

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ПАРАМЕТРАМ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА

Кубанский медицинский институт

Влияние патологических факторов и состояния беременной женщины на развитие плаценты и плода зависит не только от срока беременности, длительности воздействия, но и от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов в системе «мать – плацента – плод» [7].

Последнее позволило выделить следующие формы хронической плацентарной недостаточности: компенсированную, при которой имеются лишь начальные проявления нарушений в системе «мать – плацента – плод» и декомпенсированную. Компенсированная форма характеризуется активацией компенсаторно-приспособительных механизмов, что создает условия для дальнейшего развития плода и прогрессирования беременности. Декомпенсированная характеризуется перенапряжением и срывом компенсаторно-приспособительных механизмов в системе «мать – плацента – плод», с развитием необратимых морфофункциональных нарушений, высоким риском серьезных осложнений для плода, включая его гибель [3].

Промежуточное положение занимает субкомпенсированная форма, при которой происходит отягощение нарушений в маточно- и фетоплацентарном комплексе с предельным напряжением защитных реакций, увеличением риска осложнений для внутриутробного «пациента». Она может перейти как в компенсированную, так и в декомпенсированную форму плацентарной недостаточности [3].

Тактика ведения беременных и родоразрешение при компенсированной и декомпенсированной формах плацентарной недостаточности различны. Поэтому так важно прогнозировать развитие субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности в декомпенсированную [1, 2]. Компенсаторные возможности организма можно оценивать при помощи пробы сердечно-дыхательного синхронизма [5].

Целью настоящего исследования явилось установление возможности использования пробы сердечно-дыхательного синхронизма для прогнозирования у беременных 38–40 недель с хронической плацентарной недостаточностью перехода субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности в декомпенсированную.

Материалы и методы исследования

Исследование было проведено на 23 беременных женщинах с субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточности на базе перинатального центра КМЛДО города Краснодара.

Диагноз субкомпенсированной формы фетоплацентарной недостаточности устанавливали на основании данных анамнеза, течения беременности, клинико-лабораторного обследования [6]. Для прогноза перехода субкомпенсированной формы фетоплацентарной недостаточности в декомпенсированную

использовали пробу сердечно-дыхательного синхронизма [4].

Полученные результаты и их обсуждение

В группе беременных с субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности синдром задержки роста плода был диагностирован у всех 23 (100%) женщин. Первая степень синдрома задержки роста плода была диагностирована у 12 (52,2%) беременных, вторая – у 6 (26,1%). Синдром задержки роста плода третьей степени был выявлен у 5 (21,7%) обследованных женщин. Симметричная форма синдрома задержки роста плода выявлена у 4 (17,4%), асимметричная – у 17 (73,9%), смешанная – у 2 (8,7%) беременных с субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности.

Хроническая внутриутробная гипоксия была выявлена у 11 (47,8%). Для субкомпенсации состояния фетоплацентарного комплекса и плода характерно не только увеличение частоты выявления хронической внутриутробной гипоксии плода, но и возрастание степени ее тяжести. Так, начальные признаки гипоксии по данным кардиотокографии были выявлены у 12 (52,2%) беременных, умеренно выраженная гипоксия – у 11 (47,8%) женщин. При доплерометрическом исследовании маточно-плацентарного, плодового и внутриплацентарного кровообращения было установлено, что у всех пациенток отмечалось повышение показателей сосудистой резистентности в различных звеньях кровообращения в системе «мать – плацента – плод», проявляющееся снижением диастолического компонента кровотока в маточных и спиральных артериях, артерии пуповины и ее терминальных ветвях. Кроме того, изолированное повышение сосудистой резистентности только в маточно-плацентарном или плодово-плацентарном звеньях было диагностировано у 12 (52,2%) женщин.

11 беременных с субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточности были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Плановое оперативное родоразрешение было проведено 8 (72,8%) беременным. Показаниями к операции кесарева сечения явились: 1) фетоплацентарная недостаточность в сочетании с рубцом на матке – 1 (9,0%); 2) фетоплацентарная недостаточность в сочетании с гестозом средней степени тяжести – 4 (38,4%); 3) фетоплацентарная недостаточность на фоне экстрагенитальной патологии – 3 (13,0%).

У 3 (13,0%) беременных с субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточности операция кесарева сечения была выполнена в срочном порядке. Показаниями к срочному оперативному родоразрешению явились: клиническое нарастание степени тяжести гестоза на фоне комплексной терапии в сочетании с двусторонними нарушениями кровотока в маточных

артериях и с изменениями их спектра (наличие дикротической выемки); прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии плода по данным кардиотокографии на фоне нарастания признаков централизации плодового кровообращения и поражения органного (почечного) кровотока плода.

Таким образом, из 23 беременных с субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточности у 11 из-за неэффективности лечения она перешла в декомпенсированную с последующим кесаревым сечением.

При сравнении параметров сердечно-дыхательного синхронизма у беременных женщин (1-я группа) 38–40 недель с субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности, которая перейдет в компенсированную форму с параметрами синхронизма у женщин (2-я группа), у которых при неэффективности лечения разовьется декомпенсированная форма, было установлено следующее.

У женщин 2-й группы исходная частота сердечных сокращений по сравнению с 1-й группой была меньше на 14,4% (таблица).

Достоверного различия в частоте дыхания у женщин 1-й и 2-й групп не было.

Ширина диапазона сердечно-дыхательного синхронизма у женщин 2-й группы по сравнению с 1-й группой была меньше на 12,2%. Это происходило за счет меньшей максимальной границы диапазона синхронизации на 12,4%. При этом минимальная граница диапазона синхронизации была меньше на 12,5%.

Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона сердечно-дыхательного синхронизма у женщин 2-й группы по сравнению с 1-й группой была больше на 10,9%.

Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона сердечно-дыхательного

Сопоставление параметров сердечно-дыхательного синхронизма у беременных женщин 38–40 недель с субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности, которая перейдет в компенсированную или при неэффективности лечения в декомпенсированную формы

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма	Статистические показатели	Субкомпенсированная плацентарная недостаточность	
		перейдет в компенсированную	перейдет в декомпенсированную
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	$M \pm m$ P	81,7 0,9	69,9 1,0 <0,001
Исходная частота дыхания в минуту	$M \pm m$ P	17,7 0,3	19,3 0,5 >0,05
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	$M \pm m$ P	88,2 1,1	77,2 1,0 <0,001
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	$M \pm m$ P	96,4 0,9	84,4 1,0 <0,001
Ширина диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	$M \pm m$ P	8,2 0,2	7,2 0,1 <0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	$M \pm m$ P	19,2 0,2	21,3 0,3 <0,001
Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона в кардиоциклах	$M \pm m$ P	28,3 0,1	30,2 0,2 <0,001
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе в кардиоциклах	$M \pm m$ P	19,0 0,2	20,8 0,2 <0,001
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на максимальной границе в кардиоциклах	$M \pm m$ P	20,0 0,1	22,2 0,2 <0,001
Разность между минимальной границей и исходной частотой сердечных сокращений в кардиоциклах	$M \pm m$ P	6,5 0,5	7,3 0,4 >0,05

синхронизма у женщин 2-й группы по сравнению с 1-й группой была больше на 6,7%.

Длительность восстановления исходного ритма сердцебиений после прекращения пробы на минимальной границе диапазона синхронизации у женщин 2-й группы по сравнению с 1-й группой была больше на 9,5%.

Длительность восстановления исходного ритма сердцебиений после прекращения пробы на максимальной границе диапазона синхронизации у женщин 2-й группы по сравнению с 1-й группой была больше на 11,0%.

Разность между минимальной границей диапазона синхронизации и исходной частотой сердечных сокращений у женщин 2-й группы по сравнению с 1-й группой достоверно не отличалась.

Таким образом, при проведении пробы сердечно-дыхательного синхронизма у беременных женщин 38–40 недель с хронической субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности по параметрам ширины диапазона синхронизации, длительности развития сердечно-дыхательной синхронизации, длительности восстановления исходного ритма сердцебиений после прекращения можно прогнозировать ее переход в декомпенсированную форму.

Поступила 14.05.07

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Активное ведение родов. СПб, 2003. 664 с.
2. Айламазян Э. К. Акушерство. СПб, 2005. 527 с.
3. Кулаков В. И., Орджоникидзе Н. В., Тютюнник В. Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М., 2004. 494 с.
4. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Борисова И. И., Потягайло Е. Г., Похотько А. Г., Хакон С. М., Харитоновна Е. В.

Сердечно-дыхательный синхронизм у человека // Физиология человека. 2002. Т. 28. № 6. С. 116–119.

5. Покровский В. М., Абушкевич В. Г. Проба сердечно-дыхательного синхронизма – метод оценки регуляторно-адаптивного статуса в клинике // Кубанский научный медицинский вестник. 2005. Т. 80–81, № 2–8. С. 98–103.

6. Сидорова И. С., Макаров И. О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М., 2000. 127 с.

7. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство. Н. Новгород, 2003. 415 с.

**G. A. PENJOYAN, A. A. TAYMASUKOVA,
S. CH. MEZUZHOK, YU. M. PEROV**

PROGNOSIS OF THE DECOMPENSATORY FORM OF THE PLACENTAL INSUFFICIENCY ACCORDING TO THE CARDIORESPIRATORY SYNCHRONISM PARAMETERS

In 11 women from 23 investigated pregnant women with bcompensatory form of fetoplacental insufficiency, the form transferred in ecompensatory one, because of the non-effective treatment. Cardiorespiratory synchronism test was used for prognosis of the transfer of subcompensatory form in decompensatory one. The decrease of the compensatory forces and decompensation development were shown in lesser cardiorespiratory synchronism range width, bigger duration of the cardiorespiratory synchronism development at the range limits, bigger duration of recovery of the initial heartbeats rhythm after the test cessation.

Г. А. ПЕНЖОЯН, А. А. ТАЙМАСУКОВА, С. Ч. МЕЗУЖОК, Ю. М. ПЕРОВ

ПРОБА СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кубанский медицинский институт

Если при компенсированной форме фетоплацентарной недостаточности бывает достаточным проведение традиционной консервативной терапии, а при декомпенсированной форме медикаментозная терапия неэффективна и для родоразрешения используют операцию кесарева сечения, то при субкомпенсированной форме лечение назначается медикаментозным, а при его неэффективности используют операцию кесарева сечения [4]. Поэтому столь важным является оценка эффективности проводимого лечения. Эта оценка проводится по большому числу различных параметров, отражающих состояние беременной, плаценты плода [1]. Необходима быстрая, простая, интегративная и объективная проба оценки эффективности лечения.

В ряде клиник города Краснодара для оценки эффективности лечения больных с различными заболе-

ваниями используется проба сердечно-дыхательного синхронизма [3].

Целью работы послужило выяснение возможности использования пробы сердечно-дыхательного синхронизма для оценки эффективности проводимого лечения у беременных 38–40 недель субкомпенсированной формой хронической плацентарной недостаточности.

Материалы и методы исследования

У 23 беременных женщинах с субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточности на базе перинатального центра КМЛДО города Краснодара была проведена оценка эффективности проводимого лечения при помощи пробы сердечно-дыхательного синхронизма [2]. Динамика параметров сердечно-дыхательной синхронизации была сопоставлена с исходами родов.