

©Т.П.Яремчук

КАРДИОТОКОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПЛОДА ПРИ СИФІЛІСІ*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

КАРДИОТОКОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПЛОДА ПРИ СИФІЛІСІ. Проведено дослідження 60-и кардіотокограм в термінах 37-39 тижнів вагітності: 15-и нелікованих хворих на сифіліс вагітних, 15-и пролікованих жінок та 30 здорових вагітних. КТГ хворих на сифіліс нелікованих та пролікованих вагітних характеризуються достовірним зменшенням базальної частоти серцевих скорочень, монотонністю ритму, пониженою амплітудою миттєвих та повільних осциляцій, зменшенням кількості, амплітуди та тривалості акцелерацій, присутністю слабких спонтанних децелерацій. КТГ при сифілісі свідчить про існування хронічної гіпоксії плода у нелікованих та пролікованих жінок.

КАРДИОТОКОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ СИФИЛИСЕ. Исследовано 60 кардиотокограмм в сроках 37-39 недель беременности: 15-и нелеченных беременных больных ранним скрытым сифилисом, 15-и пролеченных женщин и 30 здоровых беременных. КТГ нелеченных и пролеченных женщин характеризуются достоверным снижением базальной частоты сердечных сокращений, монотонностью ритма, пониженной амплитудой мгновенных и медленных осцилляций, уменьшением количества, амплитуды и длительности акцелераций, присутствием спонтанных децелераций. КТГ при сифилисе свидетельствуют о хронической гипоксии плода у нелеченных и пролеченных беременных.

CARDIOTOCOGRAPHIC PECULIARITIES OF FETUS STATE IN SYPHILIS. Abstract. CTG recordings of 60 pregnant with syphilis (15 untreated and 15 treated) in 37-39 weeks compared to the CTG recordings of 30 healthy pregnant in this term. CTGs of untreated and treated pregnant are characterized by factual decrease of basal frequency heart contractions, monotonic rhythm, decreased amplitude of impact and slow oscillations, decrease of quantity, amplitude and length of acceleration, and presence of spontaneous decelerations. CTGs in syphilis testifies to the chronic fetus hypoxia in untreated and treated women.

Ключові слова: вагітні, сифіліс, кардіотокографія.

Ключевые слова: беременные, сифилис, кардиотокография.

Keywords: the pregnant, syphilis, cardiotocography.

ВСТУП. Перебіг вагітності при сифілісі характеризується розвитком акушерських та перинатальних ускладнень. Специфічне та профілактичне лікування вагітних переважно унеможливають розвиток внутрішньоутробної загибелі плода та конгенітального сифілісу. Показники перинатальної смертності пролікованих жінок відповідають загальному популяційним даним [1]. Але доношування вагітності, розвиток органів та систем плода відбуваються на фоні існуючих порушень в організмі вагітної (гіпохромної анемії, кишкового та піхвового дизбіозу) та дисфункції плаценти, обумовленої запальними та постзапальними змінами в ній [1,2,3]. Постнатальний розвиток організму дитини напряму залежить від особливостей попереднього внутрішньоутробного розвитку. Діти від матерів з сифілітичною інфекцією впродовж перших трьох років життя відстають в фізичному та нервово-психічному розвитку, мають підвищений рівень захворюваності на ГРВІ, залізодефіцитну анемію, алергічні та гнійно-запальні захворювання та енцефалопатію [3,4,5,6].

Профілактика перинатальних та постнатальних ускладнень при сифілісі лежить в напрямі корекції порушень стану плода та унормування функцій його організму. Кардіотокографія (КТГ) є одним з найважливіших методів визначення стану плода на основі оцінки його серцевої діяльності. Формування кардіотонічного рефлексу плода завершується в 30 тижнів вагітності. КТГ - профіль плода є відображенням стану його центральної нервової системи та вегетативних функцій, які напряму пов'язані з насиченням крові

киснем та активністю аеробних процесів. Тому вивчення КТГ-особливостей при сифілісі є важливим для обрання методу лікування вагітних.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Матеріалом дослідження були 60 кардіотокограм (упродовж 20 хвилин запису): 15-и нелікованих хворих на сифіліс вагітних, які в послідовному народили живих доношених дітей, 15-и пролікованих жінок та 30 здорових вагітних в тих самих термінах 37-39 тижнів вагітності. Вагітні обстежувалися та народжували в 2007-2011 роках у Львівському обласному клінічному перинатальному центрі. Методами дослідження були статистичні методи за допомогою комп'ютерної програми «Статистика».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У 2007-2011 роках у ЛОКПЦ спостерігалось 50 випадків сифілісу у вагітних. У 98,0±2,0 % хворих був ранній прихований сифіліс, у 2,0±2,0 % вторинний рецидивний сифіліс. Серед 30-и представлених в даному дослідженні випадків спостерігався тільки ранній прихований сифіліс. В 3,333±3,33 % випадків діагностовано центральне передлежання плаценти. Головне передлежання плода було у 30-и жінок. Також в 3,333±3,33 % випадків народилася дитина з оцінкою 6/7 балів по Апгар. Кардіотокограми хворих на сифіліс та здорових вагітних мали суттєві відмінності. Показники результатів КТГ-обстеження вагітних представлені в таблиці 1.

Показники КТГ хворих на сифіліс вагітних характеризувалися достовірно меншою базальною частотою серцевих скорочень, які складали відповідно у

Таблиця 1. Показники КТГ-обстеження вагітних з сифілісом (абс.ч., %)

Показник	Неліковані вагітні	Проліковані вагітні	Здорові вагітні
Базальна частота серцевих скорочень уд./хв.	123,34±3,42*	125,31±2,18*	145,53±2,12
Амплітуда миттєвих осциляцій уд./хв.	3,34±0,25*	4,01±0,78*	8,45±0,54
Амплітуда повільних осциляцій уд./хв.	6,13±0,26*	8,78±0,71*,**	15,33±1,67
Частота повільних осциляцій осц./хв.	1,8±0,2*	2,2±0,17*	5,13±0,14
Частота виявлення монотонності ритму (%)	86,67±9,09*	60,0±13,1*	16,67±6,92
Тривалість ділянок монотонності ритму (%)	78,15±9,48*	53,33±13,3*	23,33±7,85
Частота виявлення акцелерацій (%)	26,67±11,8*	93,33±6,67**	100±0,0
Кількість акцелерацій	1,07±0,15*	2,4±0,23*,**	4,7±0,23
Амплітуда акцелерацій уд./хв.	16,21±0,78*	18,33±2,13*	29,5±1,29
Тривалість акцелерацій сек	17,34±0,55*	18,76±0,88*	34,3±3,5
Частота виявлення децелерацій (%)	93,33±6,67*	73,33±11,8*	13,33±6,31
Кількість децелерацій	1,53±0,16*	1,27±0,12*	0,43±0,10
Характер децелерацій	Спонтанні, пізні, слабкі, середні	Спонтанні, ранні, слабкі	Спонтанні, ранні, слабкі

*- статистично достовірна відмінність з показниками контрольної групи.

** - статистично достовірна відмінність з показниками у нелікованих жінок.

нелікованих жінок 123,34±3,42 уд. (P<0,001), у пролікованих - 125,31±2,18 уд. (P<0,001), у здорових вагітних - 145,53±2,12 уд. Монотонність ритму плода виявлена у 86,67±9,09 % нелікованих вагітних (P<0,001), в 55,38±6,72 % пролікованих жінок (P<0,01) та у 16,67±6,92 % здорових вагітних. Більш тривалішими були періоди монотонності ритму, які у нелікованих вагітних складала 78,15±9,48 % (P<0,001) часу запису, у пролікованих - 55,38±6,72 % (P<0,001), тоді як у здорових вагітних тривалість монотонності ритму серця плода складала 23,31±3,33 %. Частота повільних осциляцій була меншою в обох групах вагітних з сифілісом (P<0,001). Достовірно нижчою була амплітуда миттєвих та повільних осциляцій - у нелікованих вагітних відповідно 3,34±0,25 уд. та 6,13±0,26 уд., у пролікованих жінок - 4,01±0,78 уд. та 8,78±0,71 уд., у здорових вагітних відповідно - 8,45±0,54 уд. та 15,33±1,67 уд. Частота виявлення акцелерацій у нелікованих жінок складала - 26,67±11,8 % (P<0,001), у пролікованих - 93,33±6,67 % (P<0,001), у здорових вагітних - 100,0±0,0 %. Кількість акцелерацій у нелікованих жінок складала 1,07±0,15 (P<0,001), у пролікованих вагітних - 2,4±0,23 (P<0,001), у здорових вагітних - 4,7±0,23. У хворих на сифіліс вагітних виявлена нижча середня амплітуда акцелерацій, яка складала у нелікованих жінок - 16,21±0,78 уд. (P<0,001), у пролікованих - 17,33±2,13 уд. (P<0,001), у здорових вагітних - 29,5±1,29 уд. Середня тривалість акцелерацій складала 17,34±0,55 сек (P<0,001) у нелікованих жінок, 18,76±0,88 сек (P<0,001) у пролікованих вагітних та

34,3±3,5 сек у здорових жінок. КТГ хворих на сифіліс вагітних характеризуються наявністю спонтанних слабких децелерацій, які спостерігалися у 93,33±6,67 % (P<0,001) нелікованих жінок, у 73,33±11,8 % (P<0,001) пролікованих вагітних, та у 13,33±6,31 % здорових вагітних.

Виявлені відмінності КТГ хворих на сифіліс нелікованих та пролікованих вагітних від норми свідчать про існування порушень гомеостазу в організмі плода. Регуляція серцевого ритму плода є комплексною на основі взаємодії хеморецепторів та барорецепторів у сіноатріальному та атріовентрикулярному вузлах, дії катехоламінів, вазопресину та альдостерону судинного русла, впливів симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи та кардіорегуляторного центру головного мозку, функції яких напряму залежать від рівня оксигенації організму [7].

ВИСНОВОК. КТГ хворих на сифіліс вагітних характеризуються достовірним зменшенням базальної частоти серцевих скорочень, монотонністю ритму, пониженою амплітудою та низькою частотою миттєвих осциляцій, зменшенням кількості, амплітуди та тривалості акцелерацій, присутністю слабких спонтанних децелерацій. КТГ при сифілісі свідчить про існування хронічної гіпоксії плода у нелікованих та пролікованих жінок.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Перспективами подальших досліджень є визначення ефективності лікування тивортином, глутаргіном та енерлівом на стан фетоплацентарної системи та особливості КТГ у хворих на сифіліс вагітних.

ЛІТЕРАТУРА

1. Яремчук Т.П., Сіра О.Т., Роговський Ю.Д. та співавт. Профілактика репродуктивних втрат при сифілісі //Здоровье женщины, 2012. - № 7 (73). - С. 177-179.
2. Ашаніна І.В. Патогенетична терапія хворих на прихований сифіліс з урахуванням стану мікробіоценозу кишечнику, протеолітичної і імунної систем організму. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Київ, 2009. - 19 с.
3. Кострова Е.Б. Состояние фетоплацентарной системы у женщин, перенесших сифилис. Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Смоленск, 2005. - 20 с.
4. Пасічник І.П. Клініко-імунологічні особливості адаптації дітей, які отримали профілактичне лікування сифілісу. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Київ, 2009. - 19 с.
5. Панкратов В.Г. Сифилис у беременных и детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. - Минск, 2007. - 226 с.
6. Орехов К.В. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных. - М.: Медпрактика-М, 2002. - С. 218-230.
7. Parer J. Fetal Circulation. Glob. libr. women's med. 2008, (ISSN: 1756-2228); DOI 10.3843/GL0WM.10194.

Отримано 15.01.14