

М. С. Татевосян, Г. Г. Долян, Г. Г. Окоев

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ
ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Аntenатальная охрана плода является одной из актуальнейших проблем современной медицины. Определение состояния внутриутробного плода, оценка его адаптационных возможностей позволяют выработать наиболее оптимальную тактику ведения беременности и родов, что в конечном итоге способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности. Это приобретает особую значимость у женщин с индуцированной беременностью, число которых за последние годы значительно возросло.

Целью настоящего исследования явилось определение состояния внутриутробного плода по данным ультразвукового сканирования и кардиотокографического наблюдения у 103 женщин с индуцированной беременностью.

Возраст обследуемых женщин колебался от 20 до 41 г. (в среднем $28,16 \pm 1,06$ лет). Первичное бесплодие отмечено в 74 (71,8%) и вторичное—в 29 (38,15%) случаях. Длительность первичного бесплодия составила в среднем $5,14 \pm 0,08$, вторичного— $6,07 \pm 1,9$ лет.

В зависимости от характера предшествующего бесплодия и вида проведенной терапии все женщины были подразделены на 3 группы. В I группу вошло 70 (68,0%) женщин, у которых беременность наступила на фоне терапии клостильбегитом и его аналогами; во II—23 (22,3%) женщины, у которых беременность наступила при отмене синтетических прогестинов; в III группу вошли 10 (9,7%) беременных с гиперпролактинемией в анамнезе после терапии парлоделом (бромкриптином).

Ультразвуковое исследование проводили в положении лежа на спине. Для лучшего контакта датчика со сканирующей поверхностью кожа передней брюшной стенки смазывалась специальным контактным гелем. Исследование проводилось при помощи аппаратов, работающих в реальном масштабе времени (Тошиба САЛ-38 АСИ и САЛ-77, Япония). Использовались следующие параметры работы ультразвуковых приборов: частота волн—3—3,5 мГц; максимальная глубина зондирования—30 мм; интенсивность ультразвукового излучения от 5 до 16 мвт/см². Ближние и дальние усиления подбирались строго индивидуально. Исследования в I триместре беременности проводили при наличии хорошо наполненного мочевого пузыря, который вытесняет петли кишечника из полости малого таза и выполняет роль своеобразной фокусирующей линзы. При проведении эмбриометрии в I триместре беременности определяли копчико-теменной размер, диаметр головки и туловища эмбриона. Определение размера головки проводили посредством измерения расстояния между наружными поверхностями теменных костей [1].

Эхография во II—III триместрах беременности включала измерение бипаритетального размера головки, среднего диаметра грудной

клетки и живота плода, длины бедра, определение места расположения плаценты и количества околоплодных вод [2]. В зависимости от срока беременности и расположения плода в матке проводилось тщательное исследование внутренних органов и других анатомических образований плода. В конце III триместра беременности определялась предполагаемая масса плода [3].

Кардиотокографическое (КТГ) исследование проводилось в положении женщины лежа на спине, начиная с тридцатой недели беременности (бесстрессовая, непрямая, кардиотокография). Исследования проводились при помощи аппарата Хбюлетт—Паккард (США) в течение 60 мин; скорость протяжки ленты—1 см/мин. При исследовании обращали особое внимание на стабильность ритма, количество и амплитуду акцелераций, характер и продолжительность децелераций [4, 5]. Итоговый результат оценивался по балльной системе. Оценка КТГ 8—9 баллов предполагала рождение детей без признаков гипоксии; при 6—7 баллах на фоне удовлетворительного состояния новорожденных возможны симптомы нарушения периода адаптации (бледность кожных покровов, снижение мышечного тонуса и физиологических рефлексов); 3—5 баллов соответствуют выраженной гипоксии плода (состояние новорожденных чаще средней тяжести, иногда тяжелое); ниже 3 баллов предшествует гибели внутриутробного плода антенатально, либо позднее—в раннем неонатальном периоде.

Женщинам I группы в течение беременности проведено 118 эхографических исследований в динамике, из коих 36 (30,5%) в I и 82 (69,5%) во II—III триместрах беременности. При определении срока беременности в I триместре у женщин I группы отмечено соответствие эхографически установленного срока беременности с предполагаемым гестационным, что, вероятно, свидетельствует о наличии адекватной реакции на стимуляцию овуляции. В 24 (66,7%) наблюдениях отмечен нормальный тонус маточной мускулатуры, в 12 (33,7%)—повышенный, что послужило поводом для соответствующей медикаментозной терапии.

При эхографии во II—III триместрах беременности у 60 (73,2%) женщин выявлено соответствие размеров плода гестационному сроку беременности. В 13 (15,9%) случаях отмечено умеренное отставание размеров плода на 1—2 недели, что не расценивалось нами как признак гипотрофии. У 8 (9,7%) женщин размеры плода опережали среднестатистические показатели гестационного срока на 1—2 недели. В 1 (1,2%) случае на 27-й неделе беременности была установлена выраженная диспропорциональная гипотрофия плода, что несмотря на проведенную интенсивную терапию послужило причиной антенатальной гибели плода к сроку 29—30 недель. У 11 (13,4%) беременных при эхографическом исследовании выявлено умеренное уменьшение количества околоплодных вод, не приведшее в дальнейшем к развитию каких-либо осложнений. При проведении ультразвуковой плацентографии в 1 (1,2%) случае установлено полное предлежание плаценты на сроке 36—37 недель, что послужило показанием к операции

(кесарево сечение). Признаки раннего старения плаценты (кальциноз II—III степени) выявлены у 7 (8,5%) женщин на 34—36-й неделях беременности. Оценка результатов КТГ в 8—9 баллов установлена у 42 (82,3%), 6—7 баллов—у 8 (15,4%) и 3—5 баллов—у 1 (1,9%) беременной. Следует отметить, что при сопоставлении данных КТГ исследования с состоянием новорожденных нами установлено несоответствие в 4 (7,8%) случаях: данные КТГ—8—9 баллов, по шкале Апгар—1—6 баллов. Это, вероятно, обусловлено возможностью появления ложноположительных результатов при бесстрессовой КТГ.

Во II группе проведено 31 динамическое эхографическое исследование, из коих 8 (25,8%) в 1, 23 (74,2%)—во II—III триместрах беременности. При ультразвуковом сканировании в I триместре беременности каких-либо существенных отклонений в развитии эмбриона не было выявлено. Во II—III триместрах беременности в 18 (78,2%) случаях размеры плодов соответствовали среднестатистическим параметрам соответствующего гестационного срока, в 2 (8,7%) случаях отмечено отставание и в 3 (13,0%) опережение роста плода. Однако ввиду того, что отклонения не превышали 2—2,5 недель, диагноз гипертрофии или наличия плода с большой массой тела нами не был установлен. В 1 (4,3%) случае при ультразвуковой плацентографии выявлен кальциноз I степени на 36-й неделе беременности, не оказавший существенного влияния на состояние плода.

При анализе результатов КТГ 8—9 баллов получено в 11 (52,4%), 6—7 баллов—в 7 (33,3%) и 3—5 баллов—в 3 (14,3%) наблюдениях. Полученная нами информация о состоянии внутриутробного плода по данным КТГ соответствовала состоянию новорожденного.

Ультразвуковое сканирование беременным III группы проведено в динамике 19 раз: 9 (47,4%) в I и 10 (52,6%) во II—III триместрах беременности. Как и в предыдущей группе ультразвуковое сканирование в I триместре беременности не выявило каких-либо существенных отклонений от нормы. В большинстве наблюдений (60%) отмечено соответствие размеров плода гестационному сроку. Небольшое отставание размеров плода (в 30% случаях) равно как и их опережение (в 10% случаях) по сравнению с гестационным сроком находилось в пределах 1—3 недель, что, вероятно, было обусловлено его индивидуальными темпами роста. Умеренное уменьшение количества околоплодных вод (1 случай—10%) и наличие кальциноза II степени (1 случай—10%), выявленные в конце III триместра беременности, не оказали особого влияния на состояние плода. Данные КТГ в 8—9 баллов были установлены в 10 (83,3%), 6—7 и 3—5 баллов соответственно в 1 (8,3%) наблюдении. Результаты указанного обследования соответствовали состоянию новорожденных.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что индуцированная беременность не оказывает какого-либо существенного влияния на состояние внутриутробного плода.

ՊՅՈՒՂԻ ՎԻՃԱԿԻ ՈՐՈՇ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԽԵՌՈՒԿԵՎԱՆ
ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Որոշվել է պտուղի վիճակը ըստ դերձայնային սիրման և արտահոսանքազրկան (ՍՀԳ) դիտարկման տվյալների նախքինում չբեր կանանց մոտ, որոնք հղիացել են հորմոնալ բուժման շնորհիվ:

ՍՀԳ հետազոտությունը ինդուցված հղիությանը կանանց մոտ ի հայտ է բերել մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել հղիության ընթացքի և ձեռագրերության վարման ապցիոնալ ազդուիթմերի մշակման համար:

M. S. Tatevossian, G. G. Dolyan, G. G. Okoyev

Some Peculiarities of the Fetus State at Induced Pregnancy

The cardiocurrentographical investigation of patients with induced pregnancy has revealed some peculiarities which must be taken into consideration while working out the rational algorithms of conduction the pregnancy and labor.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Клиническая ультразвуковая диагностика (под редакцией Н. М. Мухарлямова), М., 1987, с. 83. 2. Окоев Г. Г. Применение ультразвукового сканирования в акушерстве (метод. рекоменд.), Ереван, 1985. 3. Окоев Г. Г., Тер-Акопова К. Г., Саркисян Д. С. и др. Методы перинатальной диагностики (метод. рекоменд.) Ереван, 1986. 4. Персианинов Л. С., Демидов В. Н. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии (атлас). М., 1982, с. 131. 5. Савельева Г. М. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. М., 1981, с. 98.

УДК 616.993.1(479.25)

А. А. Овсепян, К. М. Восканян, С. В. Семерджян, Ю. Т. Алексанян

О НЕКОТОРЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И
ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗА
В АРМЯНСКОЙ ССР

Токсоплазмоз—это паразитарная инфекция, которая имеет практически повсеместное распространение среди людей, многих видов теплокровных животных (млекопитающих) и птиц. В странах Западной Европы и Северной Америки зараженность токсоплазмозом составляет в среднем 25—50%, в странах Африки, Центральной и Южной Америки она значительно выше—до 90% [1, 2]. В разных районах Советского Союза антитела к токсоплазмам имеют от 5 до 50% населения.

Как правило, после первичного заражения человек становится носителем токсоплазмозной инфекции. Болеют токсоплазмозом далеко не все инфицированные лица, а лишь те, у которых снижена иммунологическая реактивность или инфицирование носило массивный характер [1, 4]. Необходимо указать на наличие широко распростра-