

©І.М. Маркуш

**ПОКАЗНИКИ БІОФІЗИЧНОГО ПРОФІЛЮ ПЛОДА У ВАГІТНИХ ІЗ САЛЬПІНГООФОРИТОМ В АНАМНЕЗІ***Київський медичний університет УАНМ*

ПОКАЗНИКИ БІОФІЗИЧНОГО ПРОФІЛЮ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З САЛЬПІНГООФОРИТОМ В АНАМНЕЗІ. Збільшення частоти запальних захворювань статевих органів у молодих жінок призводить до порушень репродуктивної функції (порушення менструального циклу, безпліддя) і значного зростання ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду для матері та її дитини. Автор розглядає можливості використання результатів визначення біофізичного профілю плода для своєчасного призначення профілактичних та лікувальних заходів у пацієнток з сальпінгоофоритом в анамнезі.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОФИЗИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С САЛЬПИНГООФОРИТАМИ В АНАМНЕЗЕ. Увеличение частоты воспалительных заболеваний половых органов у молодых женщин приводит к нарушениям репродуктивной функции (нарушения менструального цикла, бесплодие) и значительному росту осложнений течения беременности, родов и послеродового периода для матери и ее ребенка. Автор рассматривает возможности использования результатов определения биофизического профиля плода для своевременного назначения профилактических и лечебных мероприятий у пациенток с сальпингоофоритами в анамнезе.

INDICATORS OF FETAL BIOPHYSICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF SALPINGOOPHORITIS. Frequency increasing of inflammatory diseases of the genital organs of young women leads to reproductive disorders (menstrual irregularities, infertility) and to significant increase in complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period for mothers and their children. The author considers the possibility of using the results of determination of fetal biophysical profile for early use of preventive and therapeutic measures to patients with a history of salpingoophoritis.

**Ключові слова:** вагітність, сальпінгоофорит, біофізичний профіль плода.

**Ключевые слова:** беременность, сальпингоофорит, биофизический профиль плода.

**Key words:** pregnancy, salpingoophoritis, fetal biophysical profile.

**ВСТУП.** Зростання рівня захворюваності у новонароджених зумовлено погіршенням стану здоров'я жінок, зокрема збільшенням кількості вагітних з екстрагенітальною патологією, обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом і зокрема з сальпінгоофоритом до вагітності. Використання в клінічній практиці біофізичного профілю плода (БПП) дає змогу діагностувати відхилення стану плода і своєчасно проводити профілактичні та лікувальні заходи, спрямовані на корекцію гіпоксичних станів плода. У науковій літературі існують суперечливі дані щодо діагностичної значущості визначення показників БПП плода [1, 2, 3].

Метою нашої роботи було проведення ретроспективного і проспективного аналізу результатів вагітності для матері та плода залежно від показників БПП у вагітних із сальпінгоофоритом в анамнезі.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Аналізу зазнали 136 історій пологів і карт розвитку новонародженого. Усі пацієнтки залежно від оцінки БПП були розподілені на дві групи. До основної групи (n=36) зараховані випадки оцінки БПП 7 балів і нижче, до контрольної групи (n=100) увійшли вагітні з оцінкою БПП 8 балів і вище за Vintzileus. Усім жінкам визначали БПП в терміні вагітності 37–41 тиждень. Показаннями для проведення БПП були зміни кардіотокограм (ареактивний нестресовий тест), плацентарні порушення (вогнища фіброзу та кальцинозу, потовщення і гіперехогенність плацентарних перетинок, кісти плаценти), синдром затримки розвитку плода (СЗРП).

Критеріями відбору пацієнток основної та контрольної груп були: одноплідна вагітність, відсутність вад розвитку плода, головне і тазове передлежання без використання препаратів, що впливають на стан плода і частоту його серцевого ритму (бета-блокатори, сульфат магнію), проведення динамічного моніторингу серцевої діяльності і БПП напередодні пологів. Залежно від віку, наявності супутньої екстрагенітальної патології, гінекологічного та акушерського анамнезу групи були репрезентативними.

Кардіотокографічне дослідження вагітних проводили за допомогою фетального біомонітора Hewlett Packard JS20 (Німеччина) безпосередньо перед ультразвуковим дослідженням тривалістю 30 хвилин в положенні на боці в активний час доби. Ехографію проводили за допомогою апарату HDI-1500 (ATL). Стан плода вивчали шляхом визначення БПП, при цьому враховували 6 біофізичних параметрів: під час кардіомоніторного дослідження дані нестресового тесту та 5 параметрів, які визначали під час ультразвукового сканування; дихальні рухи плода, рухова активність плода, тонус плода, об'єм навколоплідних вод, ступінь зрілості плаценти. БПП оцінювали за методом Vintzileus із визначенням оцінки зрілості плаценти. Кожен параметр оцінювали в 0, 1 і 2 бали. Оцінка 10–12 балів оцінювалася як нормальна, 8–9 – задовільна, 6–7 – сумнівна, 5 і нижче – патологічна.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Оцінки 6–7 балів і нижче переважно спо-

стерігали в пацієнок віком старше 28 років (36,6 %), в контрольній групі цей показник становив 18,0 %.

Аналіз результатів з урахуванням впливу екстрагенітальної патології на оцінку БПП показав значення ожиріння, де оцінку у 7 балів і нижче зафіксовано в 13,3 %, у контролі цей показник становив 6,0 %. Інфекції в анамнезі зафіксовано в 96,6 % жінок з оцінкою БПП 7 балів і нижче, 70,0 % випадків при оцінці БПП вище 9 балів.

Під час оцінки гінекологічного анамнезу звертала на себе увагу висока частота сальпінгофориту (36,9 %) і порушень менструального циклу (16,6 %) в основній групі порівняно з контрольною (2,0 %). В основній групі зафіксована висока частота самовільних абортів (10,0 %) і наявність двох і більше штучних абортів (26,6 %) порівняно з контрольною групою (0 і 4,0 % відповідно).

Таблиця 1. Анамнез, ускладнення вагітності та перебіг пологів у обстежених пацієнок (%)

Дані анамнезу і ускладнення	Основна група n=36	Контрольна група n=100
Вік старше 28 років	36,6	18,0
Жінки, що народжують уперше	79,9	66,6
Ожиріння	13,3	6,0
Обтяжений інфекційний анамнез	96,6	70,0
Хронічний сальпінгофорит	36,9	2,0
Порушення менструального циклу	16,6	2,0
Мимовільні аборти	10,0	0
Два і більше штучних абортів	26,6	4,0
Анемія легкого ступеня	83,2	80,0
Анемія середнього ступеня	10,2	6,0
Загроза переривання вагітності	66,6	48,0
Пієлонефрит	63,3	16,0
Преєклампсія легкого та середнього ступеня	26,6	14,0
Фетоплацентарна і плацентарна недостатність	63,3	18,0
Тривалість безводного періоду більше 6 годин	60,0	40,0
Епізіотомія і перінеотомія	43,3	30,0
Слабкість пологової діяльності	66,0	0
Кесарів розтин	26,6	18,0
Гіпотрофія плода (маса тіла до 2800 грам)	26,6	12,0
Асфіксія (оцінка стану плода за Апгар 6 балів і нижче)	19,9	7,0

Характеризуючи ускладнення даної вагітності, слід зазначити, що анемію легкого ступеня в основній групі зафіксовано у 83,2 % (контроль – 80,0 %), середнього ступеня – 10,2 % (контроль – 6,0 %) випадків. Загрозою переривання вагітності ускладнилася в 66,6 % пацієнок основної та 48,0 % контрольної групи. Пієлонефритом вагітність ускладнилася у 63,3 % вагітних основної і тільки у 16,0 % жінок контрольної групи. Преєклампсія легкого та середнього ступеня виявлена у 26,6 % в основній групі і 14,0 % в контрольній групі.

Клінічний діагноз фетоплацентарної і плацентарної недостатності встановлено у 63,3 % вагітних основної групи і 18,0 % контрольної групи.

Аналіз залежності оцінки БПП від паритету пологів показав, що найчастіше оцінка 6-7 балів і нижче виставлялася жінкам, що народжують вперше (79,9 %), у контролі – 66,6 %. Жінок, що народжують повторно, в основній групі було 26,6 %, а в контрольній – 34,0 %.

У випадку зниження оцінки БПП відзначено збільшення тривалості безводного періоду більше 6 годин у 60,0 % жінок основної групи, в контрольній групі цей показник становив 40,0 %.

Необхідність проведення епізіотомії та перінеотомії виникла у 43,3 % жінок основної групи і 30,0 % жінок контрольної групи. Слабкість пологової діяльності визначена у 66,0 % пацієнок основної групи і була відсутня в контрольній групі. Аналіз загальної тривалості пологів і тривалості перебігу пологів за періодами в основній і контрольній групах показав вісутність достовірних відмінностей.

Кесарів розтин проведено у 26,6 % випадків основної і 18,0 % випадків контрольної групи. Дистрес плода став основним показанням до оперативного розродження в основній групі (62,0 %).

Післяпологовий період в обох групах мав перебіг без особливостей.

Гіпотрофічні плоди (маса тіла до 2800 грам) народилися у 26,6 % випадків основної і 12,0 % випадків контрольної групи. У стані асфіксії (оцінка стану плода за Апгар 6 балів і нижче) народилося в основній групі 19,9 % дітей, у контрольній – 14,0 %.

Проведений комплекс заходів для профілактики ускладнень вагітності, ретельний моніторинг і корекція стану плода в пологах, вчасно і правильно обраний спосіб розродження, дозволили нам отримати більш сприятливі результати пологів для новонародженого. Незважаючи на високий відсоток дітей народжених в асфіксії (19,9 %), де критерієм діагнозу у новонароджених була лише оцінка стану плода за Апгар, що не відповідає сучасному визначенню даного захворювання. Аналіз показав, що низька оцінка цих дітей не призвела до порушення ранньої постнатальної адаптації та розвитку порушень характерних для асфіксії, усіх дітей в задовільному стані виписано додому.

Отже, результати нашого дослідження вказують на необхідність проведення БПП під час вагітності, особливо у жінок, що народжують вперше, жінок старше 28 років, жінок, в анамнезі у яких мали місце інфекції, сальпінгофорит, порушення менструального циклу, ожиріння, мимовільні аборти, наявність двох і більше

штучних абортів. З ускладнень вагітності особливе місце займає анемія, загроза переривання вагітності, пієлонефрит вагітних, прееклампсія легкого та середнього ступеня тяжкості, наявність плацентарної та фетоплацентарної недостатності.

**ВИСНОВКИ.** 1. Визначення БПП є високоінформативним методом дослідження в акушерстві, який необхідно застосовувати під час планового обстеження вагітних із сальпінгоофоритами в анамнезі.

2. Своєчасна діагностика відхилень у стані плода методом визначення БПП дозволяє покращити перинатальні показники.

3. Низька оцінка БПП часто передуює виникненню ускладнень під час пологів: слабкості пологової діяльності, подовженню безводного проміжку, народженню дітей з низькою масою тіла.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.** Використання в клінічній практиці біофізичного профілю плода (БПП) дає змогу діагностувати відхилення стану плода і своєчасно проводити профілактичні та лікувальні заходи, спрямовані на корекцію гіпоксичних станів плода, та дозволить більш сучасні програми направлені на лікування та профілактику.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Заболотна А.В., Сенчук А.Я. Показники біофізичного профілю плода у новонароджених, які народились у стані асфіксії / [А.В. Заболотна, А.Я. Сенчук] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: "Інтермед", – 2002. – С.178–181.

2. Особливості перебігу вагітності, пологів та перинатальні порушення у жінок, що перенесли хронічні запальні захворювання статевих органів / [В.В. Подольський, В.Л. Дронова, Т.О. Касаткіна та ін.] // Збірник наукових

праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2011. – с. 682–685.

3. Особливості стану плода за даними біофізичного профілю плода та кардіотокографічного обстеження вагітних з трубно-перитонеальною безплідністю запального генезу в анамнезі / [О.В. Мілевський, Вол.В. Подольський, Н.К. Деменіна та ін.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2011. – С. 593–596.

Отримано 03.01.12 р.