



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 47214

(13) A

(51) G 06B 8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДУ

1

2

(21) 2001096207

(22) 10 09 2001

(24) 17 06 2002

(46) 17 06 2002, Бюл. № 6, 2002 р.

(72) Астахов Володимир Михайлович, Єгорова  
Марина Олександрівна(73) Астахов Володимир Михайлович, Єгорова  
Марина Олександрівна

(57) Спосіб оцінки стану внутрішньоутробного

плоду, який включає виявлення внутрішньоутробного страждання плоду, який відрізняється тим, що визначають розміри фетальних надниркових залоз шляхом ультразвукового їх дослідження та при зменшенні висоти лівої надниркової залози <1,6 см, правої <1,8 см, ширини лівої надниркової залози <3,5 см, правої <2,7 см, товщини лівої або правої надниркової залози <0,4 см рахують про виражену дезадаптацію систем плоду

Винахід відноситься до медицини, а саме до акушерства, і може бути використаний для оцінки стану внутрішньоутробного плоду

На сучасному етапі досліджень являється відомим спосіб визначення стану фетоплацентарного комплексу на основі результатів ехографічного дослідження з використанням бальної шкали показників (визначення серцевої діяльності плоду, рухової активності і тонусу плоду, фетометричних показників, структури плаценти та об'єму навколоплідних вод), для яких характерні нормальні і патологічні ознаки [1]. Кожний з показників оцінюють від 5 до 0 балів в залежності від міри порушення його стану. При вивченні всіх показників шкали використовують підсумковий індекс. Підсумковий індекс 5 балів свідчить про відсутність ФПН (фетоплацентарної недостатності) і внутрішньоутробне страждання плоду, 4 бали – про наявність компенсованої форми ФПН, 3 бала-субкомпенсованої, 2 бала-декомпенсованої, 1 бал – про наявність критичної форми ФПН. Перераховані в шкалі показники оцінюють протягом не менш 30 хвилин, а також не раніше ніж через 2 години після отримання їх.

Однак, даний спосіб вимагає тривалого дослідження вагітної, що сприяє її стомленню. Пригноблюючи дію на ЦНС (центральної нервової системи) плоду робить прийом вагітною транквілізаторів, снодійних та антигістамінних препаратів, що призводить до недооцінки показників, які вивчаються. Інфузія глюкози і харчова гіпергікемія є стимуляторами ЦНС плоду, які сприяють завищенню оцінки показників та приховують реальну картину страждання плоду.

В основу винаходу поставлена задача створення способу, в якому забезпечується підвищення

точності та об'єктивності інформації про життєдіяльність плоду та його адаптивні можливості.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі оцінки стану внутрішньоутробного плоду, який включає виявлення внутрішньоутробного страждання плоду, згідно з винаходом, визначають розміри фетальних надниркових залоз шляхом ультразвукового їх дослідження та при зменшенні висоти лівої надниркової залози <1,6 см, правої <1,8 см, ширини лівої надниркової залози <3,5 см, правої <2,7 см, товщини лівої або правої надниркової залози <0,4 см рахують про виражену дезадаптацію систем плоду.

Спосіб здійснюють таким чином

Дослідження проводять в умовах жіночої консультації або акушерського стаціонару з 36 тижнів вагітності. Жінка знаходиться в горизонтальному положенні на спині. Заздалегідь мастять поверхню шкіри живота жінки спеціальним звукопровідним гелем або вазеліновим маслом. Ультразвукове дослідження плоду здійснюють в режимі реального часу з використанням датчика частотою 2,5-5 МГц. Найкраще надниркові залози ідентифікують при розташуванні хребта плоду на 12 годинах. Причиною доброї ехографічної візуалізації надниркових залоз плоду вважається відсутність жирової клітковини навколо органу. Вимірюють висоту, ширину, а по можливості і товщину правої і лівої надниркових залоз плоду. При зменшенні висоти лівої надниркової залози <1,6 см, правої <1,8 см, ширини лівої надниркової залози <3,5 см, правої <2,7 см, товщини лівої або правої надниркової залози <0,4 см, згідно з середнестатистичними дани-

(19) UA (11) 47214 (13) A

ми наших досліджень, вважають про тривалий стресовий вплив на плід, який привів до виснаження кори залоз, про внутрішньоутробне страждання плоду, що можна розцінювати як виражену дезадаптацію його систем

Приводимо конкретні приклади

Приклад 1 Історія родів № 258 Вагітна П, 29 років знаходилася на стаціонарному лікуванні в акушерському відділенні з Дз Вагітність І, 36 тижнів, ХФПН (хронічна фетоплацентарна недостатність), ХВГП (хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду) На обліку в жіночій консультації з 12 тижнів вагітності Вагітність тривала на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції в 14-16 тижнів (вагітна не лікувалася), гестаційного пієлонефриту, ХФПН і ХВГП в терміні вагітності 28 тижнів (знаходилася на стаціонарному лікуванні), загрози передчасних родів в 32 тижні гестації З метою визначення стану внутрішньоутробного плоду було проведено сонографічне дослідження фетальних надниркових залоз згідно вищевказаної методики Виявлене зменшення всіх макроморфометричних показників Розміри правої надниркової залози склали висота-1,2см, ширина-1,9см, товщина-0,2см Розміри лівої надниркової залози склали висота-1,1см, ширина-2,4см, товщина-0,2см

У термін вагітності 39 тижнів у вагітної П почалася самостійна регулярна родова діяльність Однак, в зв'язку з гострою внутрішньоутробною гіпоксією плоду, що почалася в 1 періоді родів в ургентному порядку була зроблена операція кесарів розтин Народився живий доношений хлопчик в стані важкої асфіксії з вагою 2550,0 г, на зріст 48см, з оцінкою по шкалі Апгар в 1 хвилину життя 2-3 бала, через 5 хвилин 6-7 балів При народженні були виражені симптоми гіпоксично-ішемічної енцефалопатії, затримки внутрішньоутробного розвитку Новонародженому своєчасно були проведені реанімаційні заходи щодо боротьби з асфіксією з подальшим лікуванням гіпоксичного

стану Протягом 5 днів стан новонародженого залишався важким На 6 день постнатального життя стан дитини погіршився, на 9 день наблизився до задовільного Максимальний фізіологічний спад маси тіла дитини було відмічено на 5 день життя Дитина виписана додому на 12 день під догляд невропатолога та педіатра по місцю проживання

Приклад 2 Історія родів № 269 Вагітна Ц, 20 років Поступила в акушерський стаціонар для розродження з Дз Вагітність І, 39 тижнів Спостерігалася консультацією з 9 тижнів вагітності Вагітність тривала без особливостей

З метою оцінки стану внутрішньоутробного плоду було проведено сонографічне дослідження фетальних надниркових залоз згідно вищевказаної методики Стримані нормальні розміри адреналових залоз Розміри правої надниркової залози склали висота – 2,5см, ширина – 3,4см, товщина – 0,5см Розміри лівої надниркової залози склали висота – 2,1см, ширина- 3,6см, товщина – 0,5см

У 40 тижнів відбулися термінові нормальні роди Народився живий доношений хлопчик з вагою 3850,0г на зріст 52см, з оцінкою по шкалі Апгар 8-9 балів Стан при народженні задовільний Період адаптації тривав задовільно

Даний спосіб експериментально обґрунтований Оцінка стану внутрішньоутробного плоду була проведена 50 вагітним згідно вищевказаної методики на базі жіночої консультації і родильного відділення ЦМКЛ №6 м Донецька Достовірність результату 95%

Даний спосіб не вимагає спеціальної підготовки вагітної, є високоінформативним, неважким, безпечним як для матері, так і для плоду, достовірним

Література

1 Сидорова И С, Макаров И О, Фетоплацентарная недостаточность Клинико-диагностические аспекты – М Знание, 2000 –С 49-52