



ДЪЛЖИНА НА БЕДРЕНАТА КОСТ ПРИ ПЛОДОВЕ С НОРМАЛЕН И АБНОРМЕН КАРИОТИП ВЪВ ВТОРИ ТРИМЕСТЪР НА БРЕМЕННОСТТА

В. Димитрова, Т. Чернев, В. Мазнейкова,
Е. Симеонов, П. Матеев

SECOND TRIMESTER FEMUR LENGTH IN FETUSES WITH NORMAL AND ABNORMAL KARYOTYPE

V. Dimitrova, T. Chernev, V. Mazneikova,
E. Simeonov, P. Mateev

РЕЗЮМЕ

Цел

Да се установи оптимален критерий за "къс фемур" от гледна точка на скрининг за синдром на Даун (СД) и други хромозомни аномалии (ХЗА) у плода във втори триместър на бременността. Изследвани бяха проспективно 945 плода между 15 и 21 г.с. – 927 с нормален и 18 с абнормен каротиоп (от тях 13 - със СД). Биометрията включваше бипариетален диаметър [БПД] и дължина на фемура [ДФ]. Гестационната възраст [г.в.] беше определяна въз основа на БПД. Бяха изследвани два критерия за "къс фемур": 1). Отношение БПД/ДФ над 1,2 от медианата за г.в. Последната беше изчислена въз основа на биометрични данни за нормалните плодове; 2). ДФ под 10-ти персантил за г.в. за нашата популация.

Резултати

Къс фемур беше установен при общо 5 от 18 плода с ХЗА – както при критерий БПД/ДФ над 1,2 от медианата за г.в., така и при критерий ДФ под 10-ти персантил за г.в. (чувствителност 27,8%). Чувствителността за СД и при двата критерия беше ниска – 7,7%, а за останалите ХЗА - висока - 80%. Фалшиво положителните резултати при използването на критерия "БПД/ДФ" бяха 3,5% срещу 6% за критерия "ДФ под 10-ти персантил".

Изводи

Двата изследвани критерия за "къс фемур" имат една и съща чувствителност за СД и други ХЗА плода, но критерият БПД/ДФ е с по-висока специфичност и по-нисък процент фалшиво положителни резултати.

ABSTRACT

Aim

To establish optimal standard for "short femur" regarding second trimester Down syndrome screening.

Study design

945 second trimester fetuses (18 of them with abnormal karyotype, including with 13 Down syndrome) were studied prospectively. BPD and femur length [FL] were measured. Gestational age [g.a.] was based on BPD measurements. Two different standards for FL were assessed from point of view of sensitivity, false positive rate and specificity of down syndrome screening: 1) bpd/fl above 1,2 mom for the corresponding g. A. (Median values were derived from normal fetuses data); 2) fl below the 10th

centile for the corresponding g.a. For our population.

Results

Both standards demonstrated the same overall sensitivity for chromosomal defects (27,8%), for down syndrome (very low - 7,7%) and for other chromosome abnormalities (high - 80%). However specificity was higher and false-positive rate - lower when bpd/fl above 1,2 mom was applied as a standard compared to fl below the 10th centile for g.a..

Conclusions

Both standards studied have the same sensitivity for Down syndrome and other chromosome abnormalities, but with BPD/FL above 1,2 MoM specificity is higher and false positive rate lower.

ПРОФИЛАКТИКА НА ПОСТАБОРТЕН ЕНДОМЕТРИТ С ПРЕПАРАТА CEDAX

В. Мазнейкова, Ст. Иванов, Д. Марков

ДУБ „Майчин дом“, медицински директор доц. Н. Доганов
Ръководител катедра АГ доц. А. Димитров

Резюме: Авторите проучват възможностите за антибиотична профилактика по отношение на развитието на постабортен ендометрит при рискови пациенти с препарата Cedax.

Ключови думи: Cedax, профилактика, постабортен ендометрит

PROPHYLACTICS OF THE POSTABORTION ENDOMETRITIS WITH CEDAX

V. Mazneikova, St. Ivanov, D. Markov

Summary: The authors investigate the possibilities for antibiotic prophylactics of postabortion endometritis with the drug Cedax in high risk patients.

Key words: Cedax, prophylactics, postabortion endometritis

Съвременната антибиотичната профилактика на инфекциозните усложнения в акушеро-гинекологичната практика в световен мащаб показва две основни тенденции – рутинна профилактика на всички пациентки и селективна профилактика само на рискови пациентки. На пазара съществува голямо разнообразие от различни антибиотици за перорално и парентерално приложение. Отговорът на въпросите за това на кого, с какъв антибиотик, в каква дозировка и за какъв период от време да се прилага антибиотична профилактика не винаги е еднозначен.

Цел на настоящото проучване е да се оцени ефективността на антибиотичната профилактика с препарата Cedax за развитието на постабортен ендометрит при високо рискови пациенти.

Генеричното наименование на антибиотика Cedax е Ceftibuten. Това представлява трето поколение полусинтетичен цефалоспорин за орален прием. Препаратът проявява бактерицидното си действие чрез инхибиране синтеза на бактериалната клетъчната мембрана. Cedax е устойчив към действието на бета-лактамазата, което обуславя и високата му ефективност по отношение на *E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.* и др. След орален прием Cedax показва около 90% абсорбция. Максимална плазмена концентрация се постига от 2 до 3 часа след това. Cedax се свързва слабо (62-64%) с плазмените белтъци и не се метаболизира в черния дроб. Плазменият му полуживот е 2-4 часа (средно – 2.5 часа). Cedax прониква бързо в тъканите и телесните течности. При опитни животни (плъхове/кучета) препаратът не показва мутагенен или тератогенен ефект и не дава отражения върху фертилитета. Не се откриват следи от Cedax в млякото на кърмачки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е осъществено във Втора клиника по патология на бременността, ДУБ „Майчин дом“ за период от 6 месеца. Изследвани са общо 20 пациентки на възраст между 18 и 38 години. Всички жени са обработени по протокола за новоприети пациенти в клиниката включващ подробна анамнеза, гинекологичен преглед, ултразвуково изследване, стандартни параклинични показатели, урокултура. В 17 слу-

чая Cedax се използва профилактично след *abrasio residuorum* (missed abortion – 5, blighted ovum – 5, abortus incompletes – 7) и в 3 случая след RICU. При пациентките бяха наблюдавани следните рискови фактори: Diabetes mellitus – 5, безсимтомна бактериурия – 10, затлъстяване – 4, вроден сърдечен порок – 1. В десетте случая с безсимтомна бактериурия бяха изолирани следните бактериални видове: *Esh. coli* – 7, *Klebsiella spp* – 2, *Enterobacter spp.* – 1. Всяка една пациентка бе третирана перорално с 1 капсула от 400 mg Cedax в продължение на 5 дни.

Контролът по отношение развитието на ендометрит се осъществи между 5 и 7-ми ден след кюретажа. Той се прояви в два основни аспекта – клиничен (субективни оплаквания, фебрилитет, болки ниско в корема, генитален секрет с неприятна миризма) и параклиничен (ултразвуково изследване на матката и яйчниците, съчетатано с лабораторен контрол на Leu и PYE).

РЕЗУЛТАТИ

При нито една пациентка не се разви постабортен ендометрит. Не бяха наблюдавани странични ефекти в резултат от лечението (гадене, диария, главоболие, повръщане и др.).

В заключение може да се посочи, че препаратът Cedax представлява една разумна алтернатива за профилактика на постабортен ендометрит при рискови пациентки и разширява избора на акушера по отношение на антибиотичите използвани у нас.

КНИГОПИС

1. Кирчев Б., Власова Д. Нашият опит от приложение на Cedax (Ceftibuten) при лечението на урогениталните инфекции.

2. Doko F. Clinical studies of ceftibuten in the field of obstetrics and gynecology *Jpn J Antibiot* 1990; Jan, 43 (1): 111-5

3. Hashimoto H, Yamaguchi S, Yachiku S. Clinical studies of ceftibuten in the field of urology. *Jpn J Antibiot* 1990; Feb, 43 (2):355-61

4. Suzuki K, Nagata Y, Horiba M. Clinical studies of ceftibuten in the urinary field infection *Jpn J Antibiot* 1990. Nov. 43 (11):2003-10

СИНДРОМ НА SALDINO – NOONAN: АНТЕНАТАЛНА УЛТРАЗВУКОВА ДИАГНОЗА В ДВЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ БРЕМЕННОСТИ НА ЕДНО СЕМЕЙСТВОВ. Мазнейкова*¹, Хр. Мазнейков*²¹ Държавна университетска болница "Майчин дом", София, България² Държавна университетска болница по ортопедия – Горна баня, София, България**SALDINO-NOONAN SYNDROME: ANTENATAL ULTRASOUND DIAGNOSIS IN TWO CONSECUTIVE PREGNANCIES IN ONE FAMILY**V. Mazneikova*¹, Chr. Mazneikov*²¹ State University Hospital of Obstetrics and Gynecology "Maichin dom", Sofia, Bulgaria² Gorna Bania University Hospital of Orthopaedics and Traumatology, Sofia, Bulgaria**РЕЗЮМЕ**

Представен е случай на жена от турски произход, при която плодовете са засегнати от синдрома на Saldino – Noonan в две последователни бременности. И в двата случая диагнозата е поставена ехографски в антенаталния период. В първият случай плодът е мъртъв и при ултразвуковото изследване се установяват екстремно къси бедрени кости, дилатирани чревни бримки, хидроторакс и полихидрамнион. Диагнозата - синдром на Saldino – Noonan се потвърждава след прекъсването на бременността в осми лунарен месец. Във вторият случай диагнозата е поставена много рано - в 15+ 4 г.с. Ултразвукът намира следната: къси и дебели бедрени кости, тесен гръден кош, почти пълна липса на движения на крайниците. Диагнозата се потвърждава от детайлното рентгеново изследване на скелета на плода след прекъсване на бременността.

Представен е обзор на отделните типове на синдромите къси ребра – полидактилия. Подчертава се значението на пренаталната ултразвукова диагноза на леталните скелетни аномалии по отношение на генетичното консултиране на семейството. Предложен е протокол на изследване на плодове, съмнителни за аномалии на костната система както в антенаталния период.

КЛЮЧОВИ ДУМИ

антенатална диагноза, синдром на Saldino – Noonan, ултразвук

ВЪВЕДЕНИЕ

Синдромите къси ребра-полидактилия представляват група от летални състояния на плода, ха-

ABSTRACT

This report describes two consecutive pregnancies in a Turkish woman that were complicated by the autosomal recessive Saldino-Noonan syndrome (type I short rib-polydactily syndrome). The prenatal sonographic appearance is characterized by severely shortened long bones, narrow thorax with short ribs, polydactily and numerous associated abnormalities of other organs. The syndrome is lethal because of severe lung hypoplasia and respiratory insufficiency and leads to early intrauterine or neonatal death. In the first case the diagnosis was suspected prenatally in m.l. VIII in a dead fetus with severely shortened femur bones, numerous dilated intestinal loops, hydrothorax and polyhydramnion. The pregnancy was terminated and the diagnosis verified. In the second case the sibling was affected again and was very early diagnosed by ultrasound in the 15+4 w.g.. The features were: short and wide femur bones and narrow chest. There were almost no movements of the extremities of the fetus. The pregnancy was terminated and the diagnosis was verified by roentgenographic examination of the skeleton of the fetus.

The features that distinguish type I short rib - polydactily syndrome from other types of the syndromes are discussed. Guidelines for ultrasound evaluation of the fetal skeleton are proposed. The importance of early ultrasound diagnosis of the lethal anomaly for the prenatal counseling and the possibility of early pregnancy termination is emphasized.

KEY WORDS

antenatal diagnosis, Saldino-Noonan syndrome, ultrasound

INTRODUCTION

Short rib-polydactily syndromes represent a group of lethal fetal anomalies characterized by short

*Авторите изказват благодарност на г-жа Конова, г-р Тинчева и проф. Симеонов от Секцията по медицинска генетика за оказаното съдействие при обработването на случаите, както и на г-р Димитър Марков за превода на текста на английски език

*The authors would like to thank Ms. Konova, Dr. Tincheva and Prof. Simeonov from the Department of Medical Genetics for their kind cooperation in documenting the cases as well as Dr. Dimitar Markov for the translation of the manuscript.

ТЕРАПЕВТИЧНИ РЕЖИМИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БАКТЕРИАЛНАТА ВАГИНОЗА ПРИ БРЕМЕНИ ЖЕНИ

Ил. Борисов, В. Димитрова, В. Мазнейкова, Е. Шопова

Катедра по акушерство и гинекология - Медицински университет, София
Ръководител: проф. И. Карагъзов

РЕЗЮМЕ: Проучването обхваща жени в репродуктивна възраст (18 до 45 години). Изследвани са 128 бременни жени в различни срокове на бременността. Данните от проучваните пациентки бяха внасяни в специално изработен за целта фиш. Диагнозата на бактериалната вагиноза е извършвана чрез: а) използване на комплексните клинични критерии; б) микробиологична оценка по скоровата система на Nugent! и по критериите на Spiegel. Прилагането на скоровата система по Nugent и критериите на Spiegel дава възможност да се отдиференцират случаите на анаеробен колпит от истинските случаи с бактериална вагиноза.

При бременните жени бяха апробирани два лекарствени режима:

Първият - 5g 2% Clindamycin (Dalacin V) три последователни дни и вторият - интравагинално приложение на 500 mg Metronidazol (Flagyl) еднократно пет последователни дни. Ефектът от приложеното лечение е отчитан 5-7 дни след терапията по комплексните клинични критерии и микробиологичната оценка на скоровата система на Nugent. Контролното изследване е извършено при 28 бременни от първата група и при 31 бременни от втората група. Терапевтичен успех е постигнат при 93% за първия режим и 87% за втория режим. И при двата режима резултатите са по-добри от лечението с Ampicillin в продължение на 7 дни където успехът е 62%.

THERAPEUTIC OPTIONS FOR TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN PREGNANT WOMEN

I. Borissov, V. Dimitrova, V. Mazneikova, E. Shopova

SUMMARY. The study comprises 128 pregnant women examined at different gestational weeks. The diagnosis of bacterial vaginosis was made using: a) the complex clinical criteria - vaginal discharge, vaginal pH, amine test and "clue cells" b) Nugent scoring system c) Spiegel criteria. Two therapeutic regimens were compared - intravaginal 2% Clindamycin (Dalacin V) 5g three consecutive days and intravaginal Metronidazole (Flagyl) 500 mg once daily for 5 consecutive days. Control examination was carried out 5-7 days after completion of therapy using the same protocol. 28 women from the first group and 31 women from the second group had the control examination. Bacterial vaginosis was eradicated in 93% of women using intravaginal clindamycin and in 87% of women using intravaginal Metronidazole. Both regimes were more effective compared to treatment with oral Ampicillin for 7 days, where the cure rate was 62%.

Бактериалната вагиноза е сравнително честа причина за гениталния флуор при жени в репродуктивна възраст (1, 3, 6, 8). При извършеното от нас изследване през 1995 година при 100 поредни пациентки с наличен генитален флуор (2) установихме, че в 20% от случаите причината за гениталния флуор е бактериалната вагиноза. При сравняване с ретроспективен материал на клиничната микробиологична лаборатория на ДУБ "Майчин дом" от 1988 година при 200 поредни случая установихме, че през 1988 година наблюдаваната честота на бактериалната вагиноза е 16%. Има тенденция за повишаване честотата на бактериалната вагиноза през 1995 в сравнение с 1988 година (2). Наличието на бактериална вагиноза при бременни жени е свързано с различни усложнения като спонтанни аборти преждевременно пукане на околоплодния мехур и преждевременно раждания (3, 8). Лечението на бактериалната вагиноза при бременни жени е открит въпрос (1, 3, 7).

Задача на настоящото проучване е да се сравни терапевтичният ефект на интравагинален Clindamycin в сравнение с интравагинален Metronidazole.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Проучването обхваща жени в репродуктивна възраст (18 до 45 години). Изследвани са 128 бременни жени в различни срокове на бременността. Изследването е извършено в ДУБ "Майчин дом" - София от 1995 до 1998 година. Бяха отбелязани давността на оплакванията, характерът и видът на гениталния флуор, както и допълнителни субективни оплаквания

(парене, сърбеж, дисурия, диспареуния). Обективното клинично изследване включва оглед със спекулум и колпоскопия. Бяха отбелязани измененията върху влагалищните стени и екзоцервикса, както и вида на гениталния флуор. Определянето на вагиналното pH е извършвано с помощта на индикаторни ленти (в обхват от 3,9 до 5,4). Тестът за диамини е извършван чрез прибавяне на 1-2 капки 10% калиева основа и е отчитан специфичният мирис. При извършване на прегледа с помощта на памучен щифт е взиман материал за микробиологично изследване (натривка за микроскопско изследване и за посевка). При клинични данни за ендоцервицит бяха извършвани и насочени изследвания за Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma hominis. Извършен бе рандомизиран подбор при изследване на пациентките. Изключени от проучването бяха пациентки: по-млади от 18 години и по-възрастни от 45 години, ако са използвали системни и локални антибактериални агенти до 2 седмици от извършване на първоначалното изследване, ако има необходимост от провеждане на друга антибиотична терапия, наличие на мукопуrolентен цервицит, наличие на вагинална кандидиаза, herpes genitalis, трихомониаза.

Критерии за диагноза на бактериалната вагиноза. Диагнозата на бактериалната вагиноза е извършвана на базата на:

А. Комплексни клинични критерии: За положителни за бактериална вагиноза се приемаха пациентки при наличие на три от следните критерии:

УЛТРАЗВУКОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПЛОДА СЛЕД 12Г.С.

В. Мазнейкова

ДУБ "Майчин дом" Медицински университет – София

Съществуват три основни приложения на ултразвуковото изследване на бременни жени след 12 г.с.:

1. Фетална биометрия
2. Оценка на феталната морфология и диагноза на структурни аномалии на плода
3. Оценка на състоянието на плода

ФЕТАЛНА БИОМЕТРИЯ

Феталната биометрия е проблем, с който всеки практикуващ акушер-гинеколог се среща всекидневно. Съществува корелация между размерите на плода, измерени чрез различни показатели и гестационната възраст при нормална бременност. Това позволява:

- Определяне с различна степен на достоверност на гестационния срок при неизвестна дата на последната редовна менструация.
- Адекватна оценка на феталния растеж – интраутеринна ретардация или макрозомия, в случаите на патологично протичаща бременност (хипертония, диабет);
- Диагноза на фетални аномалии или съмнение за хромозомни отклонения на плода, най-често съпроводени с ретардация на плода.
- Определяне на теглото на плода.

Феталният растеж, а оттам и различните биометрични показатели са в зависимост от редица фактори като пор на плода, раса, паритет, тегло и ръст на майката, влияние на географски и битови фактори, външни въздействия (употреба на алкохол, цигари, наркотици, медикаменти). Не могат да се пренебрегнат и съществуващи секуларни тенденции за раждане на деца с по-голяма телесна маса. Върху феталната биометрия влияят и някои субективни фактори: опитът на изследващия, използваната техника на измерване, калибрирането на ехографската апаратура (грешка от около 5 %)

и от нейното качество. Трябва да се имат предвид още:

- Съществуването на т.нар. грешка между последователите и грешка на изследователя. Това са разлики в измерването на един и същ параметър от двама различни изследващи или от един и същ изследващ последователно. И при двата типа грешка допустимата разлика (т.нар. стандартна грешка) е около 2 мм.
- С нарастването на гестационния срок нараства и грешката на измерването. Това се дължи на намаления темп на фетален растеж. Например след 36 г.с. бипариеталният диаметър нараства с 1.4 мм седмично, което е по-малко от средната стандартна грешка от 2 мм.

БИОМЕТРИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗИРАЩИ ФЕТАЛНИЯ РАСТЕЖ

1. Бипариетален диаметър (BPD) . Това е най-често използваният показател за определяне на гестационната възраст. Измерването на BPD се осъществява в третата аксинална плоскост. Маркерите се поставят между външната страна на горната париетална кост и външната страна на долната. В тази плоскост се визуализира таламусът, разположен зад *savum septi pellucidi*.
2. Оксипитно-фронталният диаметър (OFD) се измерва в същата плоскост като BPD и е перпендикулярен на него.
3. Цефаличният индекс (CI) представлява отношението между BPD, $OFD \times 100$. Използването му позволява количествена оценка на формата на феталната глава. Нормата е 79%–86% след 14г.с. $CI < \text{от } 71\%$ говори за наличие на долихоцефалия, BPD е намален. В тези случаи BPD може да "пошири" гестационната възраст. $CI > \text{от } 85\%$ говори за брахицефалия, при която BPD е увеличен. В тези случаи BPD

КАУЗИСТИКА

АНТЕНАТАЛНА УЛТРАЗВУКОВА ДИАГНОЗА НА
ЧЕТИРИ СЛУЧАЯ НА САКРО-КОКЦИГЕАЛЕН ТЕРАТОМ

Мазнейкова, В., В. Димитрова

ДУБ „Мачин Дом“, София

Катедра „Акушерство и гинекология“

Ръководител: проф. Й. Карагьозов, г.м.н.

Резюме: Авторите представят четири случая на сакро-кокцигеален тератом (СКТ), диагностицирани антенатално чрез ултразвуково изследване. За всеки един от случаите са разгледани причините за насочване на бременната към клиниката, ултразвуковата находка, акушерско поведение, изходът за плода и патологоанатомичната диагноза.

В първият случай 23 годишна първексиня е приета в болницата в 30 гестационна седмица (г.с.) поради наличието на хидрамнион и заплаиващо преждевременно раждане. При ултразвуковото изследване се установява жив, еутрофичен плод. От сакрококцигеалната област изхожда тумор със смесена структура. Два дни след приемането въпреки токолитичната терапия бременната ражда плод с тегло 2400 грама в тежко депресивно състояние. Новороденото умира на 15-тата минута.

Во вторият случай се касае за 28 годишна първексиня, която постъпва в болницата с клиника на остър хидрамнион. При ехографският преглед се установява плод, съответстващ на гестационната възраст, при който в областта на сакрума се скапва предимно солидна формация с размери 110/120 милиметра с наличие на калцификати в нея. Започва се лечение с Indomethacin, но 4 дни след постъпването започва спонтанна родилна дейност. По време на едно от вагиналните изследвания туморната маса се епуклеира, което води до бърза ексангвинация на плода, който загива няколко минути след раждането.

В третият случай аномалията е диагностицирана във втория триместър на бременността. На родителите е предложена генетична консултация. Резултатите от кордоцентезата показват нормален кариотип на плода. Въпреки напредналата гестационна възраст (29 г.с.) семейството решава бременността да бъде прекъсната. Ражда се плод с тегло 1900 грама, който умира на 5-я час.

В четвъртия случай бременната за шести път жена е приета на 33 г.с. поради остър хидрамнион. При ехографското изследване на плода е диагностицирана предимно кистозна туморна формация в сакрококцигеалната област. В 34 г.с. раждането се индуцира. Ражда се плод от женски пол с тегло 2600 грама, който спешно е опериран на четвъртия ден в клиниката по детска хирургия. Новороденото умира 24 часа след операцията от усложнения нямалици отношение към самата интервенция.

В заключение авторите предлагат протокол за акушерско поведение при бременности със СКТ на плода.

THE PRENATAL ULTRASONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF FOUR CASES
OF SACROCOCCYGEAL TERATOMA

Mazneikova V., V. Dimitrova

Summary: Four cases of SCT, diagnosed antenatally by the authors are reported. The reasons for referral to the department, the sonographic findings, the obstetric management, the outcome for the fetus and the histologic findings are summarized for each particular case.

In the first case a 23 years old primigravida was admitted to the Hospital because of hydramnios and threatened premature labour in 30 w.g. The ultrasound examination revealed an AGA fetus with a tumor mass with a mixed structure protruding from the sacrococcygeal region. Despite the tocolytic therapy two days after admission to the department a 2400 grams severely asphyxiated fetus was born. Neonatal death occurred 15 minutes after delivery.

In the second case a 28 years old primigravida was referred to the hospital because of acute hydramnios in 31 w.g. The ultrasound examination revealed an AGA fetus with a predominantly solid mass with calcifications, 110/120 mm in dimensions in the sacrococcygeal region. Despite the Indomethacin therapy on day 4th of admission spontaneous labour started. During a vaginal examination avulsion of the presenting „mass“ occurred followed by rapid exsanguination of the fetus.

In the third case the anomaly was diagnosed in the second trimester and genetic counseling of the couple was offered. The karyotype of the fetus was normal but the parents chose termination of pregnancy despite the advanced gestational age (29 w.g. by that time). A 1900 grams live female infant was born. Early neonatal death occurred 5 hours after delivery.

In the fourth case a 33 years old 6-gesta, 4-para was referred to the Department because of hydramnios. The ultrasound examination showed an AGA fetus with a cystic tumor, originating from the sacrococcygeal region. Induction of labour was decided in 34 w.g.A.

2600 grams female infant was born and was emergently referred to the Neonatal Surgery Department and operated on 4th day after delivery. Unfortunately the baby died 24 hours after the operation from an accident, not related to the operation.

In conclusion a protocol for obstetric management of pregnancies with SCTs of the fetus is proposed by the authors.

OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANCIES WITH SPONTANEOUS RUPTURE OF MEMBRANES AFTER 37 W.G.

V. Mazneikova, V. Dimitrova, M. Tzankova, I. Borisov

Summary: The purpose of the study was to analyze the obstetric management in pregnancies with spontaneous rupture of membranes (RM) after 37 w.g. and to find out if there is a correlation between the cervical status and the pregnancy outcome.

The study includes 66 primiparous women divided into two groups depending on the cervical status (CS) at admission: Group 1-44 patients with unfavourable cervix ($PS < 4$) according to the Bishop's original scoring system and Group 2-22 patients with favourable cervix ($PS > 4$).

The delivery started spontaneously within the first 8 hours after the RM in 59% of the pregnant women with favourable cervix compared to 50% of women with $PS < 4$. There is no significant difference in the mean duration of the latent period between group 1 and 2 - 6.3 and 6.2 hours, respectively. The mean duration of delivery was 14.08 hours in Group 1 compared to 14.03 hours in Group 2. 72.7% of the pregnant women in Group 1 had normal vaginal delivery compared to 86.44% of the patients in Group 2. There were 3 newborn (one in Group 1 and 2 in Group 2) with signs of infection. There were no perinatal deaths. Postpartal endometritis was diagnosed in 2 of the patients with unfavourable cervix.

There is no motivation to fear the development of ascendant infection in pregnancies with RM after 37 w.g. even if the time elapsed from the very beginning of the RM to the start of delivery is more than 24 hours. We favour both active and passive management of delivery in pregnancies with favourable cervix at the time of RM. We have to reevaluate the active approach in pregnancies with unfavourable cervix and ruptured membranes because of the higher incidence of operative deliveries because of non-progress of labour in these cases.

KEY WORDS: Spontaneous rupture of membranes, induction of labour, cervical status (CS), duration of labour, neonatal and maternal infectious morbidity, mode of delivery.

Известно е, че пукнатият околоплоден мехур (ПОМ) към термина за раждане се среща в около 3-19% от бременните [4]. Раждането започва спонтанно в първите 24 часа от пукването на мехура в 80-90% от случаите, а в по-малко от 10% - в първите 48 часа [2, 4].

Съществуват две тенденции на акушерско поведение:

- Активно поведение. Раждането се индуцира още при постъпването на пациентката или след различен по продължителност латентен период - 3, 6, 8, 12 часа.

- Експектативно (пасивно) поведение. Раждането се индуцира след 24-я час, ако допозава не е започнала спонтанна родилна дейност или при признаци за започваща инфекция на майката.

Първата линия на поведение е характерна за периода 1950-1980 година (цит. по 2). Привържениците ѝ изхождат от риска за възникването на асцендентна инфекция у майката и новороденото при продължителен безводен период. Няколкото ретроспективни проучвания са доста обезпокоителни. Съобщава се за трикратно повишена перинатална детска смъртност (ПДС), ако околоплодният мехур (ОМ) е пукнат повече от 24 часа. Нещо повече, 24% от бременните с ПОМ > 24 часа са инфектирани, а 16% от техните деца умират. Russell et al (цит. по 2) съобщават за 3,8% майчина смъртност и 19% ПДС при инфектирани майки. Лошите резултати биха могли да бъдат обяснени със следните особености на проучванията в изследвания период:

- проучванията са ретроспективни и неконтролирани,

- не се познават добре причините за интрапарталната инфекция,

- не са се появили в употреба новите широкоспектрни антибиотици,

- интензивните грижи за новороденото са все още в зародиш.

Експектативното поведение се налага след 1980 година. То има много привърженици.

Duff et al [2] в проспективно проучване върху 134 бременни съобщават за по-висока честота на цезарово сечение (ЦС) и интрапартална инфекция при индуцираните на 12-я час в сравнение с наблюдаваните експектаивно до 24-я час. Авторите не установяват разлика по отношение честотата на инфекция на новороденото, както и продължителността на хоспитализация на майката между двете групи.

Conway et al [1] в проспективно проучване върху 135 бременни първешкини с неблагоприятен цервикален статус при постъпването установяват, че до 12-я час при 80% от тях започват спонтанни маточни контракции. Най-висока е честотата на ЦС в индуцираната група. В групата със спонтанна родилна дейност всички бременни раждат вагинално. Само при 3 от жените са налице хистологични данни за хориоамнионит. Авторите препоръчват латентен период от 24 часа от пукането на ОМ преди да се започне индукция на раждането. Wagner et al [3] в проспективно проучване сравняват резултатите за ранната (на 6-я час) и късната (след 24-я час) индукция на раждането при 182 здрави, ниско-рискови бременни между 37-42 г.е., с неблагоприятен цервикален статус при постъпването. Авторите не намират разлика в честотата на ЦС между двете групи бременни. Жените от групата с късна индукция имат по-продължителен период на престой в болницата и техните деца получават по-често антибиотици в сравнение с групата с ранна индукция. Вагиналното изследване при постъпването повишава риска от възникването на неопатална инфекция. Авторите не намират полза от късна индукция на раждането в тази група бременни.

Общото за втория период на изследвания е, че няма майчина и перинатална детска смъртност.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Год. XXXVI

1997

Кн. 3

ВЛИЯНИЕ НА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА БЕЗВОДНИЯ ПЕРИОД И ПРИЛОЖЕНИЕТО НА НЯКОИ АНТИБИОТИЦИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ВРОДЕНА ИНФЕКЦИЯ У НОВОРОДЕНОТО ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПРЕДТЕРМИННО ПУКНАТ ОКОЛОПЛОДЕН МЕХУР

В. Димитрова, Р. Русева, В. Мазнейкова, Н. Яркова, Б. Слънчева
ДУБ „Майчин дом“ – София,
Медицински директор доц. Ал. Ярков

Резюме: Проведено е ретроспективно проучване върху 41 бременни с преждевременно предтерминно пукнат околоплоден мехур (ППОМ) с цел изясняване на влиянието на някои фактори (продължителност на безводния период и приложението на антибиотици) върху развитието на вродена инфекция на плода (новороденото (ВИП/Н)). Установява се висока честота на ВИП/Н при раждане, настъпило след повече от 168 часа от ППОМ. Приложението на антибиотици от цефалоспориновата група е свързано с по-ниска честота на ВИП/Н, отколкото приложението на ампицилин или неприлагането на антибиотици въобще.

IMPACT OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES/DELIVERY INTERVAL AND THE ADMINISTRATION OF SOME ANTIBIOTICS ON THE DEVELOPMENT OF CONGENITAL

V. Dimitrova, R. Rousseva, V. Mazneikova, N. Yrakova, B. Slancheva

Summary: A retrospective study including 41 patients with preterm premature rupture of the membranes (PPROM) was carried out to investigate the influence of some factors (interval between PPRM and delivery, antibiotic administration) on the development of congenital infections of the newborn. When the PPRM – delivery interval exceeds 168 hours the infection rate is very high. The latter is lower when cephalosporin antibiotics instead of ampicillin are administered to the pregnant patient with PPRM.

Преждевременното предтерминно пукване на околоплодния мехур (ПОМ) се среща в 1–2 % от всички бременности [2]. То е причина за около 1/3 от предтерминните раждания в развитите страни и свързаният с тях перинатален морталитет и морбидитет. Някои елементи от акушерското поведение при ПОМ отдавна са престанали да бъдат обект на дискусия и се считат за общоприети [2, 5]. Към тях се отнасят: доказване на ПОМ, УЗИ за определяне на гестационната възраст и биофизикалният статус на плода, оценка на белодробната зрелост на последния, мониторирането му за ранно диагностика на феталния дис-

рес, ранна диагноза на настъпваща инфекция на майката и/или плода, изборна момента за родоразрешение. По някои други въпроси обаче не съществува единно мнение и акушерското поведение в различните центрове се различава съществено. Това се отнася преди всичко за приложението на кортикостероиди за стимулиране на белодробната зрелост на плода, на токолитичи за потискане маточните контракции и на антибиотици за профилактиката на инфекцията у майката и плода [1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10]. В последните години в литературата се срещат публикации, застъпващи първоначално различни становища по отношение на

ОЛИГОХИДРАМНИОН ПРИ СТРУКТУРНИ АНОМАЛИИ НА ПЛОДА - УЛТРАЗВУКОВА ДИАГНОЗА

М. Хайдар Аллей, В. Мазнейкова

Катедра по акушерство и гинекология

Държавна университетска болница „Майчин дом“ - София

OLIGOHYDRAMNION IN CASES OF STRUCTURAL ANOMALIES OF THE FETUS - ULTRASONOGRAPHIC DIAGNOSIS

M. Haider Alley, V. Mazneikova

Department of Obstetrics and Gynecology

State University Maternity Hospital - Sofia

Резюме

Обсъдена е нова техника за определяне обема на околоплодната течност - модифициран индекс на околоплодната течност (МИОТ). Търси се максимално дълбокият джоб от околоплодната течност във всеки от четирите квадранта на предната маточна стена, независимо от положението на УЗ трансдюсер спрямо надлъжната ос на тялото на бременната. Изграден е математически модел за промените на обема на околоплодната течност, основан на 1765 ултразвукови изследвания при 750 бременни. Въз основа на модела за норма е проучена група от 117 бременни със структурни аномалии на плода. При 17 (14,5

%) от тях е намерен олигохидрамнион чрез МИОТ. Резултатите показват, че при 55,6 % от случаите с аномалии се намира нормалното количество на околоплодната течност. По-чести са случаите с тежък олигохидрамнион, което се обяснява с по-късното му откриване. В групата с олигохидрамнион преобладават аномалиите на уринарния тракт на плода (58,8 %).

Ключови думи

Олигохидрамнион; Структурни аномалии на плода.

Abstract

A new technique for measuring the amniotic fluid volume - the modified amniotic fluid index (MAFI) is discussed. The deepest vertical pocket of the amniotic fluid is identified and measured in each of the four quadrants of the anterior uterine wall irrespective of the ultrasound transducer placing. A mathematical model for the changes of the amniotic fluid volume is constructed based on 1765 ultrasonographic examinations of 750 uncomplicated pregnancies. One hundred and seventeen pregnancies with structural anomalies of the fetus were included in this prospective study. In 17 (14,5 %)

cases oligohydramnios was identified using the MAFI. Our results show that in 55,6 % of the cases with anomalies, amniotic fluid volume was normal. In most of the cases severe oligohydramnios was diagnosed which is most probably due to the late diagnosis of the cases. In the group with oligohydramnios urinary tract anomalies of the fetus were the most common ones (58,8 %).

Key words

Oligohydramnios; Structural anomalies of the fetus.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕ НА УЛТРАЗВУКОВИЯ МЕТОД ЗА ОЦЕНКА ОБЕМА НА ОКОЛОПЛОДНАТА ТЕЧНОСТ

М. Хайдер Алеи, Ал. Хаджиев, А. Димитров, В. Мазнейкова

Държавна университетска болница „Майчин дом“ - София

Катедра по акушерство и гинекология

Медицински университет - София

RESULTS FROM THE APPLICATION OF THE ULTRASOUND METHOD FOR ASSESSMENT OF THE AMNIOTIC FLUID VOLUME

M. Haider Alley, Al. Hadjiev, A. Dimitrov, V. Mazneikova

State University Hospital „Maichin Dom“ - Sofia

Department of Obstetrics and Gynaecology

Medical University - Sofia

Резюме

Определян е индексът на околоплодната течност (ИОТ) при 750 пациентки с неусложнена бременност въз основа на измерване на максималната дълбочина на джобовете от околоплодна течност (ОТ) в четирите квадранта на маточната стена в срок от 16 до 43 гестационна седмица (г.с.). За определяне на средните стойности и 90%, 95% и 98% доверителни интервали за всяка гестационна седмица ($p < 0,00001$) беше използван регресионен анализ от логаритмично трансформирани данни. Последните бяха изчислени от полиномиално регресионно уравнение. Бяха сравнени разликите между средната стойност (ср. см.) на извадката и на подгрупите ($p < 0,00001$). 90%, 95% и 98% доверителните граници за средните стойности на предтермина, следтермина и на термина са съответно 6,55 до 22,16; 5,28

до 23,91; 2,87 до 27,47 (ср. см. 13,80); 4,19 до 19,08; 2,98 до 20,75; 0,69 до 24,14 (ср. см. 11,11) и 5,41 до 20,62; 4,16 до 22,32; 1,82 до 25,79 см (ср. см. 12,47). В границите на нормата са включени стойности от 5-ти до 95-ти персентил. Величините на ИОТ са определени във всяка гестационна седмица. Тенденцията за снижаване на ИОТ след термина беше с 5% седмично. Изработеният от нас модел за норма може да бъде приложен в клиничната практика за оценка на ИОТ.

Ключови думи

Индекс на околоплодната течност (ИОТ); Оценка в четири квадранта; Олигохидрамнион; Полихидрамнион.

Abstract

Four-quadrant assessment of amniotic fluid index (AFI) in 750 uncomplicated pregnancies between 16 and 43 gestational weeks was prospectively performed. The log. transformed regression data have been used to evaluate the means and 90%, 95% and 98% confidence intervals for the AFI at

each week of gestation. Statistical differences in AFI's among age groups were tested by means of an one way analysis of variance (ANOVA) with Fisher's test. The variation in AFI over gestation was statistically significant ($p < 0,00001$). Data from polynomial regression equation curve were

ДОПЛЕРОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНАТА И УТЕРО-ПЛАЦЕНТАРНАТА ЦИРКУЛАЦИЯ ПРИ БРЕМЕННИ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПУКНАТ ОКОЛОПЛОДЕН МЕХУР

(Предварително съобщение)

В. Мазнейкова, Ан. Димитров, Р. Велев

Катедра по акушерство и гинекология

ДУБ „Майчин дом“ - София

DOPPLER EXAMINATIONS OF THE FETO-PLACENTAL AND UTERO-PLACENTAL CIRCULATION IN PREGNANCIES COMPLICATED BY PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

(A Preliminary Report)

V. Mazneikova, A. Dimitrov, R. Veleu

Department of Obstetrics & Gynecology

University Maternity Hospital - Sofia

Резюме

При 17 бременни с преждевременно пукнат околоплоден мехур (ППОМ) е извършено изследване с пулсов Доплер на а. umbilicalis, а. carotis int. на плода и аа. uterinae на бременната. Средната продължителност на безводния период е $96,6 \pm 52,8$ часа. Средната продължителност на бременността е $31,1 \pm 4,9$ г.с. Средното тегло на новородените е 1494 ± 362 г. 4 деца се раждат в депресивно състояние. Няма перинатално загиннали. При 9 от новородените деца са налице данни за вродена инфекция. При 2 от бременните са налице данни за хориоамнионит. Бременните бяха разделени в две групи: група I - 7 бременни с неблагоприятен перинатален изход за плода или хориоамнионит и група II - 10

бременни с благоприятен изход. Не съществуват статистически достоверна разлика по отношение RI във всички изследвани съдове между двете групи бременни. Доплеровото изследване на кръвотока във фетоплацентарната и утеро-плацентарната циркулация не прогнозира развитието на хориоамнионит и неблагоприятен перинатален изход за плода при изследваната група бременни с ППОМ.

Ключови думи

Преждевременно пукнат околоплоден мехур; Хориоамнионит; Неблагоприятен перинатален изход; Доплерово изследване.

РАННА ДИАГНОЗА НА ФЕТАЛНИ СТРУКТУРНИ АНОМАЛИИ ЧРЕЗ ТРАНСВАГИНАЛНА ЕХОГРАФИЯ

В. Димитрова, В. Мазнейкова

ДФБ „Майчин дом“, София

EARLY DIAGNOSIS OF FETAL STRUCTURAL ANOMALIES BY TRANSVAGINAL ULTRASONOGRAPHY

V. Dimitrova, V. Mazneikova

University Maternity Hospital, Medical Faculty - Sofia

Резюме

Извършено е проспективно проучване на феталната морфология при 125 бременни жени (50 високо и 75 ниско рискови) с помощта на трансабдоминална и трансвагинална ехография между 9-та и 14-та гестационна седмица. Сравнени са възможностите на двата метода за диагностициране на фетални структурни аномалии (ФСА). С помощта на трансвагиналното изследване са доказани 3 случая със значими фетални аномалии (2.4%), които не са били прецизирани чрез трансабдоминалното изследване. В два от случаите на несъвместими с живота дефекти, бременността е прекъсната едновременно преди края на първия триместър, а в третия (14 г. с.) е настъпила интраутеринна смърт. Изследването показва предимствата на тран-

свагиналната ехография за диагностициране на ФСА: избягване на някои трудности, характерни за трансабдоминалното изследване, поставяне на ранна диагноза и възможност за едновременно прекъсване на бременността с минимална физическа и психическа травма, лесно и бързо кариотипиране на засегнатия плод. Трансвагиналната ехография е подходяща както за високо рискови, така и за ниско рискови пациентки. За избягването на диагностични грешки е необходима много добра квалификация на изследващия.

Ключови думи

Трансвагинална ехография; Първи триместър на бременността; Фетални структурни аномалии.

Abstract

A prospective sonographic study of fetal morphology was carried out in 125 pregnancies between 9 and 14 weeks of gestation using both transabdominal and transvaginal scanning. In 2.4% of the cases major fetal anomalies, that were missed at transabdominal scanning, were diagnosed by transvaginal examination. In two of the cases pregnancy was terminated in the first trimester, while in the third one intrauterine death in the 14 week of gestation occurred.

The study confirms the superiority of the transvaginal route of examination: minimizing some of the technical difficulties typical for transabdominal scanning;

early diagnosis and termination of pregnancy by D&C; possibilities for rapid fetal karyotyping. Transvaginal sonographic study of fetal anatomy in the first trimester is recommended for both high and low risk pregnancies. However high qualification and experience of the examiner is required.

Key words

First trimester transvaginal sonography; Fetal abnormalities.

ДИАГНОЗА И АКУШЕРСКО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ СЛУЧАИ С ОМФАЛОЦЕЛЕ И ГАСТРОСХИЗИС

В. Димитрова, В. Мазнейкова

ДФБ „Майчин дом“, София

DIAGNOSIS AND OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANCIES COMPLICATED WITH OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS

V. Dimitrova, V. Mazneikova

University Maternity Hospital, Medical Faculty Sofia

Най-често срещаните дефекти на предната коремна стена - омфалоцеле и гастросхизисът - представляват определен интерес за акушер-гинеколозите, занимаващи се с ултразвукова диагностика, поради няколко причини. Става въпрос за големи аномалии, които не убягват от погледа дори и на по-неопитните сонографисти поради типичния им изглед и съпътстващите други УЗ находки (напр.

хидрамнион, IUGR). Нужна е съвсем точна диагноза на вида на дефекта, тъй като от естеството му зависи дали плодът задължително трябва да се кариотипира или не (1). Наличието на други структурни аномалии утежнява прогнозата при оперативната корекция на дефекта дори когато кариотипът е нормален (2, 3, 4).

ОМФАЛОЦЕЛЕ. Макар на пръв поглед сходни, гастросхизисът и омфалоцеле то се различават по механизма на възникване и честотата на съчетаване с други структурни аномалии на плода и/или хромозомни дефекти.

Омфалоцеле се образува в резултат на несливане по срединната линия на двете латерални екто-мезодермални гънки, от които, заедно с каудалната и краниална гънка, се формира предната коремна стена (5). Нормално това става между 3 и 4 г.с. Ако и горната гънка не се слее с останалите, омфалоцеле се придружава от други аномалии, включващи стернален, диафрагмален и перикарден дефект и ектопия на сърцето. Това съчетание е известно в лите-

ратурата като пенталогия на Cantrel и е много рядко. Освен това омфалоцеле се включва като задължителен елемент в синдрома на Beckwith - Wiedemann - макрогласия, гигантизъм с висциромегалия, омфалоцеле и др. (7).

При омфалоцеле е налице херниален сак в основата на пъпната връв, която е прикрепена към самия сак. Последният може да съдържа чревни бримки, стомах, черен дроб. Покриващата го мембрана се състои от два слоя - перитонеум отвътре и амнион отвън. Размерът на сака варира - от минимален, съдържащ само чревни бримки, до гигантски, съдържащ всички коремни органи (5, 8, 9).

Честотата на тази аномалия е различна ако се сравняват данните от педиатричната и

**УЛТРАЗВУКОВА АНАТОМИЯ НА
ЦЕНТРАЛНАТА НЕРВНА СИСТЕМА**
В. Мазнейкова, В. Димитрова
Катедра по акушерство и гинекология
ДИБ „Майчин дом“ - София
(I част)

Минерализацията на черепа на плода завършва към края на първия триместър на бременността. От този момент нататък е възможно да се измерят всички диаметри на главата. Мозъкът на плода търпи сериозни промени в хода на бременността. Те са особено динамични до края на втория триместър. Латералните вентрикули постепенно намаляват размерите си, което променя не само топографията на мозъчните структури, но и ехографската характеристика на феталния мозък (8).

Изследването на феталната вътречерепна анатомия се извършва в три плоскости: аксиална, сагитална и коронарна (фиг. 1, 2 и 3).

I. АКСИАЛНИ ПЛОСКОСТИ

Черепът се изобразява като елипса (сфера, овал).

1. ПЪРВА АКСИАЛНА ПЛОСКОСТ

Минава през централните части (pars centralis, PC) на латералните вентрикули (ЛВ). Черепът е разделен на две еднакви по големина хемисфери от хиперехогенна линия (т. нар. средно или срединно ехо), чийто анатомичен субстрат е falx cerebri. Средното ехо се простира от фронталния до окципиталния отгел на черепа. От двете му страни са разположени централните части на латералните вентрикули. В 16 г. с. ЛВ заемат почти цялата хемисфера и са изпълнени с ехогенния plexus chorioideus (фиг. 4). Към 20 г. с. размерът им значително намалява, но все още се виждат медиалната и латералната стена на ПС на вентрикуларната кухня (фиг. 5). В третия триместър на бременността медиалната стена се слива със средното ехо. Остава видима само латералната стена на ПС. Plexus chorioideus вече не се визуализира в тази плоскост (фиг. 6). Разстоянието между

УЛТРАЗВУКОВА АНАТОМИЯ НА ЦЕНТРАЛНАТА НЕРВНА СИСТЕМА

В. Мазнейкова, В. Димитрова

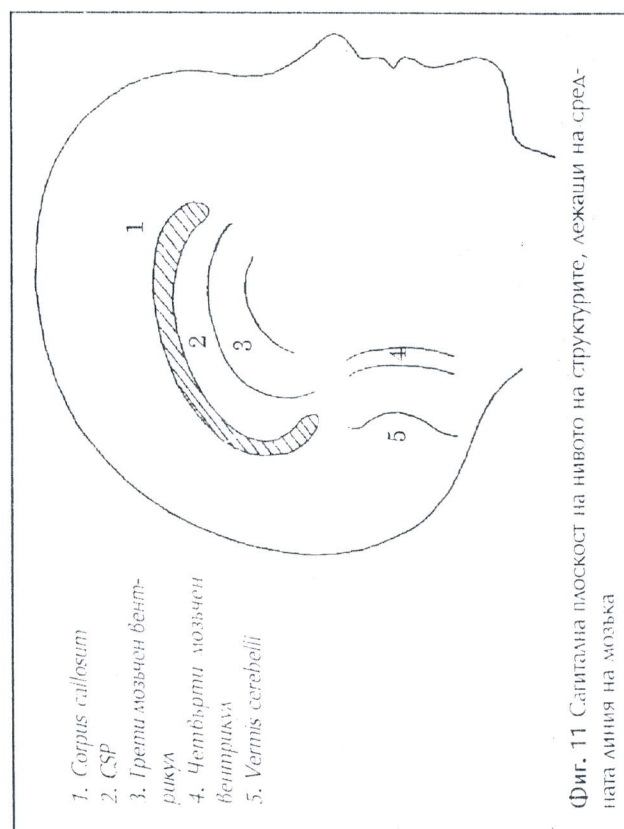
Катедра по акушерство и гинекология
ДИБ „Майчин дом“ - София
(II част)

II. САГИТАЛНИ ПЛОСКОСТИ

жане или напречно положение.
Използват се главно две плоскости:

Те са много информативни, но технически трудно се получават. Главата се скенира по предно - задната ос (6). Плодът е най-често в седалишно предле-

1. ПЛОСКОСТ НА НИВОТО
НА СТРУКТУРИТЕ, ЛЕЖАЩИ
ПО СРЕДНАТА ЛИНИЯ НА МО-
ЗЪКА (фиг. 11).



Фиг. 11 Сагитална плоскост на нивото на структурите, лежащи на средната линия на мозъка

14.28

Бих желал да членувам в БАУМ

Име..... Презиме..... Фамилия.....

Специалност..... Секция.....

Месторабота..... Отделение.....
(болница, институт)

Стаж по УЗ-диагностика.....
(месеци, години)

Служебен адрес.....

Служебен телефон.....

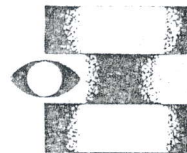
Домашен адрес.....

Домашен телефон.....

Годишна такса за 1994 г. - 100 (сто) лв.

БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА СЕКЦИИ

1. АБДОМИНАЛНА ЕХОГРАФИЯ (ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ, УРОЛОГИЯ, ЕНДОКРИНОЛОГИЯ, РЕНТГЕНОЛОГИЯ)
2. ЕХОКАРДИОГРАФИЯ
3. АГ-ЕХОГРАФИЯ
4. ПЕДИАТРИЯ



АНТЕНАТАЛНА УЛТРАЗВУКОВА ДИАГНОЗА НА АНОМАЛИИТЕ НА ОТДЕЛИТЕЛНАТА СИСТЕМА

В.МАЗНЕЙКОВА, В.ДИМИТРОВА, Г.КОЛАРОВ

Университетска клинична акушеро-гинекологична болница „Майчин дом“

Катедра по акушерство и гинекология - София

ANTENATAL ULTRASOUND DIAGNOSIS AND OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANCIES COMPLICATED WITH URINARY TRACT ABNORMALITIES

V.MAZNEIKOVA, V.DIMITROVA, G.KOLAROV

University Clinical Obstetrical and Gynaecological Maternity Hospital,

Chair on Obstetrics and Gynaecology - Sofia

РЕЗЮМЕ

Аntenatalната ултразвукова диагностика на аномалиите в отделителната система е с голямо практическо значение и се определя от редица фактори. Характеризира се с голямо разнообразие и твърде различна прогноза, широко разпространение и относително лесна диагноза. Представен е общ преглед на литературата и е споделен нашия опит при антенатална диагноза на аномалиите в

отделителната система, както и гинекологичното манипулиране в тези случаи.

КЛЮЧОВИ ДУМИ

antenatal ultrasound diagnosis, transoesophageal echography, ultrasound tomography

SUMMARY

The antenatal ultrasound diagnostics of congenital urinary tract abnormalities is of great practical significance and that is determined by a series of reasons: great variety and quite different prognosis, high incidence and relatively easy diagnosis. A general review of the literature is presented and our experience in tract anomalies as well as the

obstetric management in the cases are reported.

KEY WORDS

antenatal ultrasound diagnosis, transoesophageal echography, ultrasound tomography

Аntenatalната ултразвукова диагноза на вродените аномалии на отделителната система е с голямо практическо значение поради редица причини:

Висока честота на вродените аномалии на отделителната система. За нашата страна, по данни на Минков, на 100 000 деца, 25 са с такива аномалии, които се нуждаят от лечение (1). Трябва да се има предвид, че у нас не се провежда системен ултразвуков скрининг на бременните, поради което голяма част от отклоненията се откриват постнатално и в по-късния живот на индивида (2-4). Поради това, в българската периодика липсват данни относно реалната честота на вродените аномалии на отделителната система. Според Chamberlain (11) случаите на аномалии на отделителната система представляват (изолирано или в съчетание с аномалии на други органи и системи) между 20 и 30 % от всички аномалии на плода. Срещат се в 0,1-0,3% от всички бременности.

Сравнително лесна диагноза. Бъбреците и отделителната система, в частност пикочният мехур, са

сред едни от най-лесните за разпознаване структури на плода. Пикочният мехур се визуализира около 13 г.с., а бъбреците още в 9-10 г.с.(5-9). От друга страна количеството на околоплодната течност (ОТ) след 16 г.с. е в пряка връзка с функцията на феталния бъбрек, така че всяка промяна в нейното количество (олигохидрамнион) трябва да накара изследващия да обърне специално внимание на отделителната система (ОС) на плода.

Твърде разнообразните по същност аномалии на ОС, са с различна прогноза. Някои от тях са напълно съвместими с живота на плода след раждането му, други са коригиреми интраутеринно или постнатално, трети са несъвместими с живота и налагат прекъсване на бременността, независимо от срока в който са открити (бъбречна агенезия). От друга страна, незначителни по своята същност аномалии на ОС могат да се съчетаят с аномалии на други органи и системи, които да са определящи по отношение на прогнозата за плода, или да са във връзка с хромозомни отклонения.

Рубеола и бременност

В.Димитрова, В.Мазнейкова

Научен институт по акушерство и гинекология, София
Директор: проф. Ил.Карагьозов, г.м.н.

Връзката между прекараната от бременната рубеола и наличието на вродени малформации у плода, респ. новороденото, е заподозряна за първи път от д-р Норман Грег (Австралия) през 1941 г. [12]. Той описва серия от случаи с вродена катаракта у деца, непосредствено след голямата рубеолна епидемия в Австралия през 1941 г. Провеждането на големи проспективни епидемиологични проучвания в Англия, Швеция и САЩ през 50-те години доказва такава връзка [4, 8, 12]. Понататъшните етапи в развитието на научно-приложните търсения са усъвършенстването на методите за диагностика и създаването на няколко вида противорубеолни ваксини. Приложението на последните в редица развити страни, в рамките на национални програми за борба с рубеолата, променя характера на епидемичния процес (възрастово разпределение на боледуващите, честота, тежест и отклонения от типичния начин на протичане), което поставя за разрешение нови проблеми (напр. възможността за реинфекция след ваксинация, прекарана инфекция след 12-та седмица на бременността и необходимостта от пренатална диагностика чрез най-съвременни методи). За да се открият по-добре съществуващите у нас в тази насока проблеми, си позволяваме да направим съвсем кратък обзор на схващанията в най-развитите страни по този въпрос в момента.

Причинителят на рубеолата е вирус с доказана тератогенност. В доваксиналната ера епидемиите са избухвали с цикличност 4-5 години в Европа и 6-9 години в САЩ. В районите с умерен климат заболяването може да има ендемичен характер със сезонни пикове през пролетта и началото на лятото. През последните 20 години у нас са регистрирани 4 епидемии [2, 3].

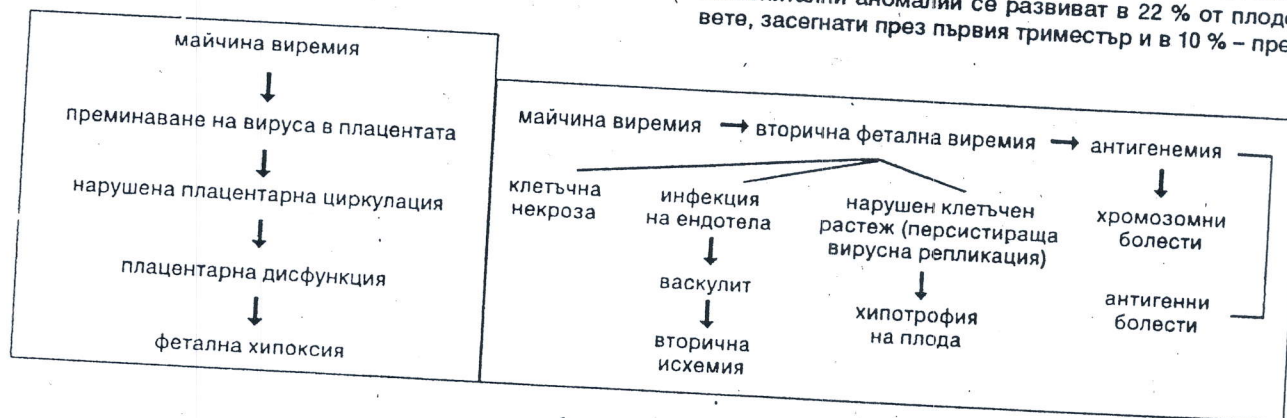
По време на епидемия, по литературни данни на чужди автори, почти 4 % от бременните се инфектират в сравнение с 0,1-0,2 % в останалите периоди. С конгенитална рубеола са 2 % (20 000) от новородените, по време на епидемията в САЩ през 1954 г. В останалите

години с конгенитална рубеола са 0,1 % от новородените, а за Англия тази цифра е 1 на 2000 новородени [4, 5].

Ако изходим от тези обобщени данни, бихме могли да прогнозираме (имайки предвид нивото на раждаемост у нас) раждането на 2000 деца с конгенитален рубеолен синдром (КРС) по време на епидемии у нас и между 50 и 100 в неепидемични години [2, 3]. Съществуват статистически обработени косвени данни [3], че у нас няма нарастване на вродените малформации, спонтанните аборти и мъртворажданията в годините, последвали епидемиите в сравнение с неепидемичните години [2, 3]. Но това най-вероятно се дължи на възможността за прекъсване на бременността по медицински показания според действащите нормативни документи.

Причинителят на рубеолата е едноверижан РНК-вирус. Начинът на разпространение е въздушно-капков, контагиозността – висока. Тя е максимална 7 дни преди началото на обрива и 5 дни след това. Важно обстоятелство е, че обрив има само в 60-70 % от случаите, при това понякога атипичен. Инфекцията често е безсимптомна, а диагнозата само серологична. Вирусният тератоген може да въздейства предконцепционно, преимплантационно, в ембрионалния или фетален период, което определя и изходът за бременността и плода: аборт, вродени аномалии на плода, тежко заболяване на новороденото, интраутеринна ретрадация на плода. Концептусът е най-податлив по време на максималната тъканна диференциация и затова по-ранния срок на преболедуване, респ. контакт на бременната, определя и по-сериозна прогноза. Интраутеринното заразяване на плода става главно след първична инфекция на майката. Но и в случаите на клинично изявена реинфекция (след спадане на естествено придобития или постваксинален имунитет), последствията са като при първична инфекция. При преболедуване, респ. контакт на бременната през първите 12 седмици, плодът се засяга в повече от 80 % [4, 18, 12], през 13-14 г.с. в 54 %, а в края на втория триместър в 22 %. Тежки конгенитални аномалии се развиват в 22 % от плодовете, засегнати през първия триместър и в 10 % – през

Фиг. 1 и 2.



ОВАРИАЛНИ ТУМОРИ И БРЕМЕННОСТ (литературен обзор с преглед на три случая)

В.Димитрова, В.Мазнейкова, Г.Коларов, Д.Гунев
ДФБ "майчин дом", Медицински факултет, ВМИ - София
ръководител на катедра проф. д-р Ил. Карагьозов, д.м.н.

Проблемът за съчетаването на бременността с туморни формации

своята актуалност поради няколко причини:
- с този вид патология се среща всеки практикуващ акушер-гинеколог - от завеждащ специализирано отделение до лекаря в поликлиниката (1,2,3).

- използването на съвременната УЗ техника дава възможност за по-ранна и точна диагностика и същевременно поражда някои на някои физиологични за определени срокове на бременността

- често се подценява вероятността за злокачествен характер на новообразуванието, което е причина за неправилен подход при оперативното лечение, недостатъчна радикалност и недобра прогноза за пациентката (5,6,7,8).

- по правило при бременни жени с овариални тумори става въпрос за млади пациентки с незавършена репродуктивна функция, което прави вземането на решение за радикална оперативна интервенция по-трудно (7).

В нашата акушерска периодика за времето от 1973 г. до сега има три публикации по проблема, третиращ поотделно казуси на съчетание на бременност с туморни формации от овариален произход (1,2,3).

поради това си позволяваме да представим във вид на кратък обзор състоянието на проблема и да изложим три случая от последната година, лекувани в нашата болница:

Честотата на комбинирането на бременност с яйчникови тумори е между 1 и 2 на хиляда бременности (2). Относно честотата на злокачествените тумори сред тях в нашата литература се цитират чужди автори и се посочва, че тя е по-малка от 2% (2,3). Според други автори тази честота е по-висока - между 2,2 и 5% (7,8). От доброкачествените тумори преобладават зрелите кистични тератоми и серозните

тумори преобладават зрелите кистични тератоми и серозните

кистаденоми (2). Между злокачествените тумори се срещат карциноми, вкл. такива с гранична малигненост, както и някои по-особени видове тумори, характерни за по-младата възраст - дисгерминоми и гранулозноклетъчни тумори (7,9). характерно е, че бременността и променя скоростта на растеж на тумора и малигнеността не заплашва фетуса (7).

Самата бременност често е причина за диагностициране на голяма част от случаите в по-ранен стадий (несъответно за срока на бременността нарастване на обиколката на корема, по честите във връзка с бременността ултразвукови изследвания), когато радикалното лечение е възможно и е със сравнително добри резултати.

Освен туморни формации в същинския смисъл на думата по време на бременността чрез клиничен преглед и/или УЗИ могат да бъдат установени функционални образувания - напр. кисти на жълтото тяло (4,10). Днес, все по-широкото използване на вагиналната сонография в първи триместър на бременността, в около 25% от случаите се намират като находка кисти на жълтото тяло. последните по време на първия триместър на бременността, ако не надвишават определени размери, се считат за функционални образувания и изискват само наблюдение. При други условия обаче - персистенция след 12 - 14 г.с., с размер над 6 см, могат да са индикация за оперативна интервенция (7,10).

Поведението при овариални тумори и бременност не се отличава по същество от аналогичните случаи при небременни пациентки. При злокачествени овариални тумори най-важно е определянето на стадия на заболяването. Според класификацията на FIGO стадите са както следва (11):

- I-ви стадий - засегнати са единият или двата яйчника;
- II-ри стадий - туморът е извън яйчниците, на е все още в пределите на малкия таз;
- III-ти стадий - туморът извън малкия таз, но в коремната кухина;
- IV-ти стадий - наличие са далечни метастази

По време на бременност на оперативна интервенция подлежат случаите със:

- солидни туморни овариални формации, както и такива със смесена ехографска структура независимо от размера им
- кистозни формации с диаметър над 6 см след 12-14 г.с.
- овариални туморни формации, които са причина за усложнения (горзия, руптура, некроза, инфекция)

IV.25

ГЛАВОБОЛИЕ ПРЕЗ ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА

Г.Коларов, Ю.Петрова, В.Мазнейкова, В.Димитрова
Г.Георгиева, П.Шотеков

ДФБ "Майчин дом" - София, Катедра по акушерство и
гинекология, Ръководител: проф.И.Карагъзов
Университетска Александровска болница, Катедра по
неврология, Ръководител: проф.А.Мавлов
ОРБ - Благоевград, Мед.управител: А.Бързачки

Главоболието е симптом, създаващ значителен дискомфорт, особено когато е проявено през време на бременността. Подценяването му често води до самолечение и/или употреба на неподходящи медикаменти, които могат да имат неблагоприятно въздействие върху плода. По-рядко главоболието може да бъде проява на сериозно заболяване /мозъчен тумор, мозъчни хеморагии/ и игнорирането му в тези случаи може да доведе до сериозни здравни неблагоприятия. Проявата на цефалгията през време на бременността може да създаде диференциално диагностични трудности - преeklampsия, хипертонии от различно естество.

Терапевтичното поведение при жени с главоболие през време на бременността е свързано тясно с определяне на типа му и избор на подходящ режим, диета и медикаменти за всеки отделен тип. Различаваме няколко основни типа главоболие през време на бременността: съдов тип, мигренозен тип, главоболие при повишен вътрешночерепен натиск, тензионен тип, невротичен тип /фиг.1/.

Промените, настъпващи в женския организъм през време на бременността могат да променят отчасти типа и протичането на главоболието при жени, при които то датира от преди бременността. В едно изследване обхващащо 38 жени с мигренозен тип главоболие през време на бременността Somerville /1977/ установява при 7/18%/ начало през бременността и при 31 предшествваща бременността мигрена. Двадесет и четири /78%/ от жените с предшествваща мигрена съобщават за подобрение на главоболието през време на бременността - обикновено през второто и третото тримесечие.

Главоболието не е свързано със сигнификантен риск за плода с изключение на случаите, когато е съпроводено с продължително сърещане и дехидратация.

Споменатото по-горе и липсата на информация и проучвания в акушерогинекологичната литература на български език по проблема го

ПРЕЦЕНКА НА АКУШЕРСКОТО ПОВЕДЕНИЕ ВЪЗ ОСНОВА НА ДИАГРАМА ЗА ПЕЛВИ-ФАТАЛНА СЪВМЕСТИМОСТ

В. Мазнейкова, Д. Василева, А. Якимова, Великова, Е. Такова
Научен институт по акушерство и гинекология - МА, София
Директор: проф. Ат. Атанасов

Проблемът "пелви-фетална диспропорция" продължава да е обект на множество и противоречиви становища, касаещи акушерското поведение. Главната причина е страхът от руптура на матката и родов травматизъм за плода. Клиничният опит показва, че няма обективна основа за нито едно от тях.

Чрез настоящото проучване направихме опит за преценка на акушерското поведение при бременни със съмнение за пелви-фетална диспропорция на базата на клинично, ехографско и рентгенологично изследване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено ретроспективно за период от 5 месеца. Бяха обработени листовите - история на бременността и раждането на 100 бременни, на които е правена рентгенова пелвиметрия. При проучването изключихме случаите на бременни с предшестващи цезарови сечения, седативно предлежание на плода и мултипари. Изследването обхваща само първескините, при които плодът е в главично предлежание. Използвахме следните методи:

1. Ехография - за определяне големината на плода чрез измерване на бипариеталния диаметър.
2. Рентгенова пелвиметрия - използвана е централна техника с класическите две проекции - лицева и профилна. Правите и напречните диаметри се измерват по геометричния метод с помощта на номограми на Такса, изработени чрез заснемане на рентгено-контрастни линейни саниметрични скали върху рентгенов филм. Намалването на лучевото натоварване върху плода се осъществява чрез използването на профилна алуминиева филтър.

3. Диаграма за пелви-фетална диспропорция при главични предлежания на плода, включваща индекса на входа на таза /сбор от измерения акушерски и правия диаметър на входа на таза/ и бипариеталния диаметър /над 85 мм/. Тя съдържа три зони: долна зона - зона на диспропорция, средна зона - зона съмнителна за пелви-фетална диспропорция, зона на несигурност/ и горна зона - зона на пелви-фетална съвместимост.

РЕЗУЛТАТИ

Данните от рентгеновата пелвиметрия /сбор от правия и напречния диаметър на входа на таза/, ехографското изследване /бипариетален диаметър/ и начинът на раждане /вагинално или цезарово сечение/ са представени на фиг. 1.

В долната зона попадат само 2 бременни, родоразрешени са чрез цезарово сечение. Новородените са с Апгар на 1 мин 8-9. Ранният neonatalen период е протекъл гладко. Децата са изписани клинически здрави.

В зоната на несигурност са 5 жени, три са родили вагинално, а при две е направено планово цезарово сечение. Новородените са с Апгар на 1 мин 8, едно от децата, родено вагинално, е в теко депресивно състояние, наложително 2-часова кислородна терапия след раждането. Други отклонения в периода на адаптацията не са установени. Децата са изписани клинически здрави.

В зоната на пелви-фетална съвместимост попадат 29 бременни, от които 16 са родили вагинално /при 2 е наложен форцепс/, 13 са родоразрешени чрез планово цезарово сечение. При 22 от новородените не е установено депресивно състояние. Средната стойност на Апгар на 1 мин е 8,8. В теко депресивно състояние са родени 5 деца /2 след цезарово сечение и 3 след вагинално раждане/. Средна стойност на рН за тях е 7,21. В средно депресивно състояние са родени 2 деца /след вагинално раждане/. Средна стойност на рН е 7,06. 24-часова O_2 -терапия е проведена при 4 от родените в депресивно състояние деца. Само едно от децата в средно депресивно състояние е било с клиника на мозъчен оток, наложително прилагането на дехидратираща терапия. При едно от децата, родено чрез изходящ форцепс, е установен кефалхематом. Всички новородени деца са изписани клинически здрави.

При всичките 17 случая е индицирано планово цезарово сечение поради пелви-фетална диспропорция:

- при 3 от случаите /2 от долната и един от средната зона/ е отчетена несъвместимост между главата и входа на таза и И.С. диаметър е под 10,5 см;
 - при 5 от случаите има съвместимост между главата и входа на таза, но И.С. диаметър е под 10,5 см;
 - при 8 от случаите съвместува съвместимост между главата и входа на таза и И.С. диаметър е по-голям от 10,5 см.
- 19 от бременните раждат вагинално въпреки, че И.С. диаметър е по-малък от 10,5 см при 8 от тях.

Ат. Кандулов, М. Конева, Д. Василева, В. Мазневикова
ИМАТ-МА - Директор проф. д-р К. Марков

abrupto placentae / a.p. / представява един от най-прямичните състояния в акушерството - с висока перинатална летална смъртност /п.л.с./, понякога и с матична смъртност.

Целта на скромното ни съобщение е да направим клиничен разбор на 16 жени с а.р. лекувани в ИМАТ през времето 1987-1988г. За съжаление болничната архивна документация не предоставя възможност за проучване на по-голям брой такива болни и за по-свободна интерпретация. Все пак може да се състави известна представа за равнището на което се намира този проблем у нас от гледище на клинично състояние - леталност, прогноза и последици.

МАТИЧНА СМЪРТНОСТ. Няма умряла жена с а.р.

КРЪВОЗАГУБА. Четири от 16-те жени са имали кръвозагуба между 1000 и 2000 мл., т.е. всяка четвърта жена е имала голяма кръвозагуба. До 1000 мл. са били 5 жени, и 6 по 250 мл. От тези по-големи ориентировъчни и с твърде относителна точност данни личи, че средната кръвозагуба при а.р. е около 650-700 мл. Сметаме, че тези цифри са под истинската кръвозагуба по две причини: а/ според литературни данни /вж. основния доклад/ Ат. Кандулов /кървозагуба при а.р. е обикновено по-голема от очакваната, б/ половината от умрелите деца са нап. 33г. сл. при умрелите деца се установява средно по 2000 мл. кръвозагуба /Williams Obstetrics, 1985/. С което и ние потвърждаваме, че кръвозагубата при р.п.п. е по-висока, р.п.п. се оценява по-ниско от реалната, което има влияние върху поведението. Четири от 16-те а.р. са олиготетамни, 10 с частично отлеждане. Нашите резултати подкрепят някои данни

ратурни данни, че възрастта на майката /по-напредналата възраст/ има отношение към а.р.: 6 от 16-те жени са били нап. 30-годишна възраст, и 6-между 20 и 30 години /неколкократно повече от жените нап. 30 години, поне за първи път/ голяма част може да сметаме, че се срещат а.р. нап. 30 години в сравнение с по-младата възраст.

КОАГУЛОПАТИЯ. Пет жени /една трета/ са имали хематологични промени на разстроена коагулопатия и само 3 - с клинични прояви - 12%. Нашите резултати в този пункт съвпадат с литературните данни относно честотата на неклиничната коагулопатия - една трета до 1/4 и доста се различават относно клинично проявяваща коагулопатия - 12% при нас и 2% - по литературни данни. Една от причините е малкият брой бременни и ретроспективността на нашето проучване. С ултразвук е показан ретроплацентарен хематом /р.п.х./ при 4 жени, при 8 липсва р.п.х. Документацията не ни дава възможност да решим дали при всички 8 жени е липсвал реално р.п.х. или не е бил установен с ултразвук. Литературните данни показват, че р.п.х. не винаги е възможно да се идентифицира с ултразвук. Хеморагичен шок е имала една жена. Малко хипертензивна са имали 5 жени и болки - 5. Тези данни са интересни, защото в съзнанието на лекаря а.р. обикновено се идентифицира с "хипертензивна" и болка, а в нашия материал тези симптоми са установявани само 1/3 от жените. W. Hurd 1983 съобщава за "чувствителност на матката и болки в кръста" в 66% при а.р., а за хипертензивна матката само в 17%.

ПОВЕДЕНИЕ. Пет жени /една трета/ са били ролоразрешени по 1/2 час след поставяне на плацентата "а.р." Това съответствува на петте жени с тотално а.р. и коагулопатия, четири от тях бяха със смърт на плода. До 2 часа са ролоразрешени - 3 жени и 8 - след 2 часа. От тези 8 при 3 е направен опит за токолиз - до 20-я,

- vasodepressor prostaglandin deficiency in pregnancy-induced hypertension. In: book 13, 99—106. — 10. Goodlin, K. *Lancet*, 2, 1980, 310. — 11. Gregorini, G. et al. Plasma regulation of prostacyclin in pregnancy. In book 13, 153—157. — 12. Jogge, M. et al. Decreased prostacyclin by placental cells in culture from pregnancies complicated by fetal growth retardation. In book 13, 115—117. — 13. Lewis, P. Does prostacyclin deficiency play a role in preeclampsia. In book 13, 1983, 215—218. — 14. Lewis, P. In: *Contemporary Obstetrics*, ed. by G. Chamberlain, Butterworth, London, 1984, 93—98. — 15. Mäkilä, U.-M., P. Kirkinen. *Lancet*, 2, 1983, 728—729. — 16. Mäkilä, U.-M., L. Viinikka et al. *Prostaglandins*, 27, 1984, 87 — 95. — 17. Matsumoto, T. et al. A role of prostanoids and some anti-aggregating factors in regulating fetal growth. In book 10, 1985, 471—474. — 18. Matsuura, S. Effect of nicotine on uteroplacental circulation and prostacyclin production in pregnant women. In book 10, 1985, 463—466. — 19. Moncada, S. et al. *Nature*, 263, 1976, 663—665. — 20. Moodley, J. et al. *Obstet. Gyn.*, 64, 1984, 69—71. — 21. Nicolaidis, K. Production of prostacyclin by tissue from human fetoplacental unit. In book 13, 25—28. — 22. Parise, P. et al. A study on thromboxane and prostacyclin balance in pre-eclamptic women and their newborn. In book 3, 1985, 123—124. — 23. Remuzzi, G. et al. *The Lancet*, 2, 1980-a, 310. — 24. Remuzzi, G. et al. *Prostaglandin*, 20 1980b, 105—110. — 25. Hitter J. et al. Prostacyclin synthesis by human umbilical artery rings. In book 13, 159, 162. — 26. Seki, H., K. Saton et al. Production of prostacyclin by endothelial cells in toxemia of pregnancy. In book 10, 1985, 365—368. — 27. Shepherd, G. et al. Platelet prostacyclin receptors in pregnancy. In book 13, 199—204. — 28. Terragno, A. et al. Correlation between arterial wall synthesis of prostaglandin and blood pressure in spontaneously hypertensive rats and wistar-kyoto rats. In book 13, 109—112. — 29. Vermeylen, J. et al. Abnormal prostacyclin release in pregnancy. In book 13, 171—174. — 30. Wallenburg, H. Prostacyclin und Thromboxan und die pathophysiologie der EPH-gestosis. In book 6, 1983, 122—124. — 31. Walsh, S. et al. *Amer. J. Obstet.*, 151, 1985, 110—115. — 32. Yamaguchi, M. et al. *Amer. J. Obstet. gynec.*, 151, 1985, 121—127. — 33. Yamaguchi, M. et al. Effect of thromboxane synthetase inhibitor of plasma prostaglandin concentration in preeclamptic postpartum women. In Book, 12, 1985, 319. — 34. Ylikorkkala, O., P. Kirkinen et al. *Brit. J. Obstet. gynec.*, 88, 1981, 968—972. — 35. Ylikorkkala, O. et al. *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 147, 1981, 487—490.

ОТНОСНО ЛЕЧЕНИЕТО НА ЕКЛАМПИЧНИТЕ ГЪРЧОВЕ С Т. НАР. ЛИТИЧЕН КОКТЕЙЛ

Ат. Кацулов, В. Мазнейкова

МА — София, Научен институт по акушерство и гинекология, директор проф. К. Мирков

Лечението на eklampтичните пристъпи винаги е било изпитание за терапевтичните възможности на лекаря. В течение на половин век се смениха много лекарства и лекарствени схеми. Преди 10—20 години голяма популярност получи т. нар. литичен коктейл за венозно приложение на различни феноксиацинови препарати — ларгактил, хлорпромазин, прометагин, лидол, петидин (1). Литичният коктейл бе въведен в лечебната практика от Е. Hudson и С. Seah (3). През последното десетилетие приложението му е ограничено и в много центрове той изобщо не се употребява. Т. Lippert (4) пише: „Литичните коктейли, които по-рано обичайно се употребяваха, сега почти не се прилагат.“ Въздържание спрямо тях изразява и Н. Куанк. Отказът от тези коктейли настъпи вероятно поради не много добрия изход (резултат) за майката и плода при лечение с тях. В най-новото издание на Williams Obstetrics (6) се привежда таблица на майчината смъртност при различни схеми на лечение на eklampсия (табл.1). От 17 такива серии 5 представляват литични коктейли. Майчината смъртност сред всичките 17 серии се движи в голям диапазон: от най-ниска — 0 до 0,4% — схеми с магнезиев сулфат (5; Sibani, 1981) до най-висока — 13,9% — схема с хлордианоксид или диазепам (Lean и сътр., 1968). Петте серии с литичен

ЕТИОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПУЕРПЕРАЛНАТА УТЕРИННА ИНФЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НА ТРОМБОЕМБОЛИЧНИТЕ И УСЛОЖНЕНИЯ

В.Мазнейкова

НИАГ-МА, гр.София

Директор-Проф. д-р К.Мирков

Едни от най-големите успехи в антибиотичната ера са свързани с ограничаването на пуерпералната инфекция. През последните години се отбелязва ново зачестяване на майчината заболяемост, въпреки въвеждането на нови антибиотици. Понастоящем честотата на пуерпералните инфекции може да се определи от 1 до 8 % / в отделни съобщения до 34 %/, като най-съществена за възникването им е ролята на следните фактори:

1. Цезарово сечение - обяснението е в интраутеринната манипулация, сутурния материал, оперативната техника, некротичните промени и хематоми в тъканите и разреза.
2. Удължено раждане и преждевременно пукнат околоплоден мехур.
3. Анемия.

Най-честата инфекция на гениталния тракт в пуерпериума е острият ендометрит. Като основни негови причинители се посочват анаеробните микроорганизми. Зачестяването на анаеробната инфекция се обяснява не само с въвеждането на подходяща микробиологична методика за идентифицирането им, но и с широкото използване на бактерицидни антибиотици, които унищожават аеробните микроорганизми във възпалителните огнища, започват да се размножават, разпространяват и насочват болестния процес.

Тромбофлебитът на тазовите вени е необичайно, но изключително сериозно усложнение при оперативни вмешательства в малкия таз. Честотата му варира от 0,5-2 % от пациентките с инфекция в оперативното поле. Тромбофлебитът на тазовите вени включва два отделни клинични синдрома: остра тромбоза на овариалната вена и т.нар. "запалителна" тромбоза.

(6, 7). Други автори (5) са крайни, като отричат даже и профилактични дози кортикостероиди, прилагани при жени с преждевременно пукнат окопловден мехур при недоносена бременност (28–34 г.с.), считайки, че инфекциозните усложнения, заплашващи майката, трябва да се имат предвид пред заплашващия дистрес синдром (хиалинни мембрани) на недоносеното новородено.

В заключение ние считаме, че рисковете по отношение на бременността, раждането, както и по отношение на родените деца от жени, приемали продължително кортикостероиди, определено се надценяват. В случаите на основно соматично заболяване винаги трябва да се отчитат промените и усложненията, обусловени от самото заболяване, а не да се свързват само с провежданото лечение.

КНИГОПИС

1. Колев, Д. Хормони. Наука и изкуство, 249.
2. Станева, М., Кортикостероидно лечение при бронх. астма. Мед. и физик.
3. Blackburn, W., H. Kaplan, D. Mc Kay, Am. J. Obst. Gynecol., 92, 1 965, 2, 234.
4. Bondiovanni, A., A. McPodden. Fertil. Steril., 11, 1960, 2, 181–186.
5. Garite, T. I., Freeman R. K., Linzey E. M., Braly P. S., Borchester W, L. Obst. Gynecol. 1981, 141, 5, 508–515.
6. Minz, S., Boston, Little, Brown Comp., 1976, 971–982.
7. Snyder, R., D. Snyder. Ann. Allergy, 41, 1978, 6, 340–341.
8. Tainstat, T. Endocrinology, 55, 1954, 4, 502–508.
9. Walsh, S., Clark. Scot. Med. J., 12, 1967, 3, 302–306.
10. Walsh, S. J. Grant. Brit. Med. J., 2, 1966, 796–802.

β -БЛОКЕРИ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСИЯ И ЕСЕНЦИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Ат. Кацулов, Т. Чернев, В. Мазнейкова
НИАГ-МА, директор — проф. д-р К. Мирюв

Лекарствените средства, които компетитивно антагонизират ефектите на катехоламините върху β -адренергичните рецептори са използвани в клиниките от средата на 60-те години. Успешно се прилагат при хипертония, тахидисритмии, идеопатична хипертрофична субаортна стеноза, хипертиреоидизъм и мигрена. Използването им за лечение на есенциал-

ната хипертония през бременността е голяма крачка напред. Хипертонията през бременността повишава риска от плацентарна инсуфициенция и изоставане в развитието на плода.

Физиология и патофизиология на адренергичната нервна стимулация

Адренергичните нервни импулси изхождат от различни мозъчни центрове, като преминават през сложни интегриращи звена на мозъчния ствол чрез преганглионарните неврони. След това преминават през гръбначния стълб към паравертебралните ганглии, откъдето се подават на синапса чрез освобождаване на ацетилхолин от преганглионарните нервни окончания. Постганглионарните фибрили предават импулса до крайбождава складирания неврохуморална субстанция норепинефрин. Освободените катехоламини стимулират α и β рецепторите в гладките мускули на съдовата стена или клетъчните мембрани на миокардните мускулатура. α -стимулацията предизвиква вазоконстрикция, β -стимулацията-вазодилатация. α -стимулацията няма или има незначителен ефект върху миокарда, докато β -стимулацията повишава сърдечната честота, контрактилност и проводимост и понижават рефрактерното време в АВ-възел. α и β -рецептори има и в клетъчните мембрани на специализираните неврони в хипоталамуса и други мозъчни центрове. В мозъка в контраст с периферията α -стимулацията понижават артериалното налягане, а в β -стимулацията — повишава артериалното налягане.

Повишената мозъчна адренергична стимулация повишава отделянето на ренин, което води до повишаване на ангиотензина и респективно алдостерона. Алдостеронът предизвиква ретенция на Na, което потенцира действието на катехоламините върху съдовете и сърцето.

Понижената адренергична активност предизвиква повишаване на плазмения обем поради по-ниското онкотично налягане, дължащо се на намалената съдова резистентност, която позволява навлизане на вода от екстра — към интрацелуларното пространство. Единствените две антихипертензивни средства, които не причиняват натриева и водна задръжка, са диуретиците и β -блокери. Намалването на съдовия обем потенцира действието на всички антихипертензивни препарати, инхибиращи симпатиковата активност.

Видове β -блокери (Табл. 1)

Съществуват две групи:

1. Неселективни, блокиращи както β_1 така и β_2 рецепторите.
2. Селективни, блокиращи само β_1 рецепторите.
3. Все още недостатъчно проучен клинически е препаратът Labetalol,

който блокира α_1 и β_1 рецепторите.