование пирацетама для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода у рожениц с гестационным пиелонефритом / Т.А. Колесникова, М.В. Белуга, И.А. Ославский и др. // Журнал ГрГМУ . – 2006.– № 2 . – С. 73-75.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРАТЕГИИ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гарелик Т.М.¹, Наумов И.А.²

Гродненская университетская клиника¹,

Гродненский государственный медицинский университет²

Актуальность. В настоящее время в Республике Беларусь основным методом вторичной профилактики рака шейки матки (далее – РШМ) являются медицинские профилактические осмотры населения, осуществляемые в