УУДК 618.3-06:616.33-001.83-07-084-02:618.3/.5-071

ВОРОБЕЙ Л.І.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м.Київ

ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ДИСТРЕСУ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ВТРАТАМИ В АНАМНЕЗІ

Мета дослідження. *Встановити особливості діагностики і профілактики дистресу плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом.* ***Матеріал і методи дослідження.****В дослідженні брали участь 104 жінки з перинатальними втратами в анамнезі та 110 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Для діагностики дистресу плода проводили кардіотокографію, кардіоінтервалографію, ультразвукове дослідження з доплерометрією. З метою профілактики виникнення дистресу плода вагітним з перинатальними втратами в анамнезі був запропонований комплекс, що містить ацетилсаліцилову кислоту, препарат, що містить магній, L-карнітін та комплекний препарат, в склад якого входить Гінкго білоба, Омела біла, Глід.* ***Результати дослідження та їх обговорення.****Проведене дослідження варіабельності серцевого ритму показало переважання тонусу симпатичної ланки вегетативної нервової системи у жінок з обтяженим акушерським анамнезом, а саме з перинатальними втратами в анамнезі. Дистрес плода діагностували достовірно частіше у вагітних з перинатальними втратами в анамнезі, ніж у жінок контрольної групи.У дітей, народжених від жінок з перинатальними втратами в анамнезі достовірно частіше діагностували дизадаптаційні синдроми.* ***Висновки.*** *Запропонований алгоритм діагностики та профілактики дозволив знизити частоту виникнення дистресу плода у жінок з перинатальними втратами в анамнезі в 2,2 рази, збільшити відсоток вчасних пологів через природні пологові шляхи, покращити стан дітей при народженні.*

Ключові слова: *дистрес плода, перинатальні втрати, порушення нейровегетативної регуляції, кардіоінтервалографія.*

В світі щорічно реєструється біля 2,5 млн. випадків мертвонароджуваності, з них 98 % припадає на країни з низьким та середнім рівнем доходів населення. В економічно розвинених країнах показник мертвонароджуваності коливаєтьс яміж 2 та 4 на 1000 народжених дітей [5].

В Україні затверджена Наказом МОЗ України від 29.03.2006 р. Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, згідно якій перинатальним періодом визначається період, який починається з 22 тижня вагітності (154 доби), термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г, і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин).

До перинатальних втрат відносять некурабельну безплідність, невдалі спроби ДРТ, невиношування вагітності, випадки позаматкової вагітності, антенатальну і інтранатальну загибель плода [3].

Відомо, що перинатальні втрати в анамнезі збільшують ризик повторенняускладнень при наступних вагітностях до 10 разів [4],що спонукає до пошуку оптимальних методів діагностики та профілактики акушерських ускладнень.

Згідно наказу МОЗ України № 900 від 27.12.2006 р. усі порушення функціонального стану плода позначають терміном «дистрес плода».

Термін «дистрес плода» поєднує в собі поняття «хронічната гостра гіпоксія плода» та характеризується порушенням функціонального стану плода внаслідок гострого чи повторного обмеження доступу кисню до плода або порушення здатності плода використовувати кисень у клітинному метаболізмі (метаболічний ацидоз) [6].

Дистрес плода під час вагітності і пологів призводить до порушень функціонального дозрівання центральної нервової системи (ЦНС), що відіграє основну координуючу й інтегруючу роль у процесах розвитку інших органів і систем в антенатальному періоді [2].

Вегетативна нервова система (ВНС) забезпечує адекватний рівень адаптаційних процесів у функціональній системі «мати–плацента–плід» під час вагітності і пологів [1].

При цьому методи дослідження, які використовують для діагностики дистресу плода в сучасних

умовах не дозволяють достовірно прогнозувати стан розвитку новонароджених, а профілактичні заходи в антенатальному періоді не завжди забезпечують сприятливий результат вагітності для новонародженого [7].

Існуючи різноманітні діагностичні методи оцінки стану плода не завжди об'єктивно відображають стан плода, виявляються хибно позитивними, що призводить до екстреного пологорозрішення шляхом операції кесарського розтину.

Основні методи діагностики дистресу плода на сучасному етапі включають:

- Аускультацію серцевої діяльності – визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода за 1 хвилину з 20 тиж. вагітності (ЧСС більше ніж 170 за 1 хв. та менше ніж 110 за 1 хв. свідчить про дистрес плода).
- Кардіотокографічне дослідження плода (КТГ) –реєстрація ЧСС плода одночасно зі скоротливою діяльністю матки і рухами плода.
- Біофізичний профіль плода– вивчення стану плода за п'ятьма змінними складовими (значні рухи тулуба плода, дихальні рухи, тонус плода, нестресовий тест, об'єм амніотичної рідини).
- Доплерометрія- дослідження кровотоку в системі мати–плацента–плід, а саме визначення кровоплину у венозній протоці, в артеріях пуповини, середній мозковій артерії та маткових артеріях.
- Амніоскопія– метод дослідження плодового міхура шляхом огляду його в нижній частині за допомогою амніоскопа.
- pH-метрія крові з передлеглої частини плода
- Кардіоінтервалографія (КІГ) - діагностичний метод, який дозволяє оцінити адаптаційні можливостей і функціональний стан ВНС шляхом аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР) [8].
- Основними напрямами профілактики плацентарної дисфункції і дистресу плода є призначення дезагрегантів і спазмолітиків, лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення цієї патології, та поетапне динамічне спостереження за станом плода.
- В зв'язку з вищевикладеним, існує необхідність пошуку нових та вдосконалення існуючих найбільш ефективних методів діагностики та профілактики дистресу плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом (з перинатальними втратами в анамнезі).

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Встановити особливості діагностики і профілактики дистресу плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводили на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології УДІР НМАПО імені П.Л. Шупика.

В дослідженні брали участь жінки, які проходили лікування в акушерському відділенні Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини.

Дистрес плода був встановлений згідно критеріїв наказу МОЗ України № 900 від 27.12.2006р.

Критерії включення в дослідження: вік жінок від 18 до 40, одноплідна вагітність, перинатальні втрати в анамнезі.

До груп дослідження не входили жінки з багатоплідною вагітністю, вагітністю, що настала за допомогою допоміжних репродуктивних технологій та жінки з тяжкою екстрагенітальною патологією.

І група – основна – 104 вагітних з перинатальними втратами в анамнезі. Основна група була розподілена на групу ІА – 52 вагітні з перинатальними втратами в анамнезі, яким було запропоновано комплексну медикаментозну терапію з метою профілактикидистресу плода, та групу ІВ – 52 вагітні з перинатальними втратами в анамнезі, яких спостерігали згідно регламентуючих наказів МОЗ України.

ІІ група – контрольна – 110 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

Всім вагітним проводили кардіоінтервалографію з оцінкою варіабельності серцевого ритму плода за допомогою фетального монітору «Кардіолаб Бебі-Кард» НТЦ «ХАІ-Медика» (Харків, Україна). Прийнята в системі методика аналізу варіабельності серцевого ритму полягає у вимірюванні його параметрів та їх інтерпретації. Проаналізовано наступні показники:

SDNN, мс – середньоквадратичне відхилення

послідовних RR інтервалів, показник сумарного ефекту вегетативної регуляції кровообігу, відображає загальний тонус ВНС;

pNN50 – відсоток кількості пар послідовних кардіоінтервалів, що відрізняються більш ніж на 50 мс, показник співвідношення активності парасимпатичної і симпатичної ланок ВНС;

AMo – амплітуда моди, відображає ступінь впливу симпатичного відділу ВНС;

Mo – мода, характеризує активність гуморального каналу регуляції серцевого ритму;

ВАР, мс – варіаційний розмах, різниця між тривалістю найбільшого і найменшого RR інтервалу аналізованого часового ряду, умовний параметр активності парасимпатичної нервової системи.

ІН – індекс напруги, міра переваги активності центральних механізмів регуляції над автономними за формулою:

ІН = AMo / 2 x ВАР x Mo

VLF – (Very Low Frequency) – метаболо-гуморальний, дуже низькочастотний компонент, пов'язаний з центральною метаболічно-гуморальною регуляцією;

LF – (Low Frequency) – барорецептивний, низькочастотний компонент, який відображає активність підкіркових симпатичних центрів та коливання власного осцилятора у системі регуляції тиску;

HF – (High Frequency) – вагоінсулярний, високочастотний компонент.

Ультразвукове дослідження (УЗД) з доплерометрією проводили на апараті Samsung Master 793DF «RADMIR». Оцінювали аналіз кривих швидкостей кровотоку шляхом дослідження пульсаційного індексу (PI) в маткових артеріях (МА), артеріях пуповини (АП,Umb.A), в середній мозковій артерії плода (MCA, PI) та венозній протоці (DV,PI). Церебро-плацентарне співвідношення (CPR) розраховували як відношення PI в середній мозковій артерії до PI в артерії пуповини.

Стандартне оцінювання функціонального стану плода проводили шляхом кардіотокографії (КТГ) на апараті «Avalon FM20». Оцінювання КТГ проводили за основними параметрами: базальний ритм частоти серцевих скорочень плода (БЧСС), амплітудно-тимчасові характеристики акцелерацій і децелерацій, варіабельність. Параметри оцінювали за шкалою Фішера (W. Fisher, 1976):

– 8–10 балів – задовільна реактивність серцевої діяльності плода;

– 5–7 балів – ознаки порушення реактивності серцево-судинної системи (ССС) плода.

– 4 бали і менше – виражені ознаки порушення реактивності ССС плода.

З метою профілактики виникнення дистресу плода вагітним ІА групи з 12 до 36 тиж. гестації був запропонований комплекс, що містить ацетилсаліцилову кислоту по 150 мг на добу, препарат, що містить магній, та L-карнітін.

Отримані результати оброблені за допомогою стандартних методів варіаційної статистики. Достовірність відмінностей обчислювали за критерієм Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведене дослідження варіабельності серцевого ритму при постановці на облік з приводу вагітності показало переважання тонусу симпатичної ланки вегетативної нервової системи у жінок з обтяженим акушерським анамнезом, а саме з перинатальними втратами в анамнезі, в порівнянні з жінками з фізіологічним перебігом вагітності без перинатальних втрат в анамнезі (таблиця 1).

Таблиця 1

Показники варіабельності серцевого ритму вагітних досліджуваних груп

Показники варіабельності серцевого ритму	Група ІА, n=52	Група ІВ, n=52	Контрольна група, n=110
SDNN, мс	19,1±2,65*	19,6±2,72*	33,4±3,18
pNN50, %	3,7±0,51*	3,3±0,46*	11,7±1,1
AMo,%	36,4±5,05*	36,9±5,1*	21,5±2,05
Mo, мс	0,7±0,1	0,71±0,1	0,81±0,08
ВАР, мс	0,12±0,02*	0,16±0,02*	0,32±0,03
ІН	130±18,03*	162,4±22,5*	41,5±3,96

Примітка. * - статистично значима відмінність відносно контрольної групи ($p<0,05$)

У III триместрі вагітності (32-34 тиж.) проводили оцінку варіабельності серцевого ритму у плодів вагітних досліджуваних груп.

У плодів жінок в групі IB за допомогою кардіоінтервалографії виявлено десинхронізацію нейрогуморальних механізмів регуляції з вираженою симпатикотонією на тлі зниження адаптаційного потенціалу та метаболічно-гуморальних впливів на серцево-судинну систему (таблиця 2). Наразі у вагітних групи IA, які отримували запропонований профілактичний медикаментозний комплекс, показники варіабельності серцевого ритму плодів були наближені до показників вагітних контрольної групи.

Таблиця 2

Показники варіабельності серцевого ритму у плодів

Показники варіабельності серцевого ритму	Група IA, n=52	Група IB, n=52	Контрольна група, n=110
SDNN, мс	28,3±3,92	18,7±2,59*#	37,7±3,59
RMSSD, мс	21,1±2,93	13,9±1,93*#	22,9±2, 18
pNN50, %	7,9±1,1	3,7±0,5*#	9,4±0,9
AMo, %	31,6±4,38	52,4±7,3*#	36,1±3,4
Mo, мс	0,38±0,05	0,27±0,04	0,42±0,04
VLF, мс^2	1132,2±157*	675,4±93,7*#	1581,5±150,79
LF, мс^2	172,4±23,9	271,2±37,6*#	183,5±17,5
HF, мс^2	27,6±3,8	39,1±5,4#	30,3±2,89

Примітки. * - статистично значима відмінність відносно контрольної групи ($p<0,05$);
#- статистично значима відмінність відносно групи IA ($p<0,05$)

При оцінці КТГ у плодів досліджуваних груп отримали наступні дані. Задовільну реактивність серцевої діяльності плода(8–10 балів) було виявлено у29 (55,7%) випадках у жінок IA групи дослідження, у 19 (36,5%) вагітних IB групи, та у 81 (73,6%) вагітних контрольної групи.

Оцінка 5–7 балів, що відображає ознаки порушення реактивності ССС плода, були визначені у 18 (34,6%) пацієнток IA групи проти 28 (53,8%) жінок IB групи та 25 (22,7%) вагітних з фізіологічним перебігом вагітності ($p<0,05$).

Дистрес плода у пацієнток групи IA діагностовано в 5 випадках, що склало (9,6%), в групі IB – 11 (21%)випадків, в контрольній групі – 4 (3,6%) випадки ($p<0,05$) (рис. 1).

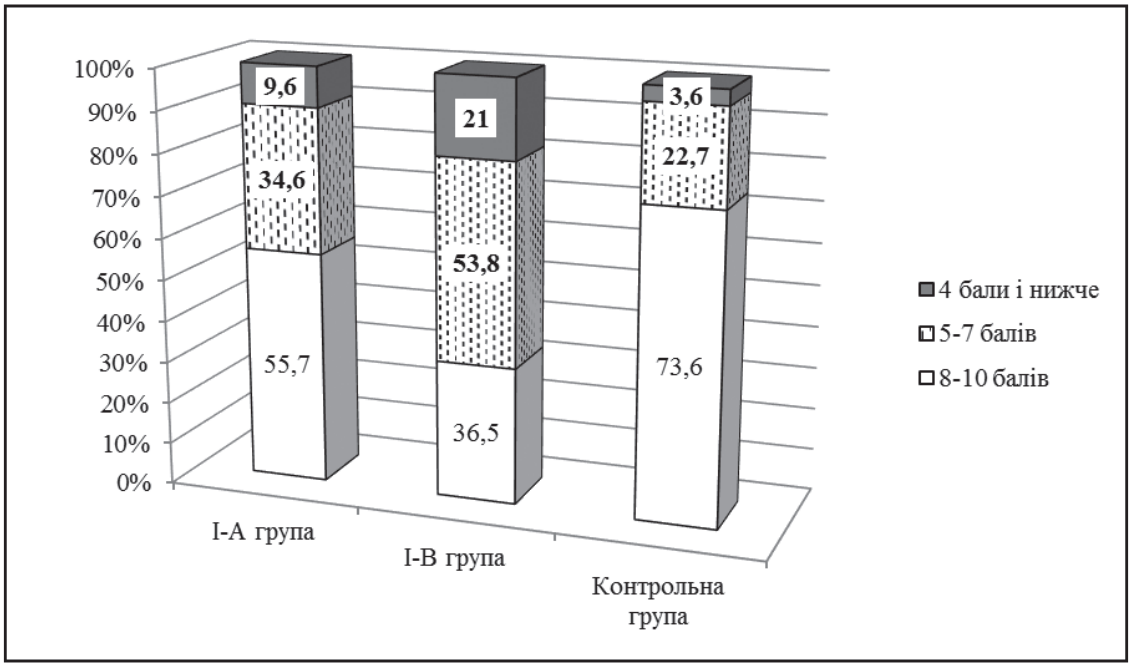

Рисунок 1 Оцінка функціонального стану плода за допомогою КТГ

При проведенні ультразвукового дослідження з доплерометрією в показниках кровотоку ІВ групи встановлено статистично значиме підвищення показників PI в артеріях пуповини до 1,51±0,2 (табл. 3), що у 1,3 рази перевищує аналогічні показники у групі контролю (p<0,05). Гемодинамічні порушення супроводжувалися зниженням показників PI в середній мозковій артерії плода у вагітних ІВ групи 1,36±0,19 (p<0,05). Зміни показника CPR у плодів ІВ групи до 0,9±0,12 вказували на ознаки централізації кровообігу плода (p<0,05), що супроводжувалося підвищенням значень PI DV відповідно до 0,78±0,11(p<0,05).

Таблиця 3

Показники доплерометрії вагітних досліджуваних груп

Показники кровотоку	Група ІА, n=52	Група ІВ, n=52	**Контрольна група, n=110**	**Норма (36тиж.)**
Umb.A, PI	1,29±0,18	1,51±0,2*	1,16±0,11	Не вище 1.42
MCA, PI	1,62±0,2	1,36±0,19	1,52±0,15	Не нижче 1.40
CPR	1,26±0,17	0,9±0,12*	1,4±0,13	Не нижче 1.25
DV,PI	0,67±0,09	0,78±0,11	0,64±0,06	Не вище 0,72

Примітки. * - статистично значима відмінність відносно контрольної групи (p<0,05);
- статистично значима відмінність відносно групи ІВ (p<0,05)

У 38 (73,1%) вагітних ІА групи пологи відбулись через природні пологові шляхи, у 14 (26,9%) шляхом операції кесарського розтину, із них у 5 (35,7%) показом до операції став дистрес плода. У пацієнток ІВ групи пологи через природні пологові шляхи відбулись у 34 (65,4%), шляхом операції кесарева розтину – 18 (34,6%),ургентний кесарський розтин з приводу дистресу плода відбувся у 12 вагітних (66,7%). В контрольній групі пологи через природні пологові шляхи відбулись у 81 (73,6%), кесарський розтин у 29 (26,4%), з приводу дистресу плода у 7 (24,1%) вагітних.

Середній термін пологів у вагітних ІА групи склав 37,5±0,5 тижнів, у вагітних ІВ групи 37,1±0,6тижнів, у вагітних контрольної групи 39,6±0,7 тижнів,що більше, ніж в групах ІА, ІВ (p<0,05).

У пацієнток І групи народилося 104 немовлят та 110 - у пацієнток контрольної групи.

У жінок ІА групи 41(78,8%) новонароджених народились в задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 8-10 балів (табл.4), у жінок ІВ групи 8-10 балів за шкалою Апгар отримали 24(46,2%) новонароджених, в контрольній групі – 98 (89,1%) дітей. Оцінку 6-7 балів отримали 7 (13,5%) новонароджених ІА групи, 19 (36,5%) - ІВ групи та 9 (8,2%) в групі контролю. 5 балів і нижче за шкалою Апгар отримали 4 (7,7%) новонароджених ІА групи, 9 (17,3%) новонароджених ІВ групи та 3 (2,7%) новонароджених контрольної групи(p<0,05).

Таблиця 4

Оцінка стану новонароджених досліджуваних груп за шкалою Апгар

Бали	Група ІА n=52	Група ІВ n=52	Контрольна група, n=110
8-10	41(78,8%)	24(46,2%)	98 (89,1%)
6-7	7(13,5%)	19(36,5%)	9 (8,2%)
5 і нижче	4 (7,7%)	9 (17,3%)	3 (2,7%)

Примітки. * - статистично значима відмінність відносно контрольної групи (p<0,05);
- статистично значима відмінність відносно групи ІВ (p<0,05)

Крім того, у дітей від жінок з перинатальними втратами в анамнезі достовірно частіше діагностували дизадаптаційні синдроми, а саме гастроінтестинальний синдром, який виявлений у 21(20,2%) новонароджених ІА групи, у 36 (34,6%) новонароджених ІВ групи проти 18 (16,4%) дітей контрольної групи та неврологічні розлади у вигляді підвищеної нервово-рефлекторної збудливості у 38 (36,5%) новонароджених ІА групи, у 51 (49,5%) новонароджених ІВ групи проти 36 (32,7%) новонароджених контрольної групи.

ВИСНОВКИ

У жінок з перинатальними втратами в анамне-

зі вагітність перебігає на тлі переважання тонусу симпатичної ланки вегетативної нервової системи.

На доклінічному етапі погіршення стану плода може бути діагностовано методом кардіоінтервалографії.

У плодів вагітних з перинатальними втратами в анамнезі, які не отримували запропонований комплекс для профілактики дистресу плода, за допомогою кардіоінтервалографії виявлено десинхронізацію нейрогуморальних механізмів регуляції з вираженою симпатикотонією на тлі зниження адаптаційного потенціалу та метаболічно-гуморальних впливів на серцево-судинну систему.

Поєднання кардіоінтервалографії, КТГ та УЗД з використанням доплерометрії може слугувати ефективним методом моніторингу стану плода.

Запропонований алгоритм діагностики та профілактики дозволив знизити частоту виникнення дистресу плода з 21% до 9,6%, збільшити відсоток вчасних пологів через природні пологові шляхи (до 73,1% проти 65,4%), покращити стан дітей при народженні.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Абзалова Н.А., Игитова М.Б., Трубников П.Н. Оценка адаптационных возможностей доношенного плода на основе кардиоинтервалографии // Сибирский медицинский журнал. –Томск, 2007. – № 2–Т. 22.
2. Авраменко Н.В., Кабаченко О.В., Барковський Д.Є., Михайленко М.О., Шкроботько Н.В. Фактори ризику народження дітей із дистресом / Запорожский медицинский журнал. - №2 (83). – 2014. - С.62-63
3. Жук С.І., Щуревська О.Д., Шляхтіна А.О.Психологічні аспекти роботи акушера-гінеколога у випадку перинатальних втрат (Клінічна лекція) // Здоровье женщины. - №1 (117). – 2017. - С.11-14.
4. Коротова С.В. и др. Современный взгляд на проблему антенатальной гибели плода //Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2014. –Т. 130, № 7.
5. Пасієшвілі Н.М. Аналіз перинатальної захворюваності та смертності в умовах перинатального центру та шляхи її зниження // ScientificJournal «ScienceRise».- No1/3(18). -2016. – С.37-43
6. Романенко Т.Г., Мельничук І.П. Дистрес-синдром плода під час вагітності та пологів (клінічна лекція) / Здоровье женщины. - №9 (95), 2014, С.14-20
7. Ходжаева З.С., Байбарина Е.Н., Шатирян Л.А., Шубина Т.И. Оптимизация акушерской тактики при хроническом дистрессе плода у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе / Медицинский вестник – 2015 – С.3-13.
8. Щербина М.О. Плацентарна дисфункція. Дистрес-синдром плода. Затримка внутрішньоутробного розвитку плода: метод. вказ. для самост. Роботи студентів / І. М. Щербина, О. В. Ткачова. – Харків : ХНМУ, 2015. – 20 с.

REFERENCES

1. Abzalova NA, Igitova MB, Trubnikov PN. Assessment of adaptive capabilities of a full-term fetus based on cardiointervalography. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. 2007;2(22). (In Russian).
2. Avramenko NV, Kabachenko OV, Barkovskiy DЄ, Mikhailenko MO, Shkrobotko NV. Risk factors for the birth of children with distress. Zaporozhye medical journal. 2014;2(83):62-63. (In Ukrainian).
3. Zhuk SI, Schurevska OD, Shlyakhtina AO. Psychological aspects of work of obstetrician-gynecologist in case of perinatal losses (Clinical lecture). Zdorov'ye zhenshchiny. 2017;1(117):11-14. (In Ukrainian).
4. Korotova S.V. andetc. A modern view of the problem of antenatal fetal death.Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. 2014;7(130). (In Russian).
5. Pasieshvili NM. Analysis of perinatal morbidity and mortality in the conditions of the perinatal center and ways to reduce it. ScientificJournal «ScienceRise». 2016; 1/3(18):37-43. (In Ukrainian).
6. Romanenko TG, Melnychuk IP. Fetal distress syndrome during pregnancy and childbirth (clinical lecture). Zdorov'ye zhenshchiny. 2014;9(95):14-20. (In Ukrainian).
7. Khodzhayeva Z.S., BaybarinaYe.N., Shatiryan L.A., Shubina T.I. Optimization of obstetric tactics in chronic fetal distress in women with a habitual history of miscarriage. Meditsinskiy vestnik. 2015:3-13.(In Russian).
8. Shcherbyna M.O. Placental dysfunction. Fetal distress syndrome. Delayed fetal development: a method. decree. for self. Students work. 2015:1-20.(In Ukrainian).

РЕЗЮМЕ

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКИ ДИСТРЕССА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

ВОРОБЕЙ Л.И.

Цель исследования. Установить особенности диагностики и профилактики дистресса плода у беременных с отягощенным акушерским анамнезом. **Материал и методы исследования.** В исследовании принимали участие 104 женщины с перинатальными потерями в анамнезе и 110 женщин с физиологическим течением беременности. Для диагностики дистресса плода проводили кардиотокографию, кардиоинтервалографию, ультразвуковое исследование с допплерометрией. С целью профилактики возникновения дистресса плода беременным с перинатальными потерями в анамнезе был предложен комплекс, содержащий ацетилсалициловую кислоту, препарат, содержащий магний, и L-карнитин и комплексный препарат, в состав которого входит Гинкго билоба, Омела белая и боярышник. **Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенное исследование вариабельности сердечного ритма показало преобладание тонуса симпатического звена вегетативной нервной системы у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, а именно с перинатальными потерями в анамнезе. Дистресс плода диагностировали достоверно чаще у беременных с перинатальными потерями в анамнезе, чем у женщин контрольной группы. У детей, рожденных от женщин с перинатальными потерями в анамнезе, достоверно чаще диагностировали дезадаптационные синдромы. **Выводы.** Предложенный алгоритм диагностики и профилактики позволил снизить частоту возникновения дистресса плода у женщин с перинатальными потерями в анамнезе в 2,2 раза, увеличить процент своевременных родов через естественные родовые пути, улучшить состояние детей при рождении.

Ключевые слова: дистресс плода, перинатальные

потери, нарушение нейровегетативной регуляции, кардиоинтервалография.

SUMMARY

FETAL DISTRESS DIAGNOSTICS AND PREVENTION IN WOMEN WITH PERINATAL LOSSES IN HISTORY

VOROBEY L.I.

Purpose of the study. To establish the features of diagnostics and prevention of fetal distress in pregnant women with complicated obstetric history. **Material and methods.** The study involved 104 women with a history of perinatal losses and 110 women with a physiological pregnancy. The cardiotocography, cardiointervalography and ultrasound with dopplerometry were performed to diagnose the fetal distress. A complex containing Acetylsalicylic acid, Magnesium, L-carnitine, Ginkgo biloba, Omela white and Hawthorn was proposed in order to prevent the occurrence of fetal distress in pregnant women with perinatal losses in history. **Results and discussion.** A study of heart rate variability showed a predominance of the sympathetic tone in women with complicated obstetric history, namely with a perinatal losses in history. Fetal distress was diagnosed significantly more often in pregnant women with a history of perinatal losses than in women of the control group. The disadaptation syndromes were significantly more often diagnosed in newborns from women with a history of perinatal losses. **Conclusions.** The proposed diagnostic and prophylaxis algorithm allowed to reduce the incidence of fetal distress in women with a history of perinatal losses by 2.2 times, to increase the percentage of timely physiological deliveries and to improve the newborn's condition after birth.

Keywords: fetal distress, perinatal losses, disorders of autonomic regulation, cardiointervalography.