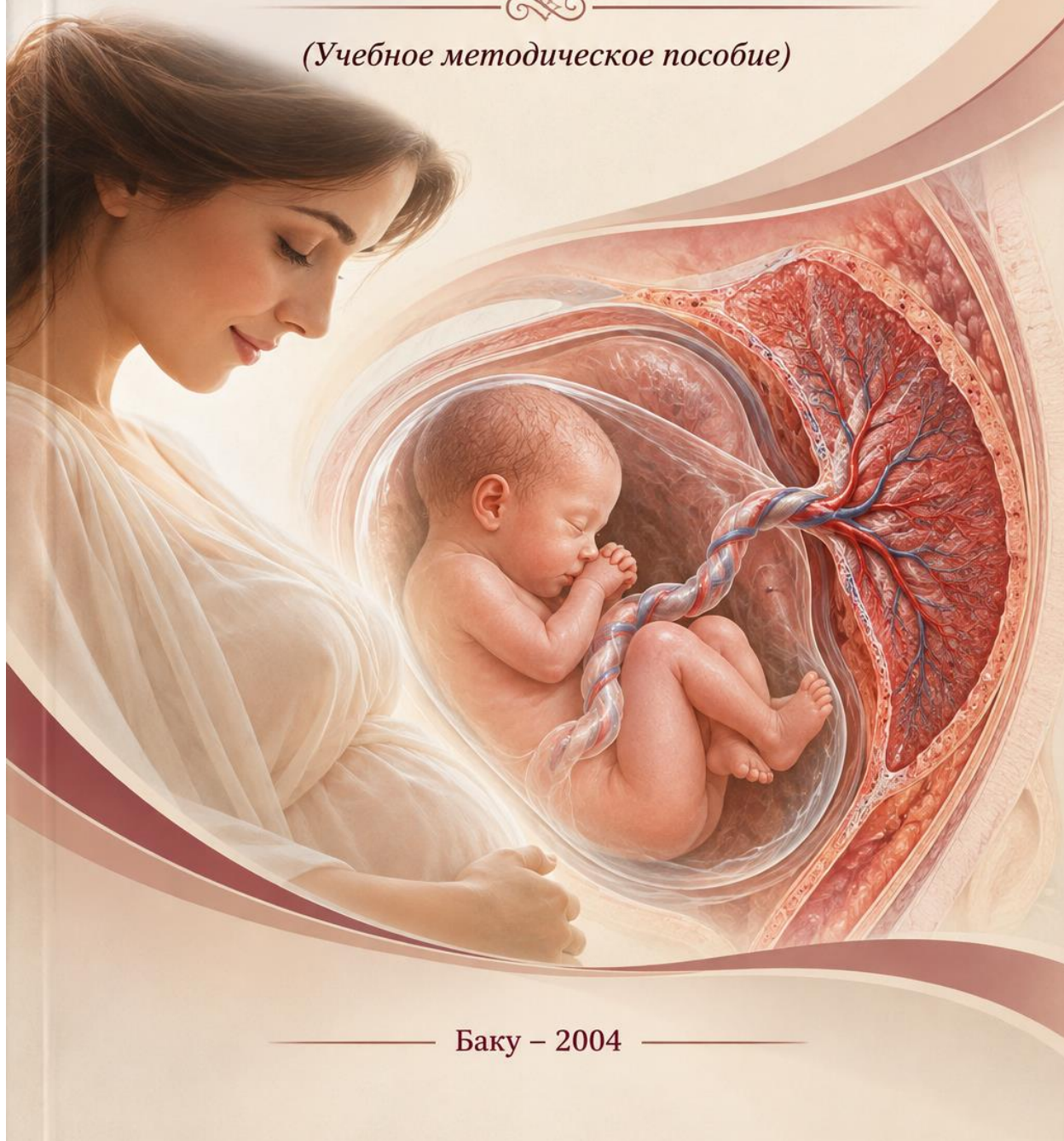


Министерство Образования Азербайджанской Республики
Институт по Проблемам Образования Азербайджанской Республики
Азербайджанский Медицинский Университет

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

(Учебное методическое пособие)



Баку – 2004

**Министерство Образования Азербайджанской Республики
Институт по Проблемам Образования Азербайджанской
Республики
Азербайджанский Медицинский Университет**

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ:
ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ
ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ**

(Учебное методическое пособие)

Утверждено

*протоколом № 11 заседания отделения
«Медико-клинических наук»
Научно-методического Совета
Министерства Образования Азербайджанской Республики от
04.11.2004 г.*

БАКУ – 2004

Основное учреждение – разработчик кафедры

«Акушерства-гинекологии I» АМУ

(зав.каф. - доцент Керимова Л.Р)

Учреждение – соисполнители:

1.Республиканский Род дом МЗ Азербайджанской Республики

3. Родильное отделение Городской клинической больницы № 1 г.Баку

Ф.И.О. авторов метода, телефоны:

Доцент кафедры «Акушерства-гинекологии I» -

к.м.н. **Камиловой Н.М.** 4932534

Рецензенты: Доцент кафедры «Акушерства-гинекологии I» -

к.м.н. **Мир-Багирова Д.Д.**

Доцент кафедры «Акушерства-гинекологии II» -

к.м.н. **Багирова С.К.**

Оригинал – макеты подготовлены издательством

“NAFTA-PRESS”

Редактор: Г.Хейруллаоглы

Подписано в печать.01.11.2004. Объем печ. листа. 1,75. Тираж 100 экз.

Отпечатано в тип. Института геологии НАН Азербайджана.

Адрес: г.Баку, пр. Г.Джавида 29 А, Тел.:00994124 4393972

ВВЕДЕНИЕ

В ближайшее десятилетие предполагается рождение по крайней мере 1.3 миллиарда детей. В то же самое время нам придется пережить смерть от 170 до 180 миллионов детей, если уровень детской смертности останется таким же, каким он был в последнее десятилетие двадцатого века: это значит, что около 50000 детей умирает ежедневно.

Как правило, около половины всех детей, умерших до пятилетнего возраста, умерли в течение первого года жизни. И от половины до двух третей всех детских смертей приходится на первый месяц жизни.

Одной из наиболее важных проблем в практическом акушерстве является перинатальная охрана плода. В последние годы отмечается снижение уровня рождаемости и смертности. Успех развития здорового ребенка определяется рядом факторов, к числу которых, в первую очередь, относится здоровье матери, ее питание, здоровье семьи, развитие и внедрение новейших технологий.

Перинатальный период начинается с 22 полных недель (154-го дня) внутриутробной жизни плода (масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных суток после рождения.

Основными причинами перинатальной заболеваемости и смертности, связанными с состоянием матери продолжают оставаться патология плаценты (36 %), осложнения беременности (26 %), заболевания матери, несвязанные с беременностью – 24 %. Среди причин перинатальной заболеваемости и смертности, связанных с состоянием плода, первое место занимает 40 %, внутрижелудочковые кровоизлияния – 33 %, врожденные аномалии развития – 11 %, врожденные инфекции – 11 %. При этом мертворождаемость составляет 40-45 % среди всех потерь в перинатальном периоде и в 57-63 % отмечаются различные нарушения. Предотвратить данный исход можно в 25-40 %, когда возможно установить причину путем тщательного врачебного наблюдения за беременной.

Главный принцип, лежащий в основе охраны материнства и детства, состоит в том, что для обеспечения развития здорового ребенка необходимо удовлетворять специфические биологические и психосоциальные потребности, свойственные процессу роста человеческого организма.

Плод признается полноправным пациентом, к которому применимы специальные методы диагностики, лечения, профилактики, а конечные результаты медицинской помощи оцениваются по перинатальным потерям (аборты, невынашивание беременности, перинатальная смертность).

Для снижения перинатальной патологии большое значение имеет не только диагностика уже имеющегося поражения, но и возможность его предупреждения. Для этого необходимо проведение на высоком уровне антенатальной охраны плода.

Антенатальная охрана плода тесно связана с оценкой его состояния во время беременности. Информация о состоянии плода в процессе беременности достаточно хорошо изучена (УЗИ плаценты и плода, кардиомониторирование, определение кровотока в системе мать – плацента – плод, амниоскопия, амниоцентез), но для своевременного выявления страдания плода важно проведение динамического исследования всех показателей состояния плода высококвалифицированными специалистами.

В основе утверждения клинической важности антенатального мониторинга лежат два главных принципа. Первый состоит в том, что применяемые при этом методы способны выявлять и прогнозировать состояние плода, второй – при правильной интерпретации получаемых данных можно уменьшить частоту и тяжесть осложнений в перинатальном периоде.

Организационные формы оказания медицинской помощи, в том числе акушерской и неонатальной, определяются на каждом этапе развития общества состоянием экономики страны и уровнем общественного здоровья. По современным представлениям, основными причинами высокого показателя перинатальной патологии является совокупность неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды: экологические, социально-технические, общественно-политические, недостаточная материально-техническая оснащенность лечебно-профилактических учреждений.

Как было выявлено, факторы риска не являются причиной; это некая попеременная величина, и если она присутствует, то увеличивается шанс возникновения патологии. Анализ литературных источников показал, что причины перинатальной патологии многообразны и в большей мере определяются социально-биологическими и социально-гигиеническими факторами: неблагоприятные факторы производства, вредные привычки, заболевания матери, выраженные гормональные нарушения.

Выделяют 4 группы факторов риска.

Первая группа - социально-биологические – возраст, профессия, жилищно-бытовые.

Вторая группа представляет из себя так называемые материнские – преморбидный фон, репродуктивный анамнез, течение беременности и родов.

Третья группа – плацентарные.

Четвертая – плодовые факторы – включает хромосомные заболевания, наследственные аномалии обмена веществ, врожденные пороки развития, генерализованные внутриутробные инфекции.

В настоящее время отмечается рост заболеваемости женщин детородного возраста болезнями репродуктивной системы и экстрагенитальными, инфекционными заболеваниями, увеличение показателей невынашиваемости, (21,2 %), частоты гестозов беременных (17-19 %), осложнений во время родов (9-14 %).

I. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

1.Фетоплацентарная недостаточность.

Осложнения беременности и экстрагенитальные заболевания матери часто приводят к изменениям в плаценте.

Плацента является органом, обеспечивающим формирование, развитие и рост плода. Функции плаценты многообразны. Через нее осуществляется питание и газообмен плода, выделение продуктов метаболизма, формирование гормонального и иммунного статуса плода.

Нарушение ее функций способствуют формированию фетоплацентарной недостаточности (ПН) и, в свою очередь, отрицательно сквазывается на состоянии плода.

ПН – клинический синдром, характеризующийся морфологическими и функциональными изменениями в плаценте и проявляющийся страданием плода. К факторам риска развития ПН относят влияние природных и социально-экономических условий, стрессовых ситуаций, наличие тяжелых физических нагрузок, возраст и конституциональные особенности будущей матери, экстрагенитальные заболевания, отягощенный репродуктивный и акушерский анамнез.

Исходом ПН для плода являются ЗВРП, внутриутробная гипоксия или гибель плода.

Различают первичную (раннюю) и вторичную (позднюю) ПН. Первичная ПН возникает до 16 недель гестации при формировании плаценты. В ее развитии важную роль играют предшествующие процессу беременности нарушения функции яичников, воспалительные заболевания половых органов, экстрагенитальные заболевания. Вторичная ПН возникает в период уже сформировавшейся плаценты при сроке гестации более 16 недель и, как правило обусловлена экзогенными факторами, связанными с перенесенными во время беременности заболеваниями.

Различают острое и хроническое течение заболевания, которое может развиваться на фоне первичной и вторичной ПН. Острая недостаточность возникает как следствие обширных инфарктов плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. В результате может быстро наступить хроническая ПН довольно частая патология (наблюдается приблизительно у каждой третьей беременной группы высокого риска). Она может возникать рано – уже во II триместре беременности - и протекать длительно.

В клинической практике важно различать относительную и абсолютную ПН, что определяется степенью сохранности компенсаторно-приспособительных процессов в плаценте. Относительная ПН возникает при сохранности компенсаторных реакций в плаценте. Важное значение принадлежит нарушениям созревания плаценты и иммунным расстройствам.

Абсолютная – наиболее тяжелая форма хронической ПН. Она характеризуется развитием повреждения плаценты инволюционно-дистрофического, циркуляторного и воспалительного характера, что сопровождается отсутствием компенсаторно-приспособительных реакций хориона на тканевом уровне.

В развитии ПН основными и, нередко, первоначальными являются гемодинамические микроциркуляторные нарушения. Нарушения регуляции плацентарного кровотока, как правило, сочетанные. К ним относятся:

- 1) изменение маточного кровотока, проявляющееся:
 - а) либо уменьшением притока крови к плаценте в результате гипотонии у матери (гипотония беременных, синдром сдавливания нижней полой вены или спазм маточных сосудов на фоне гипертензивного синдрома);
 - б) либо затруднением венозного оттока (длительные сокращения матки или ее повышенный тонус, отечный синдром).
- 2) такие плацентарные факторы как инфаркты, отслойка части плаценты, отек ее.
- 3) нарушения капиллярного кровотока в ворсинах хориона (нарушение созревания ворсинок, внутриутробное инфицирование, тератогенные факторы).
- 4) изменения реологических и коагуляционных свойств крови матери и плода.

Как правило, первично нарушается трофическая функция плаценты и лишь позднее меняется газообмен на уровне плацентарного барьера.

Клинические проявления ПН: Основными клиническими проявлениями хронической ПН являются отставание в развитии или развитие

внутриутробной гипоксии плода. В связи с этим выделяют следующие виды гипотрофии плода:

а) симметричная гипотрофия плода (по гармоническому типу) – наблюдается пропорциональное отставание массы тела и длины плода;

б) асимметричная гипотрофия плода (по дисгармоническому типу) – наблюдается отставание массы тела при нормальной длине плода. При этом возможно неравномерное развитие отдельных его органов и систем: отставание в развитии живота и груди при нормальных размерах головки плода, замедление роста которой происходит позднее. Это обусловлено гемодинамическими адаптационными реакциями в организме плода, в первую очередь, предупреждающими замедление роста головного мозга. Ассиметричное отставание в развитии плода несет в себе угрозу рождения ребенка с неполноценным развитием ЦНС, менее способного к реабилитации. В условиях ПН при различной патологии беременности могут наблюдаться оба типа отставания в развитии плода. Однако, более частым является дисгармонический тип. При этом может выявляться ранняя или поздняя гипотрофия, а также и временное замедление роста плода, которое частично или полностью компенсируется при значительном улучшении состояния матери и плаценты.

2. Гипоксия плода

Гипоксия плода (ГП) – патологическое состояние, развивающееся под влиянием кислородной недостаточности во время беременности и в родах.

Этиопатогенез: В патогенезе ГП и асфиксии новорожденного (АН) основным является фетоплацентарная недостаточность при акушерской и экстрагенитальной патологии. Нарушения структуры плаценты и процессов микроциркуляции в ней приводящие к кислородному голоданию плода, сопровождающемуся снижением напряжения кислорода в крови, гиперкапнией, декомпенсированным ацидозом, нарушением водно-электролитного обмена, снижением содержания кортикостероидов. Это в свою очередь, вызывает нарушение функции центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, регуляции гомеостаза, повышение проницаемости сосудов, снижение иммунологической реактивности организма плода. Гипоксические состояния плода связаны с изменениями в сложной системе мать-плацента-плод. Это свидетельствует о том, что исход беременности для плода и во многом для матери зависит от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса и рациональной коррекции выявленных нарушений.

Различают острую и хроническую ГП. Симптомы острой гипоксии плода чаще проявляются в родах. Хроническая гипоксия плода (более 7-10 суток) – это следствие длительно текущей акушерской или экстрагенитальной патологии, приводящей к отставанию плода в развитии.

Клинические проявления ГП: Основные проявления гипоксии плода: нарушение ЧСС (вначале тахи-, затем брадикардии), ухудшение звучности сердечных тонов (в начале небольшое усиление, затем нарастающая глухость тонов); появление аритмии, снижение интенсивности движения плода, отхождение мекония, изменение показателей КОС околоплодных вод и крови плода.

3. Гипотрофия плода (Синдром задержки развития плода)

Этим термином врачи называют замедление темпов физического роста плода, то есть при этой патологии по своим физическим параметрам плод не соответствует размерам, соответствующим данному сроку беременности. В настоящее время очень часто термин гипотрофия плода заменяется другим синдромом задержки внутриутробного развития плода.

Различают две формы этого синдрома: симметричная и ассиметричная. Симметричная форма развивается с ранних сроков беременности. При этой форме все органы плода равномерно уменьшены в размерах, то есть при УЗИ параметры плода меньше размеров, характерных для данного срока беременности. Причиной симметричной формы гипотрофии плода могут быть: внутриутробная инфекция, хромосомная патология, пороки развития плода, а также недостаточное питание матери и курение. Ассиметричная форма гипотрофии плода развивается позже, после 28-ми недель беременности, и характеризуется неравномерным развитием различных органов, то есть при этой форме головной мозг, скелет плода, конечности развиваются соответственно сроку беременности, а развитие органов (печени, почек) замедляются. В этом случае при проведении УЗИ размеры головки и конечностей плода соответствуют сроку беременности, а размер окружности живота отстает.

Гипотрофия плода по степени тяжести подразделяется на три степени.

Первая степень – ситуация, когда плод отстает по своим размерам в пределах двух недель.

Вторая степень – отставание по своим размерам от 2-х до 4-х недель.

Третья степень – свыше 4 нед.

4. Перинатальная инфекция.

Внутриутробные инфекции

Внутриутробные инфекции (ВУИ) – инфекционные заболевания и процессы, вызванные возбудителями, которые попадают к плоду от больной матери трансплацентарным, гематогенным или нисходящим путем, а также при прохождении ребенка по родовым путям (восходящий путь). До настоящего времени истинная частота ВУИ не установлена. Для плода особую опасность представляют возбудители, с которыми мать встретилась впервые во время беременности, когда снижен первичный иммунный ответ. У женщины инфекционный процесс может протекать как острый, субклинический и латентный (с персистенцией возбудителя). Особое значение для плода имеют инфекции урогенитальной системы матери. Плацентарная недостаточность увеличивает риск генерализации инфекции при любом, остром или хроническом инфекционном заболевании матери. Внутриутробно инфицированный плод не всегда рождается с ВУИ заболеванием.

Условия, в которые попадает инфицированный ребенок после родов, играют большую роль в реализации инфицирования в болезнь и, в целом, определяют состояния его здоровья на всю жизнь. К благоприятным факторам относят: постоянное совместное пребывание матери и ребенка, грудное вскармливание и раннюю выписку из родильного стационара.

Исходы ВУИ зависят от особенностей реакций у плода при воздействии возбудителя. У эмбрионов наблюдают лишь альтернативный компонент воспалительной реакции. В раннем фетальном периоде к нему добавляется пролиферативный компонент, который формирует склероз. В поздний фетальный период развивается и сосудистый компонент. Соответственно, исходами ВУИ могут быть: прерывание беременности, формирование пороков развития и другой врожденной патологии. Врожденные пороки развития мозга могут возникать при ВУИ в любом сроке беременности.

Диагноз ВУИ может быть сформирован на основании совокупности анамнестических, клинических и лабораторных данных (табл. 1).

Факторы риска антенатальных ВУИ: отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение настоящей беременности (угроза прерывания, многоводие, недонашивание, преждевременная отслойка и приращение плаценты), урогенитальные инфекции матери, перенесенные инфекции, в том числе ОРВИ, во время беременности, длительный, безводный промежуток в родах, ЗВУР плода, дисэмбриогенетические стигмы, пороки развития, острый

гидроцефальный синдром, кожные экзантемы, желтуха, лихорадка и нарастающая через несколько дней неврологическая симптоматика.

Пути и сроки внутриутробного инфицирования плода и их клинические проявления у новорождённого

Таблица 1

Клиническое течение инфекционного процесса	Пути инфицирования плода	Время инфицирования	Клинические проявления у новорожденного
Хронический ИП (чаще мочеполовых путей)	Гематогенный (плацентарный кровоток)		Пороки развития, дисэмбрио-генетические (без клиники или с клиникой ИП)
Острый ИП	Нисходящий (инфицирование околоплодных вод микроорганизмами мочеполовых путей)	Аntenатальный период	Недоношенность, задержка внутриутробного развития (без клиники или с клиникой ИП) Неспецифические инфекционные заболевания (врожденная пневмония, гепатит, менингоэнцефалит, инфекция мочевых путей и др.) Специфические инфекционные заболевания (врожденные краснуха, сифилис, листериоз, токсоплазмоз и др.)
Субклинический ИП			Неинфекционные синдромы (асфиксия, синдромы дыхательных расстройств, желтухи и др.) Здоровые дети (без возбудителя или с персистирующим возбудителем).
Летентный ИП	Восходящий (инфицирование микроорганизмами влагалища в родах)	Интранатальный период	Локальные ИП (глаз, легких, кишечника, кожи и др.) Сепсис

Комплексное обследование выявляет тромбоцитопению, анемию, увеличение СОЭ, лейкопению (или лейкоцитоз), С-реактивный белок, что позволяет заподозрить ВУИ. Диагноз ВУИ подтверждают идентификацией возбудителя и серологическими исследованиями, которые проводят у матери и ребенка в динамике.

II. ДИАГНОСТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

1. Определение состояния плода и фето-плацентарной системы

а) Измерение высоты стояния дна матки над лонным сочленением и окружности живота, которое следует проводить в динамике.

Удобно пользоваться гравидограммой, на которую нанесены нормальные величины стояния дна матки. Отставание размеров матки на 20 мм и более в сроки беременности до 32-33 недель дает основание предполагать наличие гипотрофии плода. (гравидограмма - ?)

б) Определение размеров плода путем УЗ-сканирования. Определяются: бипаритальный размер головки плода (БПР), средние диаметры грудной клетки (ДГ) – на уровне створчатых клапанов и живота (ДЖ) - и на уровне отхождения пупочной вены или локализации почек плода.

Достоверным признаком задержки роста плода является несоответствие в 2 недели и более БПР головки плода фактическому сроку беременности, а также нарушение взаимоотношений между размерами головки и туловища плода.

в) Изучение дыхательной активности плода при УЗ-сканировании.

Дыхательные движения плода определяются как характерные смещения его грудной клетки и передней брюшной стенки, которые чередуются с периодами апноэ (отсутствие дыхательных движений плода более, чем в течение 6 сек.). Для анализа дыхательной активности плода используются следующие показатели: индекс дыхательных движений плода (процентное отношение времени дыхательных движений к общей продолжительности исследования), частота дыхательных движений плода (число дыхательных движений в 1 мин.), средняя длительность эпизодов дыхательных движений и среднее число дыхательных движений за эпизод. Продолжительность исследования должна составлять не менее 30 мин. При отсутствии дыхательных движений плода исследование следует повторить на следующий день. Отсутствие дыхательных движений плода в течение 2-3 исследований должно расцениваться как плохой прогностический признак.

В норме длительность эпизода активных дыхательных движений составляет 30-50 сек; за это время плод совершает 30-60 дыхательных движений; дыхательный индекс у здорового плода, в среднем, составляет 50-70 %. Признаками страдания плода являются изменения характера активности в виде или резкого ее снижения (дыхательный индекс составляет не более 20-30%) или в виде значительного ее повышения (дыхательный индекс плода увеличивается до 80 %). Изменяются и другие характеристики дыхательной активности плода: уменьшается длительность эпизодов дыхательных движений (до 5-10 сек) или, наоборот, она значительно повышается (до 80-120 сек); уменьшается (до 5-12) или повышается (до 95-120) число дыхательных движений за эпизод. При ухудшении состояния плода (при гипотрофии или гипоксии) меняется и характер самих движений: чаще появляются дыхательные движения в виде икоты или прерывания дыхания (типа одышки). Наблюдаются очень длительные эпизоды апноэ (2-3 часа и более).

г) Определение двигательной активности плода с помощью ультразвуковых приборов.

Проводится с 7-8 недель беременности, но наибольшее значение имеет оценка ее в III триместре беременности, когда плод совершает от 5 и более движений

за 30 минут. При этом, увеличение общей двигательной активности плода рассматривается как компенсаторная реакция, а угнетение – является неблагоприятным признаком.

д) УЗ изучение мочевыделительной функции почек плода по количеству одночасовой экскреции мочи. Последняя определяется по разнице между объемом мочевого пузыря во время первого обследования и повторного его изменения через 1 час. Данный метод исследования представляется особенно ценным при диагностике гипотрофии плода, при которой одночасовая экскреция мочи снижается до 15-18 мл (при норме 24-27 мл). Следует учитывать, что уменьшение скорости мочеобразования наблюдается у плодов при гестозе беременных, в тех случаях, когда по данным УЗ-биометрии отставания в росте нет.

Степень снижения продукции мочи находится в прямой зависимости от тяжести гестоза, что связано не только с отставанием в развитии плода, но и с нарушением регуляции функции почек.

е) Оценка сердечной деятельности плода.

Помимо аускультации, наиболее доступным и распространенным методом оценки сердечной деятельности плода является кардиотохография, регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС). Кардиомониторное наблюдение позволяет выявить начальные и выраженные признаки страдания плода вследствие острой и хронической гипоксии.

При анализе кардиотохограмм (КТГ) учитывается основная (базальная) ЧСС в 10-минутных интервалах записи, вариабельность ритма (мгновенная частота или мгновенные колебания от удара к удару, медленные колебания, их частота и амплитуда) и временные изменения ЧСС (учащение или «акцелерации», урежения или «децелерации») (табл. 2).

По амплитуде мгновенных сокращений: тип О – «немой» или монотонный;
тип I – низко (слегка) ундулирующий;

тип II – ундулирующий

тип III – сальтаторный (скачущий).

Балльная оценка кардиотокографических показателей состояния плода

Таблица 2

Исследуемый параметр	0 баллов	1 балл	2 балла
Базальная ЧСС (БЧСС), уд/мин	<100 или >180	100–119 или 161–180	120–160

Исследуемый параметр	0 баллов	1 балл	2 балла
Амплитуда осцилляций, уд/мин	<5	5–9 или >25	10–25
Частота осцилляций за 1 мин	<3	3–6	>6
Число акцелераций за 30 мин	0	Периодические или спорадические (1–4)	>5 спорадических
Децелерации	Повторяющиеся поздние или выраженные переменные	Вариабельные или единичные поздние	Отсутствуют или ранние
Число шевелений плода за 30 мин	0	1–4	>5

К начальным признакам внутриутробной гипоксии плода относятся:

- 1) тахикардия (свыше 160 уд/мин);
- 2) повышение или понижение вариабельности ритма (аритмия), низкоундулирующий тип кривой, кратковременная (до 50 % записи) монотонность ритма;
- 3) ослабление реакции на функциональные пробы;
- 4) возникновение поздних децелераций в ответ на сокращение матки.

К важным признакам гипоксии плода относятся:

- 1) значительная брадикардия (ниже 100 уд.в 1 минуту);
- 2) монотонность ритма (свыше 50 % записи);
- 3) отсутствие или парадоксальная реакция на функциональные пробы;
- 4) поздние децелерации в ответ на сокращение матки.

Характерными изменениями на КТГ при гипотрофии плода являются:

- 1) монотонность ритма или низкоундулирующая кривая;
- 2) ареактивность БТ;
- 3) спонтанные кратковременные пикообразные децелерации.

2. Нестрессовый тест.

Нестрессовый тест. Это непрямой метод изменения функции маточно-плацентарной системы. Реактивность частоты сердечбиений плода отражает баланс между симпатическим и парасимпатическим тонусом нервной системы плода. Это приобретенный рефлекс, который зависит от срока беременности: примерно 65 % здоровых плодов имеют реактивный нестрессовый тест в 28 недель беременности, 85 %-в 32 недели и 95 %-в 34 недели беременности. Ускорения (акцелерации) частоты сердечбиений плода по мере его созревания возникают в ответ на его движения, они отмечаются в состоянии

бодрствования плода или активного сна. В случае нереактивного теста очень важно отличить существующее в действительности страдание плода от временного состояния покоя, так как плод может иметь в норме цикл сна до 40 минут. Дифференциацию можно осуществить либо при помощи более длительного тестирования, либо при помощи дополнительных модификаций теста.

Во время выполнения теста пациентка обычно сидит в кресле с откинутой спинкой, слегка склонившись на левый бок с целью предотвращения гипотензии.

Каждый раз, когда беременная чувствует движение плода, она нажимает на кнопку и это помечается на ленте. Хороший или реактивный результат нестрессового теста считается такой, при котором имеется по крайней мере две акцелерации за 20 минут с амплитудой по крайней мере 15 биений выше базального уровня и длится по крайней мере 15 секунд. Нереактивный тест не отвечает этим критериям при записи в течение 40 минут и более.

Шкала оценки СТ (по W.Fischer и соавт., 1976)

Таблица 3

Параметры КТГ	Баллы		
	0	1	2
Базальный ритм уд/мин.	< 100 > 180	100-119 161-180	120-160
Вариабельность: амплитуда, уд/мин частота в 1 мин.	< 3 < 3	3-5; > 25 3-6	6-12 > 6
Акцелерации за 30 мин	0	Периодические, спорадические	1-4 5 и более спорадических
Децелерации за 30 мин.	dip II, тяжелые dip II, атипичные dip III	Легкие dip III Средней степени тяжести dip III	0 dip I dip 0

Регистрацию сердечной деятельности следует проводить в течение 20-30 мин., с учетом реакции ЧСС на шевеление плода (бесстрессовый тест – БТ). В ответ на шевеление плода ЧСС увеличивается на 10 и более ударов в 1 мин. В случае отсутствия изменений ЧСС в ответ на шевеление плода БТ считается ареактивным, что характерно для внутриутробной гипоксии плода. На страдание плода указывает появление спонтанных урежений (децелераций), не связанных с сокращением матки и шевелением плода. Наличие изменений на КТГ при проведении БТ исключает необходимость стрессового теста и функциональных проб, которые моделируют повседневные нагрузки материнского организма и отражают реакцию плода на них.

У беременных оценку сердечной деятельности плода целесообразно проводить по следующим параметрам (таблица 3):

- 1) базальная ЧСС;
- 2) амплитуда осцилляций;
- 3) частота осцилляций;
- 4) акцелерации (учащение);
- 5) децелерации (урежения).

Оценка каждого параметра в 2 балла отражает нормальные параметры ЧСС, в 1 балл – начальные признаки и «0» баллов – выраженные признаки страдания плода. Сумма 8-10 баллов указывает на отсутствие признаков нарушения сердечной деятельности плода; 5-7 баллов – на патологические состояния, требующие дальнейшего тщательного наблюдения за плодом, 4 балла и меньше – на патологическое изменение его сердечной деятельности.

3. Биофизический профиль

Биофизический профиль был введен впервые в 1980 году Manning. В этом тесте используется сочетание ультразвукового обследования и НСТ. Метод основан на том, что при гипоксии плод теряет некоторые поведенческие характеристики в порядке обратному тому, как они были приобретены при развитии. Кроме индикаторов острой гипоксии, оценивается также количество околоплодных вод, отражающее хроническую гипоксию (табл.4).

- Появляются поздние децелерации (CST), исчезают акцелерации (NST, BPP, CST).
- Прекращаются дыхательные движения (BPP)
- Прекращаются шевеления плода (BPP)
- Исчезает тонус плода (BPP)

**Оценка биофизического профиля плода
(определяется с 28 нед.беременности)**

Таблица 4

Параметр	Баллы	
	2	0
Количество околоплодных вод	Околоплодные воды визуализируются в большей части полости матки. Наибольший вертикальный размер свободного участка вод превышает 1 см в двух взаимно перпендикулярных сечениях	Околоплодные воды не визуализируются в большей части полости матки. Наибольший вертикальный размер свободного участка вод не превышает 1 см в двух взаимно перпендикулярных сечениях
Двигательная активность плода	Наличие не менее трех отдельных движений туловища плода на протяжении 30 мин.наблюдения.	Наличие двух и менее отдельных движений туловища плода на протяжении 30 мин.наблюдения.
Дыхательные движения плода	Регистрация за 30 мин не менее одного эпизода дыхательных движений плода продолжительностью 30 сек и более.	Отсутствие дыхательных движений плода или регистрация эпизода дыхательных движений продолжительностью менее 30 сек на протяжении 30 мин.
Мышечный тонус плода	Конечности плода находятся в состоянии флексии; туловище несколько согнуто, головка прижата к	Конечности и туловище плода частично или полностью разогнуты, кисть раскрыта. После

	груди. После совершения движения плод возвращается в исходное положение.	совершения движения плод не возвращается в состояние флексии.
Нестрессовый тест	Наличие двух или более акцелераций с амплитудой не менее 15 ударов и продолжительностью не менее 15 сек. в течение 30 мин исследования.	Наличие менее двух акцелераций с амплитудой не менее 15 ударов и продолжительностью не менее 15 сек. в течение 30 мин.

Уменьшается количество околоплодных вод (хроническая гипоксия ведет к перераспределению сердечного выброса с объединением кровотока почек и сохранением кровотока для мозга). (Таб. №

Оценка 8-10 баллов считается хорошей, 6 – подозрительной и требует повторения через 24 часа, 4 и менее – опасной и требует вмешательства.

Для определения количества околоплодных вод необходимо выявлять индекс аниотической жидкости (ИАЖ). ИАЖ – это сумма наибольших вертикальных карманов в каждом из 4-х квадрантов на животе матери с границами проходящими через пупок.

Двигательная активность плода появляются достаточно рано (уже к 6 неделе беременности), дыхательные движения к 12-14 неделям, ускорение частоты сердцебиений в ответ на шевеление плода в 18-22 недели. Организация поведения плода происходит таким образом, что эпизоды покоя чередуются с активностью и выявляются с 18-22 недели.

К патологическим состояниям относятся монотонность ритма («немой» ритм) и низко ундулирующий ритм (колебания осцилляций до 9 уд/мин), а также аритмия (сальтаторный ритм) при размахе осцилляций свыше 25 уд/мин. При этом, монотонность ритма может охватывать весь период регистрации сердечной деятельности плода, либо быть перемежающейся и выявляться на ограниченных участках записи. На страдание плода указывает появление спонтанных урежений (децелераций), не связанных с сокращением матки и шевелением плода.

4. Функциональные пробы в изучении реакции плода в ответ на острые дозированные раздражения, наносимые матери.

Предложено много различных функциональных проб. Почти все они сопровождаются изменением кровообращения у матери, отражающемся на плацентарном кровотоке (дозированная физическая нагрузка, термическое раздражение кожи живота, введение вазоактивных веществ) и вызывают кратковременную реакцию у плода. Широко распространена окситоциновая проба (стрессовый тест), основанная на свойстве окситоцина вызывать сокращение матки, приводящие к сдавливанию сосудов матки и кратковременной гипоксии плода.

5. Методика проведения окситоцинового теста и его модификации.

1. В локтевую вену матери вводят мелко окситоцин в количестве 0,01 ЕД медленно, в течение 1 мин. Следующие дозы вводят с интервалами 1 мин. до

появления выраженных маточных сокращений. Общая доза обычно составляет 0,05-0,06 ЕД. Создать подобную концентрацию можно путем растворения 1 ЕД окситоцина в 100 мл 5 % раствора глюкозы. Тогда 1 мл этого раствора будет содержать 0,01 ЕД окситоцина. В шприц набирают 5-6 мл раствора, который вводят беременной со скоростью 1 мл/мин. (допороговая доза окситоцина).

Допороговую дозу окситоцина можно приготовить другим способом: в шприц набирают 0,2 мл окситоцина и 0,8 мл изотонического раствора натрия хлорида. Затем 0,2 мл полученного раствора вводят в шприц, заполненный 20 мл 5 % раствора глюкозы. Таким образом, 1 мл 5 % раствора глюкозы будет содержать 0,01 ЕД окситоцина.

2. В локтевую вену матери вводят окситоцин (5 ЕД окситоцина в 500 мл 5 % раствора глюкозы), начиная с 4 капель в мин., затем дозу удваивают каждые 10 мин. (не более 16 капель в мин.) до появления маточного сокращения.

Международным критерием теста является появление не менее 3 схваток за 10 мин. интенсивностью 4-5 кПа (30-40 мм рт.ст) на протяжении 60 мин. Тест считается неудовлетворительным при отсутствии достаточной активности матки в течение 30 мин.

6. Методика маммарного теста.

При выполнении теста со стимуляцией соска пациентку просят раздражать сосок в течение 2 минут с последующим перерывом на 5 минут. Цикл повторяется до достижения адекватных сокращений. При использовании окситоцина, его инфузию начинают со скоростью 0,5-1,0 мЕД в минуту и удваивают каждые последующие 15 минут до достижения нужной частоты сокращений. Тест имеет небольшой риск гиперстимуляции и противопоказан у пациенток с риском преждевременных родов, у имеющих рубец на матке, при предлежании плаценты. Тест считается отрицательным, если не отмечаются поздние децелерации. Тест считается положительным, если в 50 % сокращений и более появляются поздние децелерации. Тест должен вызвать настороженность, если встречаются отдельные поздние децелерации. При переменных децелерациях рекомендуется ультразвуковое исследование для оценки количества вод. Отрицательным считается тест, при котором в трех сокращениях за промежуток 10 минут децелерации не появляются.

7. Виброакустическая стимуляция.

Виброакустические стимуляторы – это приборы, которые генерируют звуковое давление на уровне примерно 80-100 децибел. Они прикладываются в животу матери два-три раза на одну секунду в области головки плода. Обычно это будит плода и переводит его из состояния сна в состояние

бодрствования. Это недорогой, простой способ сократить время исследования и уменьшить уровень ложно-положительных нестрессовых тестов. Иногда плод может ответить на ВАС длительным периодом тахикардии или брадикардии, особенно, при маловодии. По этой причине некоторые исследователи советуют использовать ВАС с осторожностью.

Как часто выполнять тестирование?

Вопрос о том, как рано нужно начинать антенатальный мониторинг плода и как часто его выполнять является противоречивым. Кроме этого, во многих ситуациях требуется индивидуальный подход. Тестирование плода не должно производиться ранее того срока, когда может быть предпринято вмешательство. Ясно, что оно не должно производиться ранее 24 недель, и в большинстве случаев ранее 26 недель. Многие осложняющие беременность состояния представляют опасность для плода только в конце беременности и поэтому с тестированием можно подождать без особого риска до 32 недель и даже более. При патологии состояния плода или матери, тестирование может быть проведено и в более ранние сроки. Например, при неосложненной хронической гипертензии тестирование может быть начато с 32 недель. Если же у этой пациентки имеются признаки задержки развития плода, то тестирование следует начать уже в 30 недель в момент установления диагноза. Традиционно антенатальное тестирование производится с недельным интервалом. В некоторых исследованиях, однако, показано, что при двукратном тестировании в неделю (прежде всего нестрессовый тест) исходы беременностей несколько улучшаются. Более частое тестирование показано при некоторых состояниях с очень высоким риском, при котором состояние плода может ухудшиться очень быстро, таких как дородовое излитие вод, тяжелая задержка развития плода, маловодие, острое заболевание матери. Невозможно составить схемы ведения для всех клинических случаев, но вместе с этим существуют определенные принципы.

Во-первых, за скрининговым тестом с аномальным результатом, должно следовать более тщательное обследование более чувствительными методами. Например, у пациентки со сниженной активностью плода нужно провести нестрессовый тест. Если результат также настораживающий, то можно выполнить контрактильный стрессовый тест или биофизический профиль.

Во-вторых, при двойственном или настораживающем результате должны быть предприняты какие-то меры – либо родоразрешение, если беременность доношена, либо повтор исследования. Если принято решение о родоразрешении, то путь и время родоразрешения должны определяться другими акушерскими факторами. Индукция родов совсем не обязательно противопоказана, если данные тестирования говорят о маточно-плацентарной

недостаточности. Родоразрешение часто может быть отсрочено до стабилизации состояния пациентки (например, коррекция давления) или для введения кортикостероидов для ускорения созревания легких при условии продолжающегося тщательного мониторинга состояния плода и матери.

III. Основные принципы лечебно-профилактических мероприятий при перинатальной патологии

При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посетить консультацию, через 7-10 дней после первого обращения представить все анализы и заключения врачей-специалистов, а затем посещать врача в первую половину беременности 1 раз в месяц, после 20 нед – 2 раза, а после 32 нед – 3 – 4 раза в месяц. За время беременности женщина посещает консультацию примерно 14-15 раз. При заболевании женщины или патологическом течении беременности, не требующем госпитализации, частота посещений определяется врачом в индивидуальном порядке. Каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом, отоларингологом, а при наличии показаний – и другими специалистами. При необходимости осуществляются оздоровительные мероприятия. В целях первичной профилактики проводятся: 1) клинический анализ крови 2-3 раза (при первом посещении, в срок 22 и 32 нед); 2) клинический анализ мочи (при каждом посещении); 3) бактериологические исследования отделяемого влагалища для выявления трихомонад, дрожжеподобных грибов, гонококков; 4) определение группы крови и резус-фактора (при первом посещении и в 32 нед); 6) по показаниям исследование на токсоплазмоз и др.

Основу комплексной терапии перинатальной патологии составляют мероприятия, направленные на улучшение маточно-плацентарного кровообращения, которого добиваются путем:

- 1) расширения сосудов в системе маточно- и плодово-плацентарных бассейнов;
- 2) расслабления мускулатуры матки;
- 3) улучшения реологических и коагуляционных свойств крови в системе мать – плацента – плод;
- 4) воздействие на организм плода, минуя плаценту.

Наиболее распространенные методы лечения включают комплекс общегигиенических мероприятий, немедикаментозных и медикаментозных средств воздействия. Важными условиями являются соблюдение беременной женщиной постельного режима в дневное время, устранение физических нагрузок и эмоционального напряжения, включение в рацион питания

продуктов, содержащих большое количество белка, прием внутрь достаточного количества жидкости.

Схемы лечения перинатальной патологии.

I. В условиях стационара

1. Лечение основной патологии беременности.
2. Оксигенотерапия: вдыхание увлажненной 60% кислородно-воздушной смеси в течение 30-60 мин 2 раза в день.
3. Препараты, влияющие на энергетический обмен:
фолиевая кислота по 0,002 г 3 раза в день;
глутаминовая кислота по 1 г 3 раза в день или метионин по 0,25-0,5 г 3 раза в день;
галаскорбин по 0,3 г 3 раза в день;
препараты железа по 2 дража 3 раза в день;
кокарбоксилазы гидрохлорид по 100 мг внутримышечно ежедневно.

4. Вазоактивные препараты: партусистен, изадрин и др.

В зависимости от степени выраженности гипотрофии плода вазоактивные препараты назначают или внутривенно, или внутрь. С целью предупреждения побочного действия вазоактивных препаратов следует одновременно в течение 7-10 дней внутривенно вводить 1 мл 0,06 % раствора коргликона (на глюкозе или изотоническом растворе хлорида натрия) и назначать внутрь изоптин (финоптин) по 1 таблетке 3 раза в день в течение всего времени приема вазоактивных препаратов.

5. Реополиглюкин по 400-500 мл 10 % раствора внутривенно капельно ежедневно или 2-3 раза в неделю (можно применять и в качестве «жидкостной нагрузки» перед вливанием вазоактивных и токолитических препаратов).

6. Плазма концентрированная нативная 150 мл внутривенно капельно при низком содержании белка в крови. При введении больших доз глюкозы ее применяют с инсулином в дозе 1 ЕД на 4 г сухого вещества глюкозы.

II. В условиях женской консультации

1. Диета, богатая белком и витаминами (отварное мясо, рыба, творог).

1. Внутривенное медленное вливание глюкозы 40 % 20 мл с коргликоном 0,06 % 0,5 мл ежедневно или через день (10 инъекций).
2. Кокарбоксилазы гидрохлорид внутримышечно по 50-100 мг ежедневно в течение 10-14 дней.
3. Эуфиллин по 0,15 г внутрь 2 раза в день и по 0,2 г в свечах на ночь в течение 14 дней.
4. Трентал по 1 таблетке 3 раза или изадрин по 0,005 г 3 раза в день в сочетании с финоптином (изоптином) (обязательно под контролем).
5. Оротат калия по 0,5 г или рибоксин по 0,2 г 3 раза в день.

6. Метионин по 1-2 таблетки 3 раза в день.
7. Препараты железа по 1 таблетки 3 раза в день.
8. Аскорутин по 0,005 г 3 раза в день.

Врачам женских консультаций предоставлены неограниченные возможности для госпитализации беременных не только при наличии выраженных признаков акушерской патологии, но также при малозаметных изменениях в организме женщины. Практикуется также профилактическая госпитализация при состояниях, угрожаемых в отношении осложнений беременности и родов (риск преждевременного прерывания беременности, досрочное направление в стационар беременных, перенесших операции на матке, при тазовых предлежаниях, многоплодной беременности и др.).

Лучшие результаты лечения в отношении роста плода наблюдаются при раннем ее начале и при проведении первого курса терапии до 26-недельного срока беременности. Лечение в более поздние сроки в меньшей степени оказывает влияние на рост плода. Повторный курс терапии в 32-34 нед.беременности является столь же эффективным, как и первый курс. Начало лечения перинатальной патологии 35-36 нед.беременности практически не влияет на дальнейший рост плода, однако существенно улучшает его состояние и повышает устойчивость к гипоксии.

Профилактические мероприятия следует проводить трижды в течение всей беременности у женщин группы высокого риска, особенно до 12 нед, в 20-23 нед и в 30-32 нед. Длительность одного такого курса лечения составляет 12-14 дней и включает внутривенные вливания 20-40 % раствора глюкозы по 40 мл с 5 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, инъекции кокарбоксилазы по 100 мг внутримышечного или внутривенно, прием внутрь препаратов железа (феррумлекс), аминокислот (метионин в сочетании с фолиевой или глутаминовой кислотой), сосудорасширяющие средства (внутри эуфиллин или папаверин, но-шпа) в общепринятых дозах.

Одним из важных профилактических мероприятий являются выделение и взятие на диспансерный учет беременных группы высокого риска в отношении развития перинатальной патологии. Факторы риска, оказывающие на здоровье, принято подразделять на коллективные или общие (природно-климатические, внешняя среда) и индивидуальные (биологические, генетические, образ жизни).

Исследование факторов риска в акушерстве имеет особое значение, поскольку беременная женщина и плод относятся к наиболее уязвимой группе населения. Как показали наши скрининговые исследования, группу риска по развитию первичной и отчасти вторичной плацентарной недостаточности составляют беременные женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом,

гинекологическими и некоторыми экстрагенитальными заболеваниями. В группу риска по развитию вторичной перинатальной патологии относятся женщины с осложненным течением беременности.

К неблагоприятным факторам акушерского анамнеза относятся самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды, неразвивающаяся беременность, включая антенатальную гибель плода, внематочная беременность и рождение маловесных детей в предшествующие роды.

С учетом вышеназванных факторов разработана и внедрена в деятельность женских консультаций система распределения беременных по группам риска рождения детей с отклонениями в состоянии здоровья (табл.5).

Система предусматривает формирование 3 групп: высокого, среднего и низкого риска. Принадлежность беременной к той или иной группе определяется с помощью оценки имеющихся неблагоприятных пренатальных факторов в баллах. В группу высокого риска включают пациенток с суммарной оценкой вредных пренатальных факторов в 10 баллов и выше, среднего риска – в 5-9 баллов, низкого – до 4 баллов. При оценке 10 баллов и выше решается вопрос о целесообразности сохранения данной беременности. Среди детей, рожденных от матерей из группы низкого риска, здоровыми являются 90,4 %, среднего риска – 56,4 % и высокого риска – лишь 29,0 %.

Выделение групп риска среди беременных очень важно как для акушеров-гинекологов, так и для врачей-педиатров, чтобы проводить целенаправленную лечебно-профилактическую работу по уменьшению неблагоприятного влияния или ликвидации факторов риска еще на этапе антенатального развития плода, а также своевременно обследовать беременную в кабинете пренатальной диагностики. Беременные с высокой степенью пренатальных и интранатальных факторов риска имеют многофакторное сочетание.

Выделение среди беременных групп риска рождения детей с отклонениями в состоянии здоровья ориентирует врачей на проведение целенаправленной работы по устранению или ослаблению влияния факторов риска на этапе антенатального развития плода. В связи с этим на специальном учете должны быть следующие беременные: в возрасте до 18 лет и первородящие старше 30 лет; с массой тела менее 45 кг или свыше 91 кг; имеющие свыше 5 беременностей; с недонашиванием или перенашиванием беременности более 42 нед; с многоплодием; с отягощенным акушерским анамнезом (аборты, мертворождения или смерть ребенка в родильном доме при предыдущих беременностях, кровотечения, токсикозы, анатомические особенности беременной – узкий таз, пороки развития матки, рубец на матке и пр.); с экстрагенитальной патологией (заболевания сердечно-сосудистой системы –

ревматизм, пороки сердца, гипертония, заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей и дыхательной систем) и гинекологическими заболеваниями; связанные с профессиональными вредностями; из социально неблагополучных семей.

Распределение беременных по группам риска рождения детей с отклонениями в состоянии здоровья

Таблица 5

Группа риска новорождённых	Факторы риска, обуславливающие развитие заболеваний или отклонений в состоянии здоровья новорождённых	Возможные осложнения в период новорождённости
Новорождённые с риском развития патологии ЦНС	Возраст матери старше 30 лет; вредные привычки матери (курение, злоупотребление алкоголем); экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет); патология беременности и родов (угрожающий аборт, иммунологический конфликт, многоводие, переносимость, тяжёлые токсикозы второй половины беременности, дородовое излитие вод, оперативные роды, родовая травма); токсоплазмоз	Проявления перинатальной энцефалопатии: синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионно-гидроцефальный синдром и др.
Новорождённые с риском внутриутробного инфицирования	Хроническая экстрагенитальная патология матери (бронхит, пиелонефрит, холецистит, гастрит, колит и др.); хроническая генитальная патология; патология родов (длительный безводный промежуток); перенесённая краснуха или контакт с больным краснухой; токсоплазмоз; цитомегалия; острые респираторно-вирусные и бактериальные заболевания, перенесённые матерью в конце беременности и в родах	Малые и большие формы гнойно-септической инфекции; тяжёлые формы кишечного дисбактериоза; врождённая краснуха; токсоплазмоз

Группа риска новорождённых	Факторы риска, обуславливающие развитие заболеваний или отклонений в состоянии здоровья новорождённых	Возможные осложнения в период новорождённости
Новорождённые с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипотрофия, незрелость) и эндокринопатий	Экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение); патология беременности (тяжёлые токсикозы второй половины беременности); вредные привычки матери (курение свыше 10 сигарет в день); нарушения режима питания матери во время беременности	Проявления незрелости новорождённого (пилороспазм, недостаточность кардиального отдела пищевода, запоры новорождённых и др.); нарушения течения периода адаптации (затяжная конъюгационная желтуха, медленное восстановление первоначальной потери массы тела и др.); диабетическая эмбриофетопатия; диабет новорождённого; гипотиреоз
Новорождённые с риском развития врождённых пороков органов и систем и наследственно обусловленных заболеваний	Патология беременности (токсикозы первой половины беременности); сахарный диабет у беременной; применение лекарственных средств во время беременности (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, гормонов и др.); возраст матери старше 30 лет и отца старше 40 лет; вредные привычки родителей (злоупотребление алкогольными напитками); перенесённая краснуха или контакт с больным краснухой в I триместре беременности; острые респираторно-вирусные инфекции, перенесённые в I триместре беременности	Пороки развития ЦНС, бронхолёчной, мочеполовой и других систем; синдром врождённой краснухи (катаракта, глухота, пороки сердца и других органов); наследственно обусловленные заболевания (фенилкетонурия, муковисцидоз); болезнь Дауна; алкогольная энцефалопатия; клинические симптомы и синдромы наследственных заболеваний

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перинатальная патология представляет собой комплексную медико-биологическую и клиническую проблему, формирование которой определяется взаимодействием материнских, плацентарных и плодовых факторов на различных этапах гестации. Состояние здоровья новорождённого во многом является результатом течения беременности, функционального состояния фетоплацентарного комплекса, характера экстрагенитальной и акушерской патологии матери, а также своевременности выявления и коррекции возникающих нарушений. Вставленный текст Одним из центральных патогенетических звеньев неблагоприятных перинатальных исходов является фетоплацентарная недостаточность.

Нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, микроциркуляции, трофической и газообменной функций плаценты создают условия для формирования хронической гипоксии, задержки внутриутробного развития и, при выраженной декомпенсации, внутриутробной гибели плода. Поэтому оценка состояния плаценты и функциональных возможностей системы **«мать — плацента — плод»** должна занимать ведущее место в системе антенатального наблюдения.

Вставленный текст

Особое значение имеет своевременное распознавание гипоксии плода. Изменения частоты сердечных сокращений, вариабельности сердечного ритма, характера акцелераций и децелераций, двигательной и дыхательной активности плода отражают степень нарушения его функционального состояния. Комплексное применение ультразвуковой фетометрии, кардиотокографии, нестрессового теста и оценки биофизического профиля позволяет перейти от единичной оценки отдельных показателей к динамическому наблюдению за состоянием плода. Вставленный текст

Вставленный текст

Существенное место в структуре перинатальной патологии принадлежит внутриутробным инфекциям. Их клинические последствия зависят от характера инфекционного процесса у матери, возбудителя, пути передачи и срока инфицирования. В зависимости от этих факторов возможны различные исходы — от нарушения внутриутробного развития и врождённых инфекционных заболеваний до локальных инфекционных процессов и сепсиса у новорождённого. Это определяет необходимость комплексной

оценки анамнестических, клинических и лабораторных факторов инфекционного риска уже во время беременности. Вставленный текст Принципиально важным направлением профилактики является **выделение беременных групп перинатального риска**. Анализ акушерского и репродуктивного анамнеза, экстрагенитальной и гинекологической патологии, особенностей настоящей беременности, социальных и биологических факторов позволяет прогнозировать вероятность неблагоприятного исхода и определять объём последующего наблюдения. Представленная в пособии система предусматривает выделение групп низкого, среднего и высокого риска, что создаёт основу для дифференцированного подхода к ведению беременности. Вставленный текст Особую практическую ценность имеет прогнозирование характера возможной патологии новорождённого ещё на антенатальном этапе. Выделение риска поражения ЦНС, внутриутробного инфицирования, трофических и эндокринных нарушений, врождённых пороков развития и наследственно обусловленных заболеваний позволяет обеспечить преемственность между акушерской и неонатальной службами и заранее определить необходимый объём обследования ребёнка после рождения. Вставленный текст

Таким образом, эффективное снижение перинатальной заболеваемости и неблагоприятных исходов беременности должно основываться на **раннем выявлении факторов риска, динамической оценке состояния системы «мать — плацента — плод», комплексном антенатальном мониторинге и своевременном выборе лечебно-профилактической тактики**. При этом основная задача перинатальной медицины заключается не только в диагностике уже сформировавшейся патологии, но прежде всего в предупреждении её развития и прогрессирования.

Современный подход к перинатальной охране должен быть **прогностическим, профилактическим и индивидуализированным**. Чем раньше выявлены начальные признаки нарушения функционального состояния плода и определена степень перинатального риска, тем больше возможностей для своевременной коррекции патологических изменений, рационального определения сроков и способа родоразрешения и обеспечения оптимальных условий для ранней неонатальной адаптации.

Следовательно, охрана здоровья ребёнка должна начинаться задолго до его рождения, а антенатальная профилактика и мониторинг состояния плода являются одним из важнейших резервов улучшения перинатальных исходов и рождения здорового ребёнка.

Министерство Образования Азербайджанской Республики
Институт по Проблемам Образования Азербайджанской Республики
Азербайджанский Медицинский Университет

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

(Учебное методическое пособие)

Утверждено

протоколом № 11 заседания отделения

«Медико-клинических наук»

Научно-методического Совета

Министерства Образования Азербайджанской Республики от 04.11.2004 г.

Оригинал – макеты подготовлены издательством

“NAFTA-PRESS”

Редактор: Г.Хейруллаоглы

Подписано в печать.01.11.2004. Объем печ. листа. 1,75. Тираж 100 экз.

Отпечатано в тип. Института геологии НАН Азербайджана.

Адрес: г.Баку, пр. Г.Джавида 29 А, Тел.: 00994124393972