

(3,1±0,2) балів (P<0,05); болісні спазми в пальцях рук, ніг та литкових м'язях — (1,2±0,1) і (2,1±0,2) балів (P<0,05); напади панічного страху і відчуття внутрішнього тремтіння — (1,2±0,1) і (2,1±0,2) балів (P<0,05); порушення функції шлунково-кишкового тракту — (2,0±0,2) і (3,1±0,3) балів (P<0,05) та алергічні реакції — (1,1±0,1) і (2,6±0,3) балів (P<0,01). Виявлені розбіжності підтверджують необхідність виділення пацієнтів із поєднанням клімактеричних і урогенітальних розладів у окрему групу.

Крім вищеописаного клінічного дослідження вважаємо доцільним більш докладно розглянути основні прояви урогенітальних розладів. При цьому, як свідчать отримані дані, в основній групі переважали урогенітальні розлади середнього ступеня тяжкості (48,0 %) порівняно з легким (28,0 %) і тяжким (24,0 %) формами. Се-

ред основних симптомів нетримання сечі (відповідно до тижневого щоденника сечовипускання) переважали полакіурія (72,0 %); атрофічний вагініт (62,0 %) і цисталгія (52,0 %) порівняно з диспареунією (32,0 %) і ніктурією (30,0 %).

Досить показовою є і частота стандартних тестів нетримання сечі: кількість епізодів нетримання сечі за тиждень (20,4±1,3 бала); кількість прокладок за тиждень (13,3±1,3 бала) і кількісний годинний прокладковий тест (10,1±1,1 бала).

Висновки

Таким чином, як показали результати нашої роботи, ступінь виразності клімактеричних порушень у жінок з урогенітальними розладами має деякі специфічні особливості. У першу чергу, вони полягають у переважанні сумарної частоти основних клімактеричних порушень, а також в істотних розбіж-

ностях щодо рівня вегетативних порушень. Це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив урогенітальних розладів на клінічний перебіг клімактеричного синдрому і виділити цих жінок у самостійну групу для розв'язання актуального завдання сучасної гінекології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю. П., Рыженко О. С. Коррекция урогенитальных расстройств при климактерическом синдроме // Репродуктив. здоровье женщины. — 2002. — № 3. — С. 41-43.
2. Венцківський Б. М., Нізова Н. М., Татарчук Т. Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 1. — С. 49-57.
3. Вихляева Е. М. Климактерический синдром: Рук. по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. — М.: Мед. информ. агентство, 1997. — С. 603-649.
4. Кулаков В. И., Сметник В. П. Руководство по климактерию. — М., 2001. — 685 с.

УДК 618.33:616-053.1-037-084:312.2

Ю. П. Вдовиченко, Н. І. Генік

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Вступ

Багато наукових колективів України займаються проблемою перинатальної смертності, проте помітних зрушень у її розв'язанні не можна відзначити протягом останніх років [1; 3; 5]. Виділяють різноманітні фактори, що не дозволяють суттєво знизити рівень перинатальної патології в країні: погіршення матеріально-технічного забезпечення родопомічних установ; зміна екологічної ситуації; зростання соматичної захворюва-

ності й ін. [2; 4]. Не можна не відзначити і ступінь вираженості основної акушерської патології, що сприяє зростанню перинатальної смертності; передчасні пологи, пізні гестози, анемія вагітних, фетоплацентарна недостатність та ін. [4; 5-7]. Наявні наукові роботи цього напрямку присвячені вирішенню окремих питань щодо зниження перинатальної смертності в кожному конкретному випадку акушерської та екстрагенітальної патології. Фундаментальні праці, що стосують-

ся розв'язання всього комплексу даної проблеми у нас в країні, відсутні, що, природно, створює певні труднощі при проведенні як організаційних, так і медичних заходів. На нашу думку, одним із найбільш невирішених питань даної проблеми є розробка сучасної методики прогнозування перинатальних втрат.

Мета роботи — розробка та впровадження в практику нових сучасних технологій прогнозування перинатальних втрат.



Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети була розроблена нова методика прогнозування перинатальних втрат на основі комплексного клініко-лабораторного і функціонального обстеження 359 вагітних із діагнозом фетоплацентарна недостатність.

Для проведення клінічних досліджень була створена спеціальна комп'ютерна програма на основі програм "Office-2002". Це дозволило проаналізувати всі отримані дані.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік обстежених пацієнток становив $(26,9 \pm 2,4)$ року. Супровідна екстрагенітальна патологія виявлена в 42,3 % жінок, а в 31,9 % — поєднання кількох захворювань. У структурі соматичної захворюваності переважали нейроциркуляторна астенія (29,9 %); захворювання щитоподібної залози (18,9 %) і пієлонефрит (11,7 %). Дещо рідше траплялися різноманітні вади серця (7,8 %) та хронічний гепатохолецистопанкреатит (5,9 %). Отримані дані про основні особливості обтяженого гінекологічного й акушерського анамнезу свідчать, що різноманітні гінекологічні захворювання (запальні процеси, порушення менструального циклу, патологічні зміни шийки матки та ін.) відзначалися в 52,6 % випадків. Штучне переривання вагітності було в 42,3 %, мимовільні викидні — у 10,0 %, а перинатальні втрати в анамнезі — у 5,3 % спостережень. Першовагітних було 52,6 %, а першородящих — 69,6 %.

Як було відзначено вище, в усіх жінок було визначено діагноз — хронічна гіпоксія плода або фетоплацентарна недостатність. У 9,2 % випадків причини цього ускладнення залишилися невстановленими, їх не можна було пов'язати з якоюсь

акушерською або екстрагенітальною патологією, а також з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом. В інших 90,8 % випадків частіше всього зустрічалися анемія (55,9 %), преєклампсія (49,0 %) і загроза переривання вагітності (19,8 %), а в 33,9 % — поєднана патологія.

Через природні пологові шляхи було розроджено 63,5 % обстежених, а рівень кесаревих розтинів становив 36,5 %. Необхідно відзначити, що в плановому порядку було виконано 56,5 % операцій, а в ургентному — 43,5 %. Частота ускладнень в пологах становила 85,8 %. У їх структурі переважали обвиття пуповини (36,5 %); гостра гіпоксія плода (21,7 %) й аномалії пологової діяльності (19,8 %). Значно рідше траплялися відшарування плаценти (5,0 %) і клінічно вузький таз (2,8 %).

Наслідки пологів для новонароджених при всіх методах розродження були такі: 101 дитина (28,1 %) народилася практично здоровою; 170 (47,4 %) новонароджених — у стані легкої асфіксії, 88 (24,5 %) дітей — у стані тяжкої асфіксії, з яких 8 (2,2 %) загинули в пологах або померли в ранньому неонатальному періоді.

Отже, результати ретельного багатоаспектного аналізу клінічних, інструментальних і лабораторних даних у жінок із діагнозом хронічної гіпоксії плода або фетоплацентарної недостатності, а також даних про різні фактори анте- й інтранатального неблагополуччя плода лягли в основу розробки критеріїв оцінки стану плода та прогнозування перинатальних наслідків.

Для розробки методики ефективного прогнозування перинатальних втрат у жінок із діагнозом хронічної гіпоксії плода або фетоплацентарна недостатності було поставлено два головних завдання:

1. Виявити статистичну залежність даних клініко-лабо-

раторних і інструментальних методів дослідження від наслідку пологів для новонародженого.

2. Розробити метод прогнозування ступеня індивідуального ризику пологів для плода і медичний алгоритм вибору, оптимального методу розродження.

Дані анамнезу, результати клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також дані про стан дитини при народженні та в ранньому неонатальному періоді переносили у спеціально розроблену формалізовану карту. При цьому кількісні ознаки були розбиті на діагностичні інтервали, а якісним ознакам привласнювався код. До стандартного протоколу включено такі ознаки: вік, інформація про гінекологічний і акушерський анамнез, характеристика перебігу даної вагітності, дані загального й акушерського статусу, результати лабораторних та інструментальних методів дослідження, особливості перебігу пологів.

Крім клініко-анатомічних даних, попередньо визначена прогностична значущість низки біохімічних, гормональних і прогностичних параметрів у вагітних і породілей даної прогностичної групи, що, на наш погляд і за даними літературних джерел, є найбільш важливими. Потім зіставлено ці дані з різними наслідками для новонароджених.

Значення ультразвукових досліджень в акушерстві важко переоцінити. З впровадженням у клінічну практику ехографії з'явилася можливість одержати точне уявлення про біометрію плода, його біофізичний профіль, положення, розміри і структуру плаценти, стан пуповини й навколоплідних вод. Значення цього методу у діагностиці затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУРП), або гіпотрофії, не викликає сумнівів. Проте, на нашу думку, суттєвий інтерес



являє порівняння стану плаценти з діагностованою гіпотрофією плода і зв'язок цих даних із наслідком пологів для новонародженого.

Нами було проведено УЗД усіх жінок у терміні вагітності 37-40 тиж. Дані біометрії плода були зіставлені з результатами дослідження плаценти. З поданих результатів очевидно, що у випадках, коли параметри плода відповідали терміну гестації, у переважній більшості жінок (77,7 %) плацента була II й III ступенів зрілості, тобто плацентарна тканина відставала у своєму розвитку від терміну вагітності. Крім того, у матерів із ЗВУРП плацента I ступеня зрілості траплялася майже в 2 рази частіше, ніж у жінок з нормальним розвитком плода.

Також нами зіставлено дані про ступінь зрілості плаценти при УЗД з наслідками пологів для новонароджених. У 80,5 % жінок, що народили практично здорових дітей, виявлена плацента II-III ступеня зрілості. У 27,5 % жінок, в яких народилися діти в стані легкої гіпоксії, плацента за ступенем зрілості «відставала» від гестаційного терміну (I ступінь), а в матерів, новонароджені яких були в стані тяжкої гіпоксії, плацента I ступеня під час УЗД спостерігалася в 36,4 %, тобто в 1,9 рази частіше, ніж у групі жінок, що народили практично здорових дітей.

Отже, результати зіставлення ступеня зрілості плаценти за даними УЗД з гестаційним віком плода дозволяють зробити висновок про їх прогностичну цінність щодо виявлення антенатального дистресу плода. При ехографічному передчасному її дозріванні можна припускати успішний результат для плода, а при відставанні — його неблагополуччя.

З позицій сучасного акушерства, проведення нестресового тесту (кардіотокографії) у 3-му триместрі вагітності є обов'язковою умовою для по-

вноцінного обстеження майбутньої матері та її плода. Наявність в акушерському стаціонарі технічних засобів, що забезпечують це дослідження, дає можливість створити більш високий методологічний рівень проведення діагностичних і лікувальних заходів.

Усім жінкам, що надійшли до стаціонару напередодні пологів, проводили реєстрацію частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода методом неінвазивного ультразвукового зондування при абдомінальному розташуванні ультразвукового датчика протягом 30 хв у положенні жінки лежачи на спині або на боці з наступним опрацюванням отриманих даних. Середні показники стану плода (ПСП), отримали при дослідженні, порівнювали з наслідком пологів для новонародженого.

Як впливає з поданих даних, є вірогідне збільшення ($P < 0,05$) значень ПСП залежно від зростання тяжкості стану новонародженого. Отже, уявлення КТГ у вигляді ПСП може бути вірогідним діагностичним критерієм оцінки ступеня тяжкості дистресу плода напередодні пологів.

З огляду на значний інтерес перинатологів до нового неінвазивного доплерометричного методу діагностики порушень матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу, були проведені дослідження кривих швидкостей кровообігу (КШК) в артеріях пуповини, маткових артеріях матері з обох боків, а також внутрішньої сонної артерії плода в 3-му триместрі вагітності. Отримані результати зіставлені з наслідком пологів для новонароджених. Не виявлено суттєвої різниці між показниками КШК у пупкових і маткових судинах залежно від стану новонародженого. Відзначена лише незначна тенденція зниження КШК у судинах плода відповідно до ступеня тяжкості гіпоксії, проте ці дані статистично не-

вірогідні ($P > 0,05$). Це свідчить про недостатню інформативність даного методу для оцінки ступеня тяжкості антенатального дистресу і прогнозу інтранатальних ускладнень у цих пацієнток.

Як відомо, продуктом єдиної фетоплацентарної системи є естріол, який можна виявити в сечі жінок протягом усієї вагітності. Біосинтез і його кількість, головним чином, визначається станом надниркових залоз плода і залежить від кількості вихідних продуктів, що надходять у плаценту, а також від функціонального стану трофобласта і кількості крові, що припливає до матки. В міру розвитку вагітності кількість естрогенів у крові поступово зростає і досягає найбільших величин незадовго до пологів. Визначення естріолу набуває важливого діагностичного значення в 2-й половині вагітності, що дозволяє контролювати стан плода. Низьку екскрецію естріолу варто розглядати як наслідок недостатності плаценти, як дефект її синтетичної функції або як результат тимчасового порушення матково-плацентарного кровообігу. Нами вивчено вміст естріолу в сечі в динаміці на 34-му тиж і за 1-2 тиж до пологів залежно від наслідків пологів для новонароджених.

З отриманих даних очевидно, що спостерігається тенденція до зниження вмісту естріолу в сечі вагітних, діти яких народилися в стані тяжкої гіпоксії, причому як у терміні вагітності 34 тиж, так і напередодні пологів. Ці результати вказують на зниження функції фетоплацентарного комплексу в цих жінок, що є ознакою плацентарної недостатності та неблагополучного стану плода. Отже, визначення в динаміці вмісту естріолу в сечі вагітних у 3-му триместрі може бути запропоновано для включення в комплекс прогностичних ознак його погіршення.

З огляду на високу значущість показника рівня кортизо-



лу в крові при комплексній оцінці стану фетоплацентарної системи й адаптаційних можливостей плода, ми провели дослідження цього гормону у вагітних напередодні пологів і зіставили дані з наслідком вагітності та пологів для новонародженого.

Проведене дослідження виявило вірогідне зниження ($P < 0,01$) рівня кортизолу в матерів, діти яких народилися в стані тяжкої гіпоксії, що свідчить про зниження їх компенсаторно-приспосувальних можливостей. Більш високий вміст кортизолу у жінок, що народили практично здорових дітей і новонароджених у стані легкої гіпоксії, можна розглядати як прояв мобілізації, активації загального адаптаційного синдрому. Незважаючи на те, що існують великі індивідуальні коливання рівня кортизолу крові, можна вважати, що цей показник адаптаційних можливостей вагітної жінки може бути використаний як прогностичний критерій розвитку анте- й інтранатального дистресу плода.

Для створення системи прогнозування перинатальних втрат обрано імовірний наслідок, що найбільш повно відображає всі клінічні, лабораторні та інструментальні параметри, отримані на етапі попередніх досліджень. Як основу математичного моделювання використано послідовну процедуру розпізнавання, що впливає з методу Байєса. Теоретична основа даного методу виходить з теорії розпізнавання образів. Порушення коефіцієнта кореляції Пірсона відсікають зайву інформацію, залишаючи лише ту частину впливу, який ознака надає безпосередньо.

В результаті статистичного аналізу, докладно описаного вище, були виділені ознаки з високою інформаційною цінністю (більше 3,0 ум. од.) для кількісної оцінки ступеня індивідуального ризику несприятливого наслідку мимовільних

пологів для новонародженого. Кількісно визначена прогностична значущість для оцінки ступеня неблагополуччя плода таких ознак: ускладнений перебіг даної вагітності; високі значення ПСП при КТГ; низький рівень естріолу в сечі та кортизолу в крові матері. З інтранатальних факторів збільшення ризику несприятливого результату для новонародженого (інформативність більше 3 ум. од.) варто назвати: «незрілість» шийки матки, порушення її скоротливої активності та тривале (більше 4 год) введення породіллі утеротонічних засобів. Інформаційна значущість середнього рівня в прогнозі перинатальних втрат у пологах (інформаційна цінність 1,5–2,99 ум. од.) залежала від віку вагітної жінки (до 20 років або старше 35 років); перинатальних втрат в анамнезі, наявності екстрагенітальної патології та нейроциркуляторної астенії, захворювань щитоподібної залози і пієлонефриту; наявності ЗВУРП за даними ультразвукової біометрії; ступеня зрілості плаценти при УЗД, а також від тривалості прелімінарного періоду більше 6 год і ознак гіпоксії плода в пологах за даними КТГ.

Низьку інформаційну цінність (менше 1,5 ум. од.) для оцінки ступеня індивідуального ризику несприятливого результату пологів для новонароджених мали: загальна тривалість 1-го і 2-го періодів пологів як у першо-, так і повторнонароджуючих. Ці, а також ознаки «перинатальні втрати в анамнезі» і «клінічні прояви відшарування нормально розташованої плаценти» були виключені з критеріїв у прогнозі, перші — як малоінформативні, другі — у зв'язку з низькою частотою виявлення і треті — у зв'язку з незначною частотою виявлення та високою частотою хибнопозитивних висновків.

Таблиця

Методика прогнозування перинатального ризику

Показники	Прогностичний коефіцієнт
Напередодні пологів (37–40 тиж) КТГ	
— ПСП більше 1,5, але менше 2,5 ум. од.	4,5
— ПСП більше 2,5 ум. од.	8,0
Ускладнення даної вагітності:	
— прееклампсія	4,0
— загроза переривання вагітності	4,5
— анемія	5,0
Екстрагенітальна патологія:	
— нейроциркуляторна астенія	4,0
— захворювання щитоподібної залози	4,5
— пієлонефрит	3,0
Естріол в сечі менше 18 000 мкг/добу	5,0
Кортизол в крові менше 360 нмоль/л	3,5
ЗВУРП за УЗД	3,5
1-й ступінь зрілості плаценти при УЗД	3,5
Вік вагітних менше 20 років і більше 35 років	3,0
Порушення скоротливої діяльності матки	5,0
«Незріла» шийка матки	4,0
КТГ-моніторинг ознаки гіпоксії	3,5
Введення утеротонічних засобів більше 4 год	3,0
Патологічний (> 6 год) прелімінарний період	5,0



Для широкого застосування розробленої нами методики в будь-якому акушерському стаціонарі нами запропоновано простий і доступний бальний підхід (таблиця) до оцінки ступеня перинатального ризику.

При цьому самий процес прогнозування поділили на два етапи. На першому — необхідно адекватно оцінити ступінь перинатального ризику і відкоригувати варіант допологової підготовки. На другому етапі важливо передбачити збільшення антенатального або розвитку інтранатального дистресу, що дозволить своєчасно розробити адекватну тактику розродження.

Практичні поради до використання даної методики полягають у такому:

— при сумі балів 13 і більше (з вірогідністю менше 95 %) і при сумі балів 20 (з вірогідністю не менше 99 %) показано розродження шляхом операції кесаревого розтину в плановому порядку;

— при сумі балів від 6 до 12 можливе розродження через

природні пологові шляхи, проте тільки шляхом програмованих пологів під контролем КТГ;

— при сумі балів менше 6 прогноз самостійного розродження сприятливий без будь-яких медикаментозних і оперативних втручань.

Висновки

Таким чином, багатоаспектний аналіз перебігу вагітності, пологів і раннього неонатального періоду в жінок із діагнозом хронічної гіпоксії плода або фетоплацентарної недостатності дозволив розробити ефективну методику прогнозування перинатального ризику, що можна реально використовувати в акушерському стаціонарі будь-якого рівня. На її підставі чітко визначено медичний алгоритм тактики лікаря щодо вагітних з різним ступенем дистресу плода, можна цілеспрямовано вибрати оптимальний варіант розродження. Клінічне випробування бального методу прогнозування показало його високу чутливість (92,4 %) і специфічність

(87,7 %). Після перевірки системи кількісної оцінки результати досліджень впроваджені в клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богатирьова Р. В. Демографічна ситуація в Україні і проблеми медико-генетичної служби // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1999. — № 1. — С. 72-74.

2. Бурдули Г. М., Фролова О. Г. Репродуктивні втрати (клінічні та медико-соціальні аспекти). — М., 1997. — 188 с.

3. Венцківський Б. М. Роль планування сім'ї в зниженні материнської та перинатальної захворюваності в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — № 2. — С. 52-54.

4. Гойда Н. Г., Суліма О. Г. Перинатальна патологія у новонароджених на сучасному етапі // Там же. — 1999. — № 4. — С. 15-17.

5. Голота В. Я. Роль жіночої консультації в антенатальній охороні плода в сучасному акушерстві // Там же. — 1998. — № 3. — С. 31-33.

6. Маркин Л. Б. Рациональное ведение родов // Медико-социальные проблемы семьи. — 1996. — № 1. — С. 103-106.

7. Шунько Є. Є., Катоніна С. П. Сучасні клінічні, вірусологічні та імунологічні аспекти перинатальної патології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1995. — № 1. — С. 23-24.

УДК 612.017+616-001-031.14=616-001.36

М. К. Голобородько, О. М. Климова, В. В. Булага, Л. А. Дроздова,
Є. В. Наконечний, В. П. Слишков, А. Н. Агаркова

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ІМУНОФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПОЛІТРАВМІ І ШОКУ

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, Харків

Тяжка політравма і супровідний шок становлять загрозу для життя потерпілого не тільки в перші години, але й на більш віддалених етапах травматичної хвороби у зв'язку з розвитком дисфункціональних імунних порушень. Характер зміни імунологічної реактивності багато в чому залежить від тяжкості ушкодження і приєднання інфекційних ускладнень [1–4]. Після механічного

ушкодження в інфікованій рані виникають комплексні антигени з фрагментів мікроорганізмів і продуктів тканинного розпаду. Дотепер залишається суперечливим питання про оцінку імунного статусу, незважаючи на те, що участь імунної системи в розвитку різноманітної патології людини не викликає сумніву [5; 6]. Визначення механізму розвитку імунної патології при тяжкій травмі є надзвичай-

но важливим, оскільки від цього залежать можливі варіанти лікування.

Мета нашої роботи — дослідження стану клітинного і гуморального імунітету в потерпілих з політравмою і шоком, що перебували на лікуванні у відділенні травматичного шоку, анестезіології, реанімації й інтенсивної терапії Інституту загальної та невідкладної хірургії АМНУ за останні 5 років.

