

Мониторинг состояния плода у беременных с угрозой преждевременных родов и выбор адекватной тактики лечения

В.В. Подольский, Вл.В. Подольский, О.П. Святая

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Киев

В статье приведены результаты исследований состояния плода у беременных с угрозой преждевременных родов. Определены клинико-лабораторные показатели динамического наблюдения за беременными и поведением плода. Показана эффективность использования токолитической терапии гексопреналином (Гинипрал) и ее положительное влияние на состояние плода.

Ключевые слова: беременные с угрозой преждевременных родов, динамическое наблюдение, эффективность токолитической терапии, состояние плода.

Среди различных параметров, характеризующих нарушение репродуктивного здоровья, одно из ведущих мест занимает невынашивание беременности.

Проблема невынашивания беременности приобретает особую актуальность в период демографических, кризисных явлений, связанных с преобладанием показателей смертности над показателями рождаемости населения.

Учитывая, что за последние два десятилетия население нашей страны значительно уменьшилось, проблема восстановления численности населения, повышение рождаемости и рождения здорового потомства становится приоритетной.

Наши предыдущие исследования [1–3] и исследования ведущих отечественных и зарубежных ученых [4–6] позволили изучить вопросы этиологии и патогенеза невынашивания беременности в современных условиях.

Известно, что генетические факторы имеют важное значение в механизмах прерывания беременности, особенно в I триместре.

Роль инфекционных агентов в генезе невынашивания беременности некоторыми исследователями ставилась под сомнение, наши исследования убедительно показали, что хронические воспалительные заболевания половых органов у женщин фертильного возраста является тем неблагоприятным фоном, на котором возникают разные осложнения беременности, в том числе и невынашивание беременности [7]. Важное значение среди инфекционных факторов при невынашивании беременности имеют TORCH-инфекции и предшественники других генитальных инфекций (цитомегаловирус – ЦМВ, хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, кишечная палочка, золотистый и гемолитический стафилококки, стрептококки, грибы рода Кандида).

При наличии у беременной очагов острой или хронической инфекции в 5,6 раза чаще наблюдается остановка развития эмбриона или плода (замершая беременность), в 6 раз чаще возникает прерывание беременности, в 10 раз – развитие плацентарной недостаточности, в 3–5% случаев диагностируется патология центральной нервной системы у плода (гидроцефалия, ангиомы в мозговых структурах) в

14% случаев гипоксически-ишемическое поражение мозга и в 6% случаев врожденная пневмония [8].

Известно, что защиту и развитие внутриутробного плода обеспечивают многие факторы. Важная роль принадлежит стероидным гормонам, среди которых ведущее место занимает прогестерон.

Недостаточность этого гормона приводит к нарушению процессов трансформации в эндометрии, которые сопровождаются недоразвитием желез стромы, сосудов, недостаточно накапливается гликоген, что неблагоприятно влияет на развитие трофобласта и питание плода уже в I триместре беременности. При этом нарушается продукция хорионического гонадотропина, что в свою очередь тормозит процесс васкуляризации ворсин хориона и атрофии его эпителиального покрова.

В дальнейшем, при пролонгировании беременности, в более поздние сроки развивается плацентарная недостаточность. При таких изменениях в плаценте у беременных с невынашиванием появляются значительные гемодинамические нарушения, которые сопровождаются тромбозами и значительным сужением межворсинчатых пространств в плаценте, возникновением инфарктов, псевдоинфарктов, петрификатов и дистрофических изменений хориального эпителия [9].

В свою очередь важным фактором, влияющим на вазоконстрикцию сосудов плаценты и маточно-плацентарного ложа, является повышение концентрации простагландинов $F_{2\alpha}$.

Нарушение микроциркуляции в сосудах плаценты вызывает усиление агрегации тромбоцитов и эритроцитов, изменение их функциональной активности.

Нарушенный гормональный баланс в системе мать–плацента–плод при невынашивании беременности приводит к гипоксии и задержке развития плода.

Гипотрофию плода, в свою очередь, может вызвать нарушение синтеза и метаболизма липидов в плаценте. Нарушение этих обменных процессов сопровождается активизацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), что является проявлением стресс-реакции организма. Активация ПОЛ благоприятствует повышению синтеза эндогенных простагландинов (E_2 и $F_{2\alpha}$). Биологическое действие простагландинов тесно связано с процессами внутриклеточного метаболизма, нарушение которого также обуславливает задержку внутриутробного развития плода [3, 4].

Именно поэтому физиологические параметры детей, рожденных от матерей, перенесших при беременности угрозу прерывания беременности, ниже, чем от матерей с физиологическим течением беременности. Даже при наличии нормальных росто-массовых показателей у новорожденных от матерей с угрозой прерывания беременности и внутриутробной гипоксии плода, развившейся во время бе-

ременности, показатели зрелости таких детей ниже, чем у матерей с физиологическим течением беременности.

Представленные современные данные этиологии и патогенеза нарушений при невынашивании свидетельствуют, что угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода и задержка его развития требуют тщательного контроля за состоянием плода и комплексного медикаментозного лечения выявленных осложнений.

Несмотря на наличие протоколов, утвержденных МЗ Украины, регламентирующих лечебно-диагностические мероприятия, которые должен осуществить врач акушер-гинеколог при угрозе прерывания беременности и угрозе преждевременных родов, существует ряд нерешенных вопросов. Эти вопросы касаются динамики наблюдения за клинико-лабораторными показателями, характеризующими течение угрозы прерывания беременности, мониторинга состояния внутриутробного плода и назначения различных по механизму действия препаратов для лечения этого грозного осложнения беременности.

Цель исследования: изучить течение угрозы прерывания беременности, провести мониторинг состояния плода при этом осложнении беременности и уточнить некоторые аспекты лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели нами были обследованы 90 беременных с угрозой прерывания беременности (основная группа). Исследования проведены во второй половине беременности, в сроке от 30 до 32 нед. Поскольку известно, что после 22 нед речь идет об угрозе преждевременных родов и это состояние также является угрозой прерывания беременности, нами условно использовался общий диагноз «угроза прерывания беременности». Контрольную группу составили 30 здоровых беременных в этих же сроках гестации. Обследование беременных проводили в различных направлениях. При выполнении исследований были использованы следующие методы: общеклиническое и специальное акушерское обследование; гормональные исследования, которые включали изучение содержания половых стероидных гормонов в крови (прогестерон, эстрадиол, плацентарный лактоген) и кольпоцитологические исследования; динамическое кардиотокографическое изучение сердечного ритма плода и тонуса матки; ультразвуковые исследования, позволяющие изучить ультразвуковой биофизический профиль плода и характер сократительной активности миометрия; доплерометрические исследования, которые дают возможность определить состояние плацентарно-плодового кровообращения.

Определение концентрации половых стероидных гормонов проводили в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием диагностических тест-систем (ХЕМА, Россия), а эстрадиола – с использованием диагностической тест-системы (DRG, Германия). Оптическую плотность измеряли на фотометре MSR-1000 при длине волны 450 нм.

С помощью кольпоцитологических исследований оценивали состояние фетоплацентарной системы, подсчет индексов кольпоцитогаммы позволял диагностировать наличие плацентарной недостаточности и признаков внутриутробного страдания плода на фоне прогестероновой недостаточности.

Кардиотокографическое исследование осуществлялось в состоянии покоя, запись кариотокограмм проводили в соответствии с общепризнанной методикой и оценкой по Фишеру.

Всем обследованным беременным проводили изучение ультразвукового биофизического профиля плода с

оценкой результатов по двенадцатибалльной системе.

При доплерометрических исследованиях у обследованных женщин проводили измерения артериального и венозного кровотока плода.

Учитывая наши многочисленные исследования, посвященные лечебным мероприятиям, направленным на коррекцию гипоксических и гормональных изменений в системе мать–плацента–плод (которые вошли в состав действующих протоколов МЗ Украины) мы не останавливаемся на детальном описании этих лечебных мероприятий. В данном исследовании их использовали при лечении беременных с угрозой прерывания беременности в полном объеме. Более актуальным в современных условиях, на наш взгляд, является вопрос выбора адекватной токолитической терапии при лечении этого осложнения беременности. При постоянных контактах с врачами акушерами-гинекологами нашей страны установлено, что существует некоторое опасение у врачей в отношении назначения современных токолитиков. Единственным лицензионным токолитиком, зарегистрированным в нашей стране, является высокоселективный β_2 -адреномиметик – гексопреналин (Гинипрал). Препарат обладает выраженным влиянием на мышцы матки.

Этот препарат:

- эффективно и быстро снижает частоту и интенсивность сокращений матки (скорость наступления эффекта 2–5 мин при внутривенном введении);
- высокая степень безопасности: вследствие высокой селективности оказывает незначительное влияние на сердечную деятельность и кровотоки беременной и плода;
- гексопреналин позволяет продлить беременность до нормального срока родов, снижая частоту и интенсивность сокращений матки (препарат можно использовать при необходимости проведения токолиза на сроках беременности до 37 нед).

Показания к применению:

1. Острый токолиз
 - во время родов при острой внутриматочной асфиксии плода;
 - перед кесаревым сечением;
 - перед поворотом плода из поперечного положения;
 - при осложненной родовой деятельности.
2. Массивный токолиз
 - торможение преждевременных родовых схваток при наличии сглаженной шейки матки и/или раскрытия зева матки не более 4 см.
3. Длительный токолиз
 - профилактика преждевременных родов
 - остановка мышечных сокращений матки до, во время наложения шва на шейку матки.

В случае преждевременных родов до 34 нед беременности при раскрытии шейки матки менее чем на 3 см, отсутствии амнионита, преэклампсии, кровотечения, удовлетворительном состоянии плода проводят токолиз.

Токолитическую терапию назначают на срок 48 ч, необходимых для проведения антенатальной профилактики РДС глюкокортикоидами, и при необходимости перевода беременной на более высокий уровень оказания помощи. Наиболее эффективно такую терапию проводят с использованием β -миметиков (Гинипрал, Ритодрин и их аналоги); гексопреналин (Гинипрал) в дозе 10 мкг (2 мл) применяют в виде внутривенных инфузий на 500,0 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 5–10 капель за 1 мин.

При остром и массивном токолизе 10 мкг (1 ампл. по 2 мл) Гинипрала вводят на протяжении 5–10 мин, внутривенно, медленно, болюсно.

После этого 100 мкг концентрат для инфузий вводят внутривенно, со скоростью 0,3 мкг/мин (20–25 капель в 1 мин).

При длительном токолизе 50 мкг концентрат для инфузий вводят внутривенно со скоростью 0,075 мкг/мин (10–15 капель в 1 мин).

Поддерживающая терапия – 2–4 мг/сут (4–8 таблеток Гинипрала по 0,5 мг).

Все исследования проведены в динамике комплексного лечения с использованием различной токолитической терапии. В связи с этим все обследованные женщины были разделены на три группы: первая группа – беременные с угрозой прерывания беременности, в составе комплексной терапии получавшие другие токолитические средства; вторая группа – беременные с угрозой прерывания беременности, получавшие Гинипрал; третья группа – беременные с угрозой прерывания беременности, получавшие Гинипрал в сочетании с блокаторами кальциевых каналов (изаптин, фенаптин). В каждой группе были обследованы по 30 беременных с угрозой прерывания беременности. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение клинической характеристики обследованных беременных с угрозой прерывания беременности показало, что это были женщины молодого возраста – от 19 до 27 лет. Среди обследованных беременных основной группы первобеременных было 27 человек (30,0%), повторобеременных 63 человека (70,0%); первородящих было 56 человек (62,2%), повторнородящих – 34 (37,8%).

Подробное изучение данных анамнеза позволило выяснить, что до наступления настоящей беременности операцию искусственного аборта перенесли 22 женщины основной группы (24,4%). Предыдущие беременности закончились самопроизвольным абортom у 41 женщины этой группы (36,9%), причем прерывание беременности в позднем сроке имело место у 3 женщин (3,3%).

Частота преждевременных родов у женщин основной группы составила 10,0%, при этом в 4,5% случаев родились дети с малой и критически малой массой тела.

Эти данные позволяют с уверенностью утверждать, что 55,6% обследованных беременных с угрозой прерывания беременности могут быть отнесены в группу угрожаемых по невынашиванию беременности.

Среди других осложнений при предыдущих беременностях у женщин основной группы встречались ранние гестозы – 18,9% и поздние гестозы – 7,8%.

Настоящая беременность у женщин основной группы также протекала с ранних сроков с различными осложнениями: ранний гестоз имел место у 18 беременных (20,0%), поздний гестоз – у 10 (11,1%). У 48 беременных (53,3%) угроза прерывания беременности была в ранние сроки, а в более поздние сроки (до 20 нед беременности) угроза прерывания беременности встречалась у 32 беременных основной группы (35,6%).

Такие высокие показатели частоты осложнений при настоящей беременности могут свидетельствовать о недоста-

точном обследовании беременных основной группы для выяснения причин возможного невынашивания беременности, неадекватном мониторинге показателей гомеостаза беременной и состояния плода, что могло повлиять на выбор тактики ведения и последующих лечебных мероприятий.

Изучение баланса половых стероидных гормонов (табл. 1) показало, что у беременных основной группы наблюдается достоверное снижение уровня прогестерона и плацентарного лактогена. Известно, что снижение уровня прогестерона является диагностическим критерием наличия угрозы прерывания беременности, а значительное снижение уровня этого гормона может запустить механизм самопроизвольного прерывания беременности. Снижение уровня прогестерона и плацентарного лактогена у беременных основной группы было не только диагностическим показателем, подтверждающим наличие угрозы прерывания беременности, а и развития фетоплацентарной недостаточности.

Изменение индексов кольпоцитогаммы также свидетельствовало о наличии прогестероновой недостаточности, а у 86,7% о наличии признаков внутриутробного страдания плода.

Проведенные кардиотокографические исследования (табл. 2) позволили определить основные показатели сердечного ритма плода и тонуса матки у беременных с угрозой прерывания беременности. Особое внимание нами уделено состоянию тонуса миометрия, что позволило условно разделить все кардиотокограммы по этому показателю на 4 группы: с нормотонусом матки (13,3%), с умеренным тонусом (33,3%), со средней степенью выраженности тонуса (31,1%) и с выраженным тонусом миометрия (22,2%). Клинически выявленные нами изменения тонуса миометрия у беременных с угрозой прерывания беременности сопровождались различной симптоматикой. Так, при наличии умеренного тонуса беременные практически не предъявляли жалоб, в отношении ощущения тонуса матки, при средней степени выраженности тонуса матки беременные жаловались на ощущение повышенного тонуса миометрия и периодические болевые ощущения, некоторые беременные (13,3%) отмечали повышенное шевеление плода. В случае регистрации выраженного тонуса матки беременные с угрозой прерывания беременности жаловались на ощущение резко повышенного тонуса матки, сопровождающегося болевыми ощущениями и ослаблением движения плода. Анализ полученных результатов выявил наличие четкой связи между тонусом матки у беременных с угрозой прерывания беременности и показателями, характеризующими сердечный ритм плода. Так, наибольшие изменения сердечного ритма плода наблюдались у беременных с угрозой прерывания беременности с тонусом миометрия средней степени выраженности и выраженным тонусом миометрия (см. табл. 2). Таким образом полученные результаты разрешают утверждать, что одним из факторов нарушенного состояния плода у беременных с угрозой прерывания беременности является повышенный тонус миометрия, который путем механического воздействия влияет на маточно-плацентарно-плодовую перфузию.

Таблица 1

Показатели уровня половых гормонов в крови обследованных беременных

Группа обследованных	Эстрадиол, нмоль/л	Плацентарный лактоген, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л
Основная	28,7±7,3	5,0±0,3*	123,5±7,3*
Контрольная	20,5±4,2	7,3±0,2	165,5±5,4

Примечание: * – различие достоверно относительно показателей контрольной группы.

Показатели кардиотокографии у беременных с угрозой прерывания беременности

Показатели кардиотокографии	Группы обследованных				
	Основная				Контрольная
	Состояние тонуса матки				
	Нормотонус	Умеренный тонус	Средней степени выраженности	Выраженный	Нормотонус матки
БЧСС, уд/мин	141,1±3,2	142,4±2,1	148,6±1,8	152±1,5*	140,1±1,2
АМО, уд/мин	8,6±1,2	7,8±0,4	6,7±0,3*	6,1±0,2*	8,9±0,2
Количество акцелераций	8,4±0,7	8,1 ±0,3	6,3±0,2*	4,2±0,1*	8,1±0,2
Амплитуда акцелераций, уд/мин	24,7±0,4	18,2±0,2	16,1±0,2*	14,2±0,2*	25,1±0,3
Длительность акцелераций, с	19,8±0,6	17,4±0,2	16,4±0,3	15,0±0,3	19,6±0,5
Количество децелераций	-	0,16±0,1	0,21±0,4	0,28±0,3	-
Глубина децелераций, уд/мин	-	4,3±0,4	6,0±0,5	8,0±0,5	-
Длительность децелераций, с	-	2,1±0,4	3,3±0,3	4,5±0,4	-

Примечание: * – различие достоверно относительно показателей контрольной группы (P<0,05).

Показатели фетоплацентарного кровотока у беременных с угрозой прерывания беременности до и после терапии с включением гексопреналина (Гинипрала)

Группа беременных	Показатель сосудистого сопротивления	Маточные артерии		Артерии пуповины		Аорта плода		Среднемозговая артерия	
		До лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Беременные с угрозой прерывания беременности	Систолю-диастолическое соотношение	2,14±0,05	2,08±0,1	3,51±0,2	3,0±0,1	8,27±0,2	6,9±0,3	5,3±0,1	4,5±0,3
n=90	Индекс резистентности	0,81±0,1	0,79±0,3	0,79±0,1	0,75±0,3	0,97±0,1	0,86±0,2	0,85±0,2	0,74±0,1

Изучение биофизического профиля плода (БПП) показало, что нормальный БПП (10–12 баллов) по данным ультразвукового исследования наблюдался у 21,1% беременных с угрозой прерывания беременности. Удовлетворительная оценка – 8–9 баллов наблюдалась у 37,8% обследованных. Настораживающая оценка БПП – 5–7 баллов встречалась у 30,0% беременных с угрозой прерывания беременности, а неудовлетворительная оценка БПП, свидетельствующая о выраженных ультразвуковых признаках страдания плода (4 балла и менее), – у 11,1%. При изучении БПП проведенная ультразвуковая плацентометрия и определение наличия маточного тонуса показали более частое локальное расположение гипертонуса матки в области расположения плаценты. Сопоставление различных методов обследования и клинических данных позволяет заключить, что такое локальное увеличение тонуса матки чаще наблюдается у беременных с выраженным тонусом по данным кардиотокограммы, низкими показателями прогестерона и выраженной клинической картиной угрозы прерывания беременности.

Вывод относительно изменений в маточно-плацентарно-плодовом кровообращении у беременных с угрозой прерывания беременности был подтвержден при изучении результатов доплерометрических исследований (табл. 3).

Наиболее выраженные изменения при этом показателе систоло-диастолического соотношения регистрировались в аорте и среднемозговой артерии плода. На ухуд-

шение маточно-плацентарно-плодовой перфузии указывал рост индекса резистентности как в маточных, так и в плодовых сосудах.

Проведенные исследования убедительно подтверждают значение повышенного маточного тонуса в патогенезе развития нарушенного состояния плода у беременных с угрозой прерывания беременности. Поэтому было уделено особое внимание выбору препаратов для проведения токолитической терапии в комплексе лечебных мероприятий для беременных с угрозой прерывания беременности. Сравнительная характеристика использования с этой целью гексопреналина (Гинипрал) и других токолитических препаратов представлена в табл. 4.

Включение в комплексную терапию с целью проведения токолиза гексопреналина (Гинипрала) показала высокий терапевтический эффект: нормотонус достигнут у беременных II группы у 80%, а у беременных III группы у 86,7%, в то время, как у беременных, получавших другую токолитическую терапию, эти показатели были вдвое ниже и несмотря на проводимую токолитическую терапию у части больных I группы сохранялась средняя степень выраженности тонуса матки, а у некоторых и выраженный.

Эффективная токолитическая терапия оказала благоприятный эффект на показатели сердечного ритма плода, что выразилось в достоверных различиях этих показателей во II и III группах, в сравнении с показателями сердечного ритма у беременных I группы.

Результаты маточного токолиза при использовании различных токолитиков и показатели сердечной деятельности плода у беременных с угрозой прерывания беременности в динамике лечения

Группы беременных	Показатели сердечного ритма плода								Показатели тонуса матки (абс/%)							
	БЧСС, уд/мин	АМО, уд/мин	Количество акцелераций	Амплитуда акцелераций, уд/мин	Длительность акцелераций, с	Количество децелераций	Глубина децелераций, уд/мин	Длительность децелераций, с	Нормотонус		Умеренный тонус		Средней степени выраженности		Выраженный	
									абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I группа, n=30 (получавшие другие токолитики)	143,3± 2,3	7,8± 0,3	6,0± 0,2	16,1± 0,1	16,0± 0,2	0,2± 0,3	6,2± 0,4	3,2± 0,2	13	43,3	8	26,7	7	23,3	2	15,4
II группа, n=30 (получавшие Гинипрал)	140,0± 0,8	8,5± 0,2*	8,0± 0,3*	24,2± 0,1*	19,2± 0,1*	-	-	-	14	80,0	6	20,0	-	-	-	-
III группа, n=30 (получавшие Гинипрал в сочетании с изоптином)	138,1± 0,5	8,9± 0,1**	8,2± 0,2**	25,1± 0,3**	19,3± 0,1**	-	-	-	26	86,7	4	13,3	-	-	-	-

Примечание: * – различие достоверно между I и II группами (p<0,05); ** – различие достоверно между I и III группами (p<0,05).

Допплерометрические показатели в группе беременных, получавших гексопреналин (см. табл. 3) свидетельствуют о значительном улучшении маточно-плацентарно-плодового кровообращения и позволяют заключить, что включение гексопреналина в комплексную терапию лечения угрозы прерывания беременности оказало выраженное положительное действие, а препарат гексопреналин (Гинипрал) является наиболее эффективным токолитиком.

ВЫВОДЫ

1. Угроза прерывания беременности может привести к более грозным осложнениям беременности и даже к ее прерыванию, что увеличивает частоту показателей невынашивания беременности.
2. Наиболее частым осложнением при угрозе прерывания беременности является фетоплацентарная недостаточность, вызывающая нарушение состояния внутриутробного плода.
3. Важным фактором нарушения маточно-плацентарно-плодового кровообращения является гипертонус матки.
4. Мониторинг состояния плода следует проводить с использованием кардиотокографических, ультразвуковых (БПП плода, доплерометрия маточных и плодовых сосудов) исследований с учетом уровня прогестероновой недостаточности и баланса основных половых стероидных гормонов (инвазивное определение и динамика кольпоцитогрaмм), а также выраженности тонуса матки.
5. Эффективная токолитическая терапия оказала благоприятный эффект на показатели сердечного ритма плода, что выразилось в достоверных различиях этих показателей у беременных, получавших с целью токолиза Гинипрал, в сравнении с показателями сердечного ритма у беременных, получавших другую токолитическую терапию. Нормализация тонуса миометрия под влиянием токолиза гексопреналином (Гинипралом) позволило значительно улучшить маточно-плацентарно-плодовый кровоток.

6. Включение гексопреналина в комплексную терапию лечения угрозы прерывания беременности оказало выраженное положительное действие как на лечение угрозы прерывания беременности, так и на состояние плода, что позволяет рекомендовать препарат гексопреналин (Гинипрал) как наиболее эффективный и безопасный токолитик.

Мониторинг стану плода у вагітних із загрозою передчасних пологів і вибір адекватної тактики лікування В.В. Подольський, Вл.В. Подольський, О.П. Свята

У статті наведені результати досліджень стану плода у вагітних із загрозою передчасних пологів. Визначені клініко-лабораторні показники динамічного спостереження за вагітними та поведінкою плода. Показана ефективність використання токолітичної терапії гексопреналіном (Гініпрал) та її позитивний вплив на стан плода.

Ключові слова: вагітні із загрозою передчасних пологів, динамічне спостереження, ефективність токолітичної терапії, стан плода.

Fetal monitoring in pregnant women with miscarriage and choosing of adequate tactics of treatment V. Podolskyi, V.L. Podolskyi, O. Svyataya

Results of a study of state of fetus in pregnant women with miscarriage are revealed in the article. Revealed clinical and laboratory data of dynamic observation of pregnant women and fetus. Effectiveness of tocolysis by using hexo prenaline (Gynipral) is showed and it's positive influence on a state of fetus.

Key words: pregnant women with miscarriage, dynamic observation, effectiveness of tocolysis, state of fetus.

Сведения об авторах

Подольский Василий Васильевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (044) 484-40-64.

Подольский Владимир Васильевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8.

Святая Ольга Павловна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Подольський В.В., Писарева С.П., Дронова В.Л., Подольський В.В. Аналіз медико-соціального впливу впровадження сучасних медичних технологій на покращання репродуктивного здоров'я жінок з невиношуванням вагітності // Здоров'я жінки. – № 9 (65). – 2011. – С. 100–102.
2. Подольський В.В., Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Товкач С.М., Живецька-Денисова А.А., Рудакова Н.В., Писарева С.П. Підвищення стресостійкості з урахуванням стану нейроендокринної адаптації на етапі прегравідарної підготовки жінок із невиношуванням вагітності // Інформаційний лист. – № 108. – 2011. – Київ, вип. 12 з проблем «Акушерство та гінекологія».
3. Подольський В.В., Писарева С.П., Воробйова І.І. Невиношування вагітності. Роздуми про вирішення проблеми // Здоров'я жінки. – 2009. – № 2 (38). – С. 97–102.
4. Запорожан В.М., Подольський В.В., Хомінська З.Б. Гормональні характеристики менструальної функції у жінок фертильного віку з ХЗЗСО // Журнал Національної академії медичних наук України. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 475–484.
5. Вдовиченко Ю.П., Чермак І.І. Невынашивание беременности у женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием в анамнезе // Здоров'я жінки. – 2011. – № 2 (58). – С. 250–253.
6. Венцківський Б.М., Жабіцька Л.А. Особливості патогенезу невиношування вагітності в терміні 22–28 тижнів // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 2006. – № 2. – С. 41–44.
7. Подольський В.В. Прегравідарна підготовка жінок з хронічними запалювальними захворюваннями статевих органів, профілактика і прогнозування акушерських і перинатальних ускладнень у них во время вагітності – заклад безпечної материнства // Здоров'я жінки. – 2012. – № 8 (74). – С. 91–94.
8. Подольський В.В., Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Товкач С.М., Живецька-Денисова А.А., Рудакова Н.В., Писарева С.П. Відновлення регуляторної функції нервової системи жінок групи ризику розвитку перинатальних ускладнень на етапі прегравідарного консультування // Інформаційний лист. – № 107. – 2011. – Київ, вип. 11 з проблем «Акушерство та гінекологія».
9. Подольський В.В., Ткаченко В.Б., Воробйова І.І., Товкач С.М., Живецька-Денисова А.А., Рудакова Н.В., Писарева С.П. Профілактика прееклампсії шляхом корекції прогестеронової недостатності в першому триместрі вагітності // Інформаційний лист. – № 106. – 2011. – Київ, вип. 10 з проблем «Акушерство та гінекологія».

Статья поступила в редакцию 12.09.2013