

ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАТОЧНО- ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВотоКА ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

д.мед.н. Чайка В.К., д.мед.н. Говоруха И.Т., Шаров К.В., к.б.н. Зоркова Е.В.,

Актуальность темы

В основе патогенеза синдрома задержки роста плода (СЗРП) лежат серьезные и массивные повреждения плаценты или же ее дисфункция, возникающая в первом или втором триместрах беременности. Доплерометрическое исследование кровотока маточных артерий в первом и втором триместрах может подтвердить наличие сосудистой патологии и, в некоторых случаях, предсказать его эволюцию.



Цель исследования

Выявить нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока при СЗРП с использованием доплерометрии.



Материалы и методы

Под наблюдением в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства находились 210 пациенток с СЗРП и 72 беременные без СЗРП.



Материалы и методы

Маточно-плацентарно-плодовый кровоток оценивали с помощью доплерометрического исследования ультразвуковыми аппаратами «Medison Sono ACE R7» фирмы Samsung Medison (Корея), «Philips EN Visor C» (Нидерланды), работающими в реальном масштабе времени, с использованием трансабдоминальных датчиков частотой 3,5 и 5,0 МГц в режиме пульсовой доплеровской волны.



Материалы и методы

Средний возраст пациенток составил $(31,50 \pm 0,40)$ лет. Первобеременные составили 29,5% (23) женщин. Вторая беременность – у 26,9% (21) пациенток. Третья (и более) беременность была зарегистрирована у 43,6% (34) женщин.

Роды в анамнезе имели 39,7% (31) женщин. У 5,1% (4) беременных в анамнезе были преждевременные роды путем операции кесарева сечения. Патологические роды произошли у 10,3% (8) беременных.



Критерии включения:

- одноплодная прогрессирующая беременность, наступившая в естественном цикле;
- наличие факторов риска;
- планирование (желание) сохранить настоящую беременность;
- согласие пациентки на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- многоплодная беременность; беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий;
- тяжелая соматическая патология и хронические заболевания женщины в стадии декомпенсации;
- выявленные хромосомные аномалии и врожденные пороки развития плода.
-

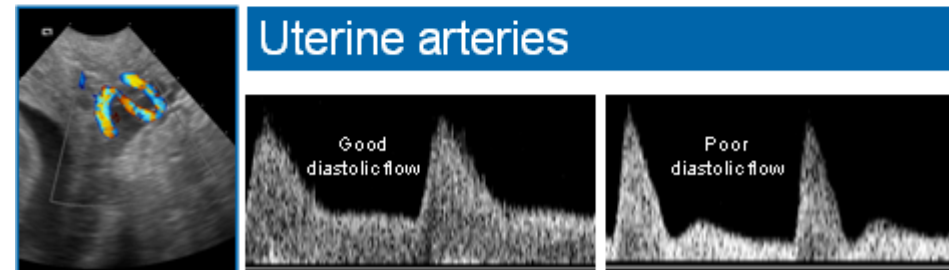
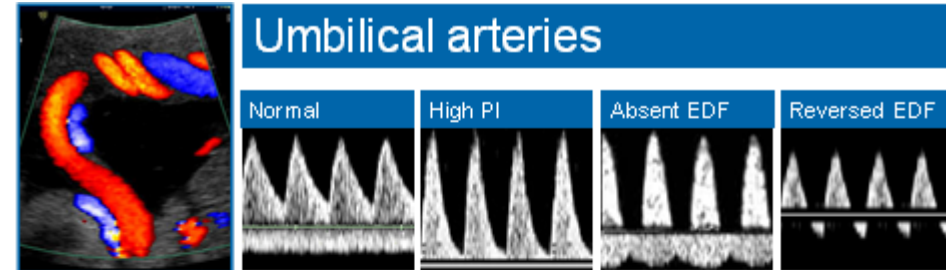
Результаты и обсуждение

Пульсационный индекс маточных артерий уже в сроке 11–13 недель у беременных, с выставленным позднее диагнозом СЗРП, был статистически значимо меньшим, чем у беременных без этой патологии плода ($1,65 \pm 0,06$ против $1,80 \pm 0,02$ мм, $p < 0,05$).



Результаты и обсуждение

При увеличении срока гестации, с развитием СЗРП значения данного показателя имели более выраженные различия с группой без патологических изменений, а именно в сроке 18–21 недель составив соответственно $1,58 \pm 0,04$ против $1,74 \pm 0,01$ мм ($p < 0,05$), в 30–32 недели – $0,98 \pm 0,04$ против $0,76 \pm 0,03$ мм ($p < 0,05$).



Результаты и обсуждение

Установлено, что нарушение маточно-плацентарного кровотока при нормальном плодово-плацентарном (IA степень) имели 9,0% (19/210) беременных с СЗРП и 5,6% (4/72) – без СЗРП ($p > 0,05$).



Результаты и обсуждение

Нарушение плодово-плацентарного кровотока при нормальном маточно-плацентарном (IБ степень) у беременных с СЗРП зарегистрировано статистически значимо чаще, чем у женщин без такого синдрома 24,8% (52/210) против 4,2% (3/72) ($p < 0,05$).



Результаты и обсуждение

Только у беременных с СЗРП имели место сочетанное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока (II степень) – 48,6% (102/210) и критическое нарушение плодово-плацентарного кровотока (III степень) – 17,6% (37/210).



Выводы

У беременных с СЗРП выявляются нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока, что указывает на необходимость углублённого наблюдения за такими пациентками, чтобы при необходимости оказать лечебно-профилактические мероприятия, что в свою очередь будет способствовать снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

