

плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития, неправильные положения плода.

3. Пациентки с низкой плацентацией входят в группу риска оперативного родоразрешения, послеродового кровотечения.

Литература

1. Азарова, Л. В. Взаимосвязь аномалий расположения плаценты с факторами инфекционного генеза / Л. В. Азарова, В. В. Колчина // *Фундаментальные исследования*. – 2014 – № 6 (6). – С. 1149-1153.

2. Коротких, И. Н. Низкая плацентация в ранние сроки гестации: особенности течения родов и состояния новорожденного / И. Н. Коротких, В. В. Колчина, Л. В. Азарова // *Врач-аспирант*. – 2018. – № 3, 1(64). – С. 192–195.

3. Митьков, В. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. II том // В. В. Митьков, М. В. Медведев. М.: Видар, 1996. – 408 с.

4. Placenta increta complicating a first trimester abortion: A case report / H. J. Roh, S. K. Park, J. Y. Hwang et al. // *Korean J Obstet Gynecol*. – 2018. – № 47. – P. 1828–1832.

5. Young, B. C. Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa / B.C. Young, A. Nadel, A. Kaimal // *J Perinatol*. – 2019. – № 34. – P. 264–267.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ КАРДИОТОКОГРАММЫ

Колесникова Т. А.¹, Сайковская В. Э.¹, Кутас С. Н.¹, Ганчар Е. П.²

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

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 в 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 – предвестники или симптомы 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 – мотив 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 исследования – разработать метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

Материалы и методы. 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 в следующем: назначаем внутривенно раствор пираретама 20% – 10 мл, затем проводим повторную запись КТГ в течение 60 минут с трехкратной 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 появления 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 236 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 – 48 пациентов (20,3%); 20-35 лет – 121 (51,3%); старше 35 лет – 37 (28,4%). Первородящих – 145 (61,4%), из них отягощенный

акушерский анамнез (выкидыши, аборты) имели 89 женщин (61,4%). Повторнородящих – 91 (38,6%), с отягощенным акушерским анамнезом – 67 (73,6%). 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 были следующие причины: гестационный пиелонефрит выявлен у 24 пациентов (10,2%); длительная угроза прерывания беременности – 156 (66,1%); перенесли ОРВИ во время беременности – 173 (73,3%); экстрагенитальная патология отмечена в 206 случаях (87,3%); преэклампсией осложнилось течение беременности в 34 случаях (14,4%).

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

У 32 (13,6%) 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 (86,4%) 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 парацетама с задержкой дыхания беременной на вдохе позволяет выявить начальные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

2. Преимущество указанного метода диагностики гипоксии плода – 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. Chandraran // 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 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 парацетама 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.

БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА – ВОЗМОЖНОСТЬ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Корень Ю. Г.¹, Белуга М. В.², Белуга В. Б.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Болезнь Вальдмана (первичная интестинальная лимфангиэктазия) – крайне редкое заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся дилатацией лимфатических сосудов тонкого кишечника,