

# Ризик переривання вагітності в I триместрі вагітності у жінок зі склерокістозом яєчників

**Т.М. Бабкіна, К.М. Дельва**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Івано-Франківський обласний перинатальний центр

Склерокістоз яєчників (СКЯ) відіграє головну роль серед причин жіночого безпліддя. Дана проблема є надзвичайно важливою, ще й тому, що включає в себе порушення не тільки в репродуктивній сфері, які призводять до безпліддя та підвищують ризик розвитку злоякісних процесів ендометрія, а ще й різноманітні метаболічні та кардіоваскулярні зміни, що маніфестують у молодому віці.

**Мета дослідження:** ультразвукова оцінка перебігу вагітності в I триместрі вагітності у жінок зі склерокістозом яєчників, що супроводжувався гіперандрогенією та хронічною ановуляцією.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на базі відділення Центру планування сім'ї та гінекологічного відділення Івано-Франківського обласного перинатального центру за допомогою апаратів «Voluson 730 Pro» та «Radmir ultima pro General Electric». Обстежено 28 вагітних, у яких СКЯ був встановлений до настання вагітності. До першої групи увійшли пацієнтки з яєчником формою СКЯ – 10, до другої групи – з наднирниковозалозною формою – 8 жінок, до третьої – з центральною формою – 5, до четвертої – зі змішаною формою – 5 жінок. Діагноз та верифікацію проводили на основі ультразвукового обстеження (огляд жінок до настання вагітності, огляд під час вагітності), клініко-анамнестичного та лабораторного досліджень (визначення в сироватці крові дегідроепіандростерону сульфату, 17-оксипрогестерону, кортизолу, тестостерону, прогестерону, в I триместрі визначали білки фетоплацентарного комплексу).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток становив 27,9 року. Більшість жінок (до 98%) відзначали порушення циклу за типом олігота дисменореї, гірсутизм – 71%, ожиріння – 68%. У

пацієнток з яєчником формою при ультразвуковому обстеженні на ранніх строках вагітності відзначали збільшення в розмірах яєчників, підвищення їх кровопостачання, утворення жовтого тіла вагітності (у 60%). Для наднирниковозалозної форми характерним було незначне збільшення яєчників та низький відсоток візуалізації жовтого тіла вагітності (до 35%), кровопостачання посилене. Центральна та змішана форми СКЯ супроводжувалися збільшенням об'ємів яєчників та ранньою регресією жовтого тіла. У 63% пацієнток ми спостерігали першу вагітність, яка наставала після тривалого безпліддя (від 3–6 років), завдяки індукції овуляції. У частини жінок відзначався обтяжений акушерський анамнез (40% – викидні в I триместрі, 23% – раптове переривання вагітності в терміні 14–20 тиж, завмерла вагітність в ранні строки 6–7 тиж – 10%, передчасні пологи – 25%, прееклампсія – 13%, фетоплацентарна недостатність). Перебіг вагітності у пацієнток зі СКЯ суттєво відрізнявся від жінок з контрольної здорової групи. Відзначалась загроза переривання вагітності в більшості пацієнток до 93%. Раптове переривання вагітності відбулось у 45% пацієнток. Також відсоток завмерлих в ранній термін вагітностей сягнув 9,4%, істміко-цервікальна недостатність була встановлена у 24%.

## ВИСНОВКИ

Чітко встановлено, що вагітну з діагнозом СКЯ слід розглядати як жінку з групи високого ризику щодо перинатальних ускладнень. Тому важливим на сьогоднішній день є раннє та правильне встановлення діагнозу СКЯ для своєчасного патогенетичного консервативного чи хірургічного лікування, а також для прицільного ведення вагітних з даною патологією. Оскільки ультразвукове обстеження є одним із ключових методів діагностики СКЯ, то вивчення і встановлення основних діагностичних критеріїв є вкрай актуальним.

# Актуальные вопросы фетальной анестезиологии

**Н.П. Веропотвелян, Е.П. Смородская**

ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

В последние годы в Украине начали внедрять современные перинатальные технологии, в том числе в области хирургии плода. Реализация и развитие этого направления требуют интеграции умений и опыта различных специалистов: акушеров, врачей УЗИ, генетиков, анестезиологов, хирургов, неонатологов и других.

В настоящее время существуют и развиваются три направления фетальной хирургии, различающиеся по своей «агрессивности», радикальности и срокам проведения: про-

цедура EXIT с последующим хирургическим лечением новорожденного, открытая хирургия плода и малоинвазивная (закрывага) хирургия плода.

К середине II триместра беременности (когда начинают применять методы фетальной хирургии и терапии) у плода уже почти сформирована болевая чувствительность, но она еще не совершенна и существенно отличается от таковой у доношенного новорожденного и тем более у взрослого.

В ответ на болевой раздражитель у плода отмечается перераспределение кровотока – усиление мозгового кровообращения, наблюдаемое при доплерометрии, и нейроэндокринный ответ на стресс – выброс кортизола, β-эндорфина, катехоламинов, глюкагона, глюкокортикоидов. В то же время серотонин-релизинг гормон, который уменьшает боль, начинает вырабатываться плодом только незадолго до родов, поэтому плод гораздо чувствительнее к боли, чем новорожденный ребенок.

Особенностью болевой реакции у плода является выраженный генерализованный ответ с быстрым истощением симпатической нервной системы. Боль, перенесенная внутриутробно и в период новорожденности, нарушает развитие ноцицепции и приводит к необратимым функциональным и структурным изменениям в ЦНС, поведенческим и психологическим последствиям.

Процедура EXIT-OOPS представляет собой кратковременные хирургические вмешательства (ларингоскопия, трахеостомия), выполняемые в процессе родоразрешения на частично извлеченном плоде, при поддержке плацентарного кровообращения (неотсеченной пуповине и неотделившейся плаценте). В связи с невозможностью нормального естественного дыхания у плодов с синдромом обструкции верхних дыхательных путей, вызванного различными экзогенными и эндогенными факторами (СНАОС-синдром, опухоли ротовой полости и шеи, зоб, обширная диафрагмальная грыжа и др.).

Открытая хирургия плода – проводят с середины II триместра; оперативные вмешательства для хирургической коррекции: спинномозговых расщелин, крестцово-копчиковой тератомы, диафрагмальной грыжи, кистозно-аденоматозного порока легкого, выполняемые на частично или полностью извлеченном из полости матки плоде, при сохраненном плодово-плацентарном кровообращении с последующим возвращением плода в матку и ее ушиванием.

Малоинвазивная (закрытая) хирургия плода представляет собой различные хирургические вмешательства, выполняемые на плоде и провизорных органах беременной под контролем фетоскопии и/или ультразвука.

Выбор оптимальной анестезии (общая, регионарная, локальная, комбинированная) определяют как характером и продолжительностью оперативного вмешательства, так и особенностями воздействия того или иного метода анестезии на анатомо-функциональное состояние плода и матери. Открытую хирургию плода и процедуру EXIT выполняют под общей анестезией; ингаляционные и внутривенные анестетики обеспечивают адекватную анестезию матери и плода и релаксацию матки, необходимую для успешного проведения операции. При необходимости дополнительно плоду вводят опиоиды (фентанил 10 мкг/кг) и миорелаксанты (панкурониум 0,3 мг/кг). Однако эти виды фетальной хирургии в Украине пока не выполняют.

Малоинвазивная хирургия плода при фето-фетальном трансфузионном синдроме, открытой артериальной перфузии, синдроме амниотических перетяжек, выполняемая с помощью фетоскопии (FETENDO) на пациентке, пуповине, амниотических оболочках, не сопровождается прямым контактом с плодом, а введение баллона в трахею при диафраг-

мальной грыже не связано с насильственным терогенным нарушением целостности его кожных покровов. При таких фетоскопических операциях (лазерная коагуляция аномальных анастомозов, лазерная и электрокоагуляция пуповины и амниотических тяжей); установка баллона в просвет трахеи) – непосредственная анестезия плода не требуется, поэтому более оптимальна регионарная (эпидуральная/спинальная) анестезия, поскольку она оказывает минимальное воздействие на гемодинамику плода, маточно-плацентарный кровоток и утеротоническую активность матки.

Относительным недостатком такой анестезии является отсутствие релаксации матки и иммобилизации плода, которая может быть необходима для ограничения движений плода, осложняющих проведение операции. Частичная иммобилизация плода может достигаться введением матери седативных препаратов. Однако большего эффекта можно достичь путем введения ремифентанила в минимальной дозе 0,1 мг/кг в 1 мин, что одновременно обеспечивает адекватную седацию матери и иммобилизацию плода во время операции.

Другим направлением малоинвазивной (закрытой) хирургии плода являются различные хирургические (преимущественно паллиативные) операции, выполняемые под прямым УЗ-контролем (FIGS-IT) непосредственно на плоде (аспирации кистозных образований, дренирование и наложение шунтов в грудной или брюшной полостях при скоплениях экссудатов и обструктивных уропатиях; баллонная дилатация клапана аорты или легочной артерии при критических стенозах главных артерий) – с чрескожным введением игл и троакаров различного калибра – от 20–22G до 16–18G, что требует соответствующей анестезии плода, а также его иммобилизации для успешного проведения операции.

При малоинвазивной хирургии, выполняемой на плоде, на наш взгляд, оправдано проведение анестезиологического пособия методом внутривенной анестезии с самостоятельным дыханием на основе следующей схемы: премедикация в палате за 1,5 ч до индукции в наркоз – гидазепам 40–60 мг внутрь с дополнением на операционном столе: атропин 0,5–0,7 мг/кг внутривенно; метоклопрамид 10 мг внутривенно; фентанил 1,0–1,5 мкг/кг.

Вводная анестезия – пропофол 0,5–1,0–1,5 мг/кг; поддержание анестезии – пропол 6 мг/кг в 1 ч; реналган 5,0 мл внутривенно. Постоянная ингаляция кислородом 6 л/мин. До начала внутривенной премедикации начинаем проводить токолиз внутривенной инфузией 10 мкг гинипрала в дозе 0,075 мкг/мин на фоне верапамила и мониторингового наблюдения матери и плода.

При проведении вмешательств, требующих иммобилизации плода и наличия условий доступа к вене пуповины, рациональным методом является введение плоду: фентанила 10 мкг/кг с последующим введением пипенурия бромида 50–60 мкг/кг на фоне предшествующей премедикации матери – гидазепам 40–60 мг внутрь; атропин 0,5–0,7 мг внутривенно; седация пропофолом – по показаниям. Токолиз – гинипралом.

При подборе анестетиков следует учитывать возможный тератогенный «поведенческий» эффект некоторых из них, способных вызывать в дальнейшем отсроченные поведенческие аномалии у ребенка.