

ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА

Игнатко И.В., Карданова М.А., Мирющенко М.М., Байбулатова Ш.Ш.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета), г. Москва; НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины», г. Москва

С целью разработки современных подходов к обследованию и ведению беременных с критическим состоянием плода проведено проспективное обследование 816 беременных, беременность и роды у которых проведены с использованием новых технологий оценки состояния матери и плода и рациональным выбором сроков и методов родоразрешения. Дифференцированный подход к терапии и выбору акушерской тактики в зависимости от степени тяжести плацентарной недостаточности позволил в 2,6 раза снизить частоту рождения детей с гипотрофией, в 1,5 раза — в состоянии среднетяжелой и тяжелой асфиксии, в 1,75 раза — необходимость в проведении реанимационных мероприятий, в 1,8 раза — частоту гипоксически-ишемического поражения ЦНС, в 2,6 раза — перинатальные потери при данном осложнении беременности.

A prospective survey of 816 pregnant women, pregnancy and childbirth was performed in order to develop modern approaches to screening and management of pregnant women with critical fetal distress. We have used the new technologies for assessment of mother and fetus, and rational choice of timing and method of delivery. Differentiated approach to obstetric care and choice of tactics depending on the severity of placental insufficiency allowed 2.6 times lower frequency of children born with malnutrition, 1.5 times — in a state of moderate and severe asphyxia, 1.75 times — the need for resuscitation, 1.8 times — the frequency of hypoxic-ischemic lesion of the central nervous system, 2.6 times — perinatal losses during this pregnancy complications.

Синдром задержки роста плода (СЗРП) имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, достигая 40%, а репродуктивные потери и затраты на комплексное лечение детей с СЗРП, причиняют значительный социальный и экономический ущерб. Поэтому стремление снизить перинатальную заболеваемость и смертность при синдроме задержки роста плода послужило поводом для поиска основных принципов ранней профилактики, своевременной диагностики и адекватной терапии данного осложнения беременности. СЗРП тяжелой степени и критическое состояние плода (КСП) характеризуются высокой перинатальной смертностью (42,92%) и заболеваемостью (901%) новорожденных, обусловленной гипотрофией (57,9%), гипоксически-ишемическим поражением ЦНС (62,5%), синдромом дыхательных расстройств (15,8%), аспирационным синдромом (4,8%). В проведении реанимационных мероприятий при рождении нуждаются практически все новорожденные, в переводе в специализированные отделения — 28,8%.

Декомпенсированная ПН и критическое состояние плода (КСП) отмечаются при экстрагенитальной патологии, преэклампсии, длительной угрозе прерывания, внутриутробной инфекции и аномалиях плода (пороках развития и хромосомных аномалий). Крайне важна пренатальная диагностика с использованием современных методов визуализации, молекулярно-генетического анализа (в том числе неинвазивного), ведение беременности в перинатальных центрах (на III уровне оказания помощи), использование современных неонатальных технологий. С целью разработки современных подходов к обследованию и ведению беременных с КСП проведено проспективное обследование 816 беременных, беременность и роды у которых проведены с использованием новых технологий оценки состояния матери и плода, и рациональным выбором сроков и методов ро-

доразрешения. Основными звеньями патогенеза СЗРП являются изменения в функционировании факторов роста, наследственные и приобретенные тромбофилии, нарушения процессов апоптоза и пролиферации в плаценте, приводящие к морфофункциональным изменениям в ней и гемодинамическим нарушениям в системе мать—плацента—плод и нарушению плодового кровотока. Для КСП характерна тяжелая форма СЗРП преимущественно смешанная (47,62%). Гипоксия по данным КТГ-исследования выявлена в 100% наблюдений, в 19,05% — тяжелая. В основном СЗРП и гипоксия плода при КСП выявлялась на сроке 28—32 нед беременности. СЗРП III степени сопровождается выраженными гемодинамическими нарушениями плодово-плацентарного кровотока: критическое состояние кровотока плода выявлено в 45,7%, централизация артериального кровотока развивается в 80,7% наблюдений, из которых в 45% сопровождается нарушениями в венозном протоке и/или нижней полой вене плода, что говорит об истощении его компенсаторных возможностей. В плодово-плацентарном звене нарушения кровотока при критическом состоянии плода характеризуются отсутствием или ретроградным диастолическим компонентом кровотока в артерии пуповины и ее терминальных ветвях.

Показаниями к срочному родоразрешению путем кесарева сечения при КСП являются: СЗРП тяжелой степени с признаками выраженной централизации артериального кровотока плода, нарушениями внутрисердечного кровотока и с признаками среднетяжелой гипоксии плода по данным КТГ; срок беременности при наличии признаков КСП более 34 нед. Показаниями к экстренному родоразрешению являются: нарушения венозного кровотока плода (ретроградный кровоток в венозном протоке, возрастание реверсного потока крови в нижней полой вене плода), наличие пульсаций

в вене пуповины. При недоношенной беременности (28—32 нед) и отсутствии нулевых и ретроградных значений кровотока в венозном протоке и пульсационном индексе до 0,74, при реверсном кровотоке в нижней полой вене до 43,2% в сроки до 32 нед и до 34,1% в сроки 32—37 нед беременность пролонгируется при ежедневном КТГ и доплер контроле, контроле за параметрами коагулограммы, клинической картины осложнений беременности или экстрагенитальной патологии на фоне проводимой терапии и с профилактикой РДС новорожденного кортикостероидами. При декомпенсированной ПН при нормальных показателях венозного кровотока беременность может быть пролонгирована с целью улучшения прогноза для плода. Из всех беременных с

критическим состоянием артериального плодово-плацентарного кровотока беременность была пролонгирована у 47,62%. Продолжительность пролонгирования беременности составила от 5 (в сроке 35—36 нед) до 18 дней (в сроке 30—33 нед). Дифференцированный подход к терапии и выбору акушерской тактики в зависимости от степени тяжести плацентарной недостаточности позволил в 2,6 раза снизить частоту рождения детей с гипотрофией, в 1,5 раза — в состоянии средне-тяжелой и тяжелой асфиксии, в 1,75 раза — необходимость в проведении реанимационных мероприятий, в 1,8 раза — частоту гипоксически-ишемического поражения ЦНС, в 2,6 раза — перинатальные потери при данном осложнении беременности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРБЕТОЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Ковалева М.С., Баев О.Р., Румянцева В.П., Алимова Д.Т., Тысячный О.В.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва

В данной работе сопоставлена эффективность окситоцина и его синтетического аналога карбетоцина для профилактики послеродовых и послеродовых кровотечений. В исследование вошли 192 женщины, которые были разделены на две группы в зависимости от используемого утеротоника. Обе группы оказались сопоставимы по возрасту и продолжительности родов. На основании гравиметрического метода нами было показано, что объем кровопотери при введении карбетоцина достоверно ниже, чем при использовании окситоцина.

The present investigation represents comparison of efficiency of oxytocin and its synthetic analogue carbetocin in prophylaxis of postpartum hemorrhage. Totally 192 patients were enrolled in the study. They were divided into 2 groups according to injected uterotonic. The both groups were comparable with age and duration of labor. Administration of carbetocin was shown to lead to significantly less blood loss in comparison with oxytocin according to gravimetric method.

Кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах по-прежнему остаются на первом месте среди разных видов тяжелой акушерской патологии и лидируют в структуре материнской смертности во всем мире. В связи с этим дальнейшее изучение эффективности лекарственных препаратов для профилактики этих кровотечений можно считать неоспоримо важным. Нами проанализирована эффективность препарата карбетоцин для профилактики кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах. В исследовании приняли участие 192 пациентки. Их разделили на 2 группы в зависимости от препарата, выбранного для профилактики кровотечения. В основной группе ($n=66$) вводили карбетоцин 100 мкг внутривенно медленно. В контрольной группе ($n=126$) вводили окситоцин с помощью перфузора (5 МЕ в 49 мл 0,9% физиологического раствора со скоростью 15,2 мл/ч). Оба препарата начинали вводить в момент рождения переднего плечика. Объем кровопотери оценивали с помощью гравиметрического метода. Нами получены следующие результа-

ты. Средний возраст пациенток основной группы составил $29,8 \pm 5,1$ года, контрольной группы — $28,7 \pm 4,65$ года. Были выявлены достоверные различия в объеме кровопотери между группами. В основной группе кровопотеря при отделении последа составила $62,7 \pm 38,3$ мл, в контрольной — $171,9 \pm 85,1$ мл ($p < 0,001$). Общая кровопотеря составила $124,36 \pm 74,3$ и $300,13 \pm 104,27$ мл ($p < 0,001$) соответственно. Кровотечение в послеродовом и послеродовом периодах (объем кровопотери 500 мл и более) имело место только у 8 женщин, всем им вводили окситоцин. Плотное прикрепление плаценты отмечено у 5 (7,5%) женщин из группы карбетоцина и у 3 (2,3%) — из группы окситоцина. Ручное отделение плаценты и выделение последа выполнены у 6 (9%) женщин из группы карбетоцина и у 15 (12%) из группы окситоцина. Таким образом, нами показано, что однократная внутривенная инфузия карбетоцина в дозе 100 мкг, введенная с профилактической целью, вызывает достоверное снижение кровопотери по сравнению с внутривенной инфузией окситоцина.