

Комплексне спостереження за станом плода в антенатальному періоді та його значення для вибору тактики розродження

І.І. Хаща, А.Т. Чабан, М.В. Віраг, М.В. Куцик, Ю.Ю. Мігали

Ужгородський національний університет

Ужгородський міський перинатальний центр

Клініка «Асклепій»

В структурі причин перинатальної захворюваності і смертності одне з провідних місць займає гіпоксія плода. Цей патологічний стан може бути наслідком різних екстрагенітальних захворювань, ускладнень вагітності та пологів, неадекватної акушерської допомоги. Дистрес плода займає провідні позиції серед інших показань до кесаревого розтину. В той же час, на тлі високої частоти кесаревих розтинів (біля 25%) перинатальні наслідки, пов'язані з гіпоксією, залишаються без суттєвого покращання. Як показує аналіз первинної медичної документації, проблема переважно стосується двох аспектів: недооцінка та переоцінка важкості стану плода, що є наслідком низької якості діагностики його стану за рядом об'єктивних та суб'єктивних причин. Серед останніх необхідно відзначити:

- відсутність медичної апаратури відповідної якості в необхідній кількості для діагностики стану плода (насамперед, ультразвукових апаратів з доплерографічними приставками та кардіотокографів високого класу);
- недостатній кваліфікаційний рівень підготовки лікарів, що проводять ультразвукову діагностику в галузі перинатології;
- недотримання методологічних стандартів обстеження (ультразвукове сканування, доплерографія, аускультация плода в 1-му та 2-му періодах пологів, кардіотокографія);
- низький рівень правильного застосування простих, доступних, інформативних методик оцінки стану фетоплацентарної системи (гравідограма, тест рухової активності плода, партограма) внаслідок скептичного ставлення до них частини лікарів;
- неправильна інтерпретація отриманих результатів дослідження (наприклад, різна оцінка КТГ одним дослідником в різні періоди доби або різна оцінка КТГ різними дослідниками);
- некоректне формулювання висновку обстеження (наприклад: «гостра внутрішньоутробна гіпоксія плода» або «фетоплацентарна недостатність» за даними ультразвукового сканування та/або доплерографії).

Все це дозволяє зробити висновок про те, що часто стан плода для акушера є невідомий. У тих випадках, коли плід страждає, недостатня увага до його стану може стати причиною можливої гіпоксії, навіть антенатальної або інтранатальної загибелі. В інших випадках всупереч доказовій медицині проводиться лікування «фетоплацентарної недостатності» цілим арсеналом з вазоактивних, метаболічних, енергетичних, вітамінних та інших препаратів, часто з явищами поліпрагмазії. Хвилювання вагітної за здоров'я ненародженої дитини можуть при наявності психологічної схильності привести до появи патологічних страхів, панічних станів. Але часом і цього не потрібно, щоб тривога матері за дитину передалася на лікаря, який несе повну відповідальність за стан обох. Все це тільки доповнює наявне і, на перший погляд, цілком логічне бажання акушера випередити можливі

негативні наслідки вагітності і переводить «акушерську агресію» з площини невиправданого лікування в площину активного втручання в перебіг вагітності, частіше шляхом операції кесаревого розтину. Під час пологів також можна зустрітися з проявами «агресивного ведення» у вигляді незафіксованих у первинній документації амніотомій, родостимуляцій, активного регулювання потуг, прийому Крістеллера, медикаментозної «підтримки». Частота цих втручань невідома нікому.

Тому необхідно підкреслити, що при відсутності показань до кесаревого розтину з боку матері основним критерієм вибору методу розродження є адекватне визначення стану плода.

Мета дослідження – визначити ефективність комплексного антенатального обстеження фетоплацентарної системи для оцінки стану плода та його значення для вибору методу розродження і зменшення перинатальної смертності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Комплексне обстеження фетоплацентарної системи включало загальноприйнятні клінічні та лабораторні методи діагностики, ультразвукове сканування, доплерографію згідно з існуючими регламентуючими наказами. Також спеціально застосували кардіотокографію з комп'ютерним аналізом по Dawes і Redman. Унікальною якістю цього алгоритму, який сьогодні реалізований в кардіотокографах є можливість проводити автоматичний аналіз антенатальної КТГ з урахуванням індивідуального терміну вагітності, починаючи з 24 тиж гестації. З появою цього методу з'явилася реальна нагода своєчасного визначення тяжкості метаболічної гіпоксії і суттєво зменшити частоту пізньої діагностики порушень стану плода.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всього антенатально обстежено понад 1300 вагітних у терміні вагітності від 24 до 42 тиж. Середній вік обстежених вагітних склав 26,8 року, першовагітним було 48% жінок. Частота вагітностей з високим перинатальним ризиком склала 57%. Порушення фетоплацентарної системи встановлювалося за отриманими під час ультразвукового сканування ознаками у вигляді маловоддя, багатоводдя, передчасного старіння плаценти, порушень плодово-плацентарної гемодинаміки, затримки розвитку плода. При виявленні цих відхилень, а також у вагітностях з групи високого перинатального ризику проводили кардіотокографію. Діагноз гіпоксії плода виставлявся у випадку, якщо показник Short-Term Term variability (STV) був нижче 4 мсек, що свідчить про наявність метаболічного ацидозу.

Проведена КТГ-діагностика доводить, що внутрішньоутробна гіпоксія плода в антенатальному періоді зустрічається в незначній кількості випадків, її загальна частота становить 1,8%. Навіть у випадках, коли виявляється критичний кровотік в пуповинній артерії (нульовий або зворотній діас-

толічний компонент), ми спостерігали відсутність метаболічного ацидозу за даними КТГ протягом 4–6 тиж за умови, що не проводилося лікування фетоплацентарної недостатності. Зниження STV нижче 4,0 в антенатальному періоді служило підставою для встановлення діагнозу «гостра гіпоксія плода» і проводилося розродження шляхом кесаревого розтину. Антенатальна загибель в даній групі жінок відбулася у 3-х випадках (важка форма гемолітичної хвороби плода під час вагітності 26 тиж, симетрична форма синдрому затримки розвитку плода III ступеня на тлі легкої пре-еклампсії (2 випадки).

В той же час, аналіз історій пологів даної групи жінок показав високу частоту патологічних родів (66%) та кесаревого розтину (36%). Показник перинатальної смертності в даній групі жінок склав 1,1%.

Аналіз історій пологів, проведених шляхом кесаревого розтину, показав, що діагноз дистресу плода в пологах фігурував в структурі показань у значній кількості випадків і склав 28%. В переважній більшості випадків цей діагноз встановлювався за даними аускультатії (цей метод сам по собі може використовуватися тільки для підтвердження

життєдіяльності плода) та кардіотокографії, яка практично у всіх випадках проводилася без дотримання основних вимог (достатня тривалість обстеження, використання токо-датчика, правильна інтерпретація отриманої кривої). Однак огляд новонародженого та оцінка по шкалі Апгар підтвердили дистрес плода тільки в третині випадків.

ВИСНОВКИ

Таким чином, комплексне обстеження фетоплацентарної системи показує, що гіпоксія плода під час вагітності виникає в одиничних випадках. Основне призначення КТГ з комп'ютерним аналізом полягає не стільки у виявленні внутрішньоутробної гіпоксії, а є необхідним засобом для виключення цього ускладнення. Незважаючи на це, відсутність засобів для адекватного контролю за станом плода в пологах спричинює високу частоту кесаревого розтину, що вимагає пошуку надійних засобів для контролю і захисту плода і новонародженого від різноманітних проявів «акушерської агресії», зменшення частоти кесаревого розтину та покращання показників перинатальної захворюваності та смертності.

До питання про ефективність оцінки ступеня ризику перинатальних утрат

І.І. Хаца, Ю.Ю. Мігали

Ужгородський національний університет

Ужгородський міський перинатальний центр

Стратегія виявлення груп ризику – управляючий механізм в організації медико-санітарної допомоги. Її мета – забезпечення найбільш сучасної медичної допомоги всім людям, але насамперед тим, кому вона найбільш потрібна. Однією з головних задач антенатальної допомоги є своєчасне виявлення факторів, на основі яких мати, плід, новонароджений будуть віднесені до групи підвищеного ризику перинатальних ускладнень з метою профілактики або зниження тяжкості подібних ускладнень. Давно було помічено, що у певної категорії вагітних ті або інші ускладнення зустрічаються частіше, ніж в інших. Вивчення сімейного та медичного анамнезів, наслідки попередніх вагітностей і пологів, дані додаткових та лабораторних методів дослідження є суттєвою допомогою для визначення ступеня перинатального ризику.

Розподіл вагітних по групах, які потребують певного запланованого обстеження, спостереження і рекомендацій, є первинною задачею системи оцінки ступеня ризику. Для цього використовують різні формалізовані таблиці, що передбачають виявлення певних факторів та їх оцінку в балах. Визначення сумарного ступеня ризику дозволяє раціонально використовувати можливості антенатальної допомоги для покращання наслідків вагітності для матері й дитини.

Проведений порівняльний аналіз ефективності прогнозування перинатальних ускладнень за матеріалами Ужгородського міського перинатального центру серед вагітних із високим та низьким ступенем перинатального ризику дозволив зробити наступні висновки:

- використання методики Coorland для оцінки імовірності розвитку перинатальних ускладнень у вагітних високого ступеня ризику є недостатньо ефективною, бо дозволила передбачити ускладнення у 32% випадків;

- методика передбачає визначення ступеня перинатального ризику одноразово, що не дозволяє враховувати розвиток ускладнень під час даної вагітності;
- у 38% випадків проаналізованих вагітностей таблиця не була заповнена або була заповнена частково;
- знижена прогностична цінність у першовагітних жінок внаслідок відсутності інформації про попередню вагітність;
- наявність найвищого ступеня перинатального ризику не виключає можливість нормальних пологів, а вагітна, що відноситься до групи низького ступеня ризику, не позбавлена ризику навіть найважчих перинатальних втрат;
- визначення високого ступеня перинатального ризику у вагітної є причиною надмірної лікарської активності в плані діагностики та лікування, часто з явищами поліпрагмації, необґрунтованих втручань в процес вагітності і пологів згідно з існуючою в уяві лікарів «моделлю» певного патологічного стану та можливих заходів по їх «усуненню»
- однократне визначення груп ризику не дозволяє враховувати особливості перебігу даної вагітності та їх вплив на наслідки пологів;
- відношення вагітної до групи високого перинатального ризику є додатковим фактором психоемоційного навантаження і формує комплекс психологічної нестабільності і тривоги з усіма наслідками.

Таким чином, проведення формалізованої оцінки перинатального ризику для зниження несприятливих наслідків має сумнівну ефективність і потребує подальшого вивчення і удосконалення.