

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

ГЛЮКООКСИДАТИВЕН СТРЕС И СПОНТАННИ АБОРТИ ПРИ БРЕМЕНИ ЖЕНИ С ДИАБЕТ ТИП I

Тодорова К., Ст. Иванов*, В. Мазнейкова, М. Генова

СБАЛАГ „Майчин дом“

МБАЛ „Александровска“*

Резюме. Бременностите при жени със захарен диабет са състояние на повишен глюкooksидативен стрес, който може да бъде токсичен за развиващия се ембрион.

Цел: да се изследва нивото на селена и глутатион пероксидазата (Gl-Px) при бременни жени с диабет тип I и се установи връзка с гликемичния контрол на диабета в първи триместър на бременността и наблюдаваните спонтанни аборти.

Материал и методи: За 1 г. период в "СБАЛАГ - Майчин дом" са изследвани 75 бременни жени със срок на бременността до 12 г.с. Бременните са разделени в три групи: I група $n = 30$ бременни жени със захарен диабет тип I с нормално протекла бременност, II група $n = 16$ бременни жени с диабет тип I с настъпили спонтанни аборти и III група $n = 29$ бременни контроли.

Активността на Gl-Px в клетките бе установена в еритроцитен хемолизат на EDTA плазма в Германия. Концентрацията на селена беше определена в еритроцитен хемолизат на EDTA чрез атомно абсорбционна спектрофотометрия. Изследването на гликиран хемоглобин и кръвна глюкоза беше направено в ЦКЛ на "МБАЛ - Александровска".

Резултати.

1. Нивото на селена в ранна бременност е ниско и клони към долната референтна граница в трите групи бременни жени, като установените разлики са статистически не значими. I-ва група 0.12 ± 0.6 $\mu\text{mol/l}$, II-ра група 0.13 ± 0.1 $\mu\text{mol/l}$, III-та група 0.13 ± 0.7 $\mu\text{mol/l}$ ($P > 0.05$)

2. Активността на Gl-Px е статистически значимо повишена при здравите контроли 47.8 ± 13.3 U/g Hb и при бременните с диабет с настъпили спонтанни аборти 48.6 ± 8.4 U/g Hb, в сравнение с бременните с диабет и нормално протекла бременност. Не се установява статистически значима разлика в активността на Gl-Px при бременните с диабет със спонтанни аборти и здравите контроли ($P > 0.05$).

3. Установява се обратна корелация между концентрацията на селена и активността на Gl-Px при бременните контроли - $r = -0.4$ ($P < 0.05$). Не се установява корелационна връзка между селена и активността на Gl-Px при двете групи бременни с диабет.

4. Съществува отрицателна корелация между нивата на препрандиалната глюкоза и концентрацията на селена при бременните с диабет и спонтанни аборти. $r = -0.38$ ($P < 0.001$)

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

ЧЕСТОТА НА МАЛКИ И ГОЛЕМИ ФЕТАЛНИ АНОМАЛИИ ПРИ ДИАБЕТИЧКИ С ВИСОКИ ИЗХОДНИ НИВА НА ГЛИКИРАН ХЕМОГЛОБИН В РАННА БРЕМЕННОСТ

Тодорова К., В. Мазнейкова, Ст. Иванов, М. Генова *

СБАЛАГ "Майчин дом" София

*СБАЛ "Александровска"

Резюме. Цел: да се проучи връзката между майчината хипергликемия в ранна бременност и риска от възникване на аномалии.

Материал и методи: Извършено е ретроспективно проучване върху 124 бременни жени с I-ви тип захарен диабет, хоспитализирани в Клиника по Висок майчин риск СБАЛАГ "Майчин дом", за периода я. 1998 г. - я. 2004 г. Бременните жени са разделни в две групи: I група жени без фетални аномалии $n = 105$ и II група жени с фетални аномалии $n = 19$. Бременните с фетални аномалии са подразделени на две групи: жени с усложнени с големи аномалии бременности $n = 13$ и жени с усложнени с малки аномалии бременности $n = 6$. Бременните жени са разпределени в класове според класификацията на White, - 38 бременности са при жени с клас В диабет, 35 бременности са при жени с клас С диабет, 39 бременности - при жени с клас Д диабет и 12 - при жени с клас R/F. Измерени са нивата на препрандиална глюкоза, постпрандиална глюкоза и гликиран хемоглобин в 13 г.с.

Резултати: От общо 124 бременности при жени с диабет тип I - 105 бременности са без фетални аномалии. Малформирани фетуси са установени при 19 (15.3%) от общо 124 бременности, от които: 13 (10.4%) големи и 7 (5.6%) малки. Най-висока честота на фетални аномалии се установява в класовете D - 7 (17.9%) и R/F - 3 (25%). Изходните нива на препрандиалната глюкоза - $9.54 (SD \pm 3.59)$ mmol/l и постпрандиалната глюкоза - $10.52 (SD \pm 1.81)$ mmol/l при жените с фетални аномалии са статистически значимо по-високи, в сравнение с тези на препрандиалната глюкоза $7.39 (SD \pm 2.82)$ mmol/l ($P = 0.021$) и постпрандиалната глюкоза $8.66 (SD \pm 3.17)$ mmol/l при жените без аномалии ($P = 0.014$). Средното изходно ниво на гликирания хемоглобин е сигнификантно по-високо при бременностите усложнени с аномалии - $HbA1c = 9.01\% (SD \pm 1.53)$, в сравнение с тези без аномалии $8.06\% (SD \pm 1.64)$ ($P = 0.022$). Съществува връзка между нивото на HbA_{1c} и честотата на наблюдаваните аномалии. При ниво на HbA_{1c} под 7.9% честотата на конгениталните аномалии е 6.9%. При измерено средно ниво на HbA_{1c} между 8.0% и 9.9% честотата на аномалиите е 19.0%. При средно ниво на HbA_{1c} между 10% или над 10%, честотата на структурните аномалии е 31.5%. Установява се логистична зависимост между високите изходни нива на гликирания хемоглобин и постпрандиалната глюкоза, и рискът от възникване на аномалии. Определен е относителният

УЛТРАЗВУКОВ СКРИНИНГ ЗА СИНДРОМ НА ДАУН И ДРУГИ ХРОМОЗОМНИ АНОМАЛИИ ЧРЕЗ ИЗМЕРВАНЕ НА НУХАЛНАТА ТРАНСЛУЦЕНЦИЯ НА ПЛОДА МЕЖДУ 11-14 ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА

В. Димитрова¹, Д. Марков¹, Т. Чернев¹, Ж. Карагьозова¹, В. Мазнейкова¹,
С. Андонова¹, Р. Въжарова²

1 - СБАЛАГ "Майчин дом" ЕАД, Катедра по акушерство и гинекология,
Медицински университет, София

2 - Катедра по медицинска генетика,
Медицински университет, София

Резюме. Цел: Да се оценят възможностите за ултразвуков [УЗ] скрининг за синдром на Даун [СД] и други хромозомни аномалии [ХЗА] на плода между 11-14 гестационна седмица [г.с.] чрез измерване на специфичен ехографски маркер - нухална транслуценция [НТ].

Материал и методи: Проведено беше проспективно лонгитудинално проучване върху 408 едноплодни бременности между 11+0 и 14+0 г.с. в СБАЛАГ-Майчин дом". Ултразвуковото изследване [УЗИ] беше извършвано от трима опитни ехографисти трансабдоминално [ТА] и/или трансвагинално [ТВ] с УЗ апаратура от среден клас. То включваше определяне на броя и жизнеспособността на плодовете, измерване на НТ и изследване на феталната морфология. Оценката на риска за СД се извършваше чрез компютърна програма на Фондацията за Фетална медицина [ФФМ], Великобритания. При изчислен риск за СД?1:300 се предлагаше инвазивна пренатална диагностика [ПД] - биопсия на хорион [БХ] между 11-14 г.с. или амниоцентеза [АЦ] след 15 г.с. и насочено ехографско проследяване през бременността, вкл. фетална ехокардиография [ФЕхоКГ]. Полученият при ПД материал се изследваше цитогенетично, чрез ДНК анализ и/или чрез флуоресцентна ин ситу хибридизация [FISH]. При плод с ХЗА се предлагаше възможността за аборт по медицински показания. Информацията за изхода на бременността се получаваше от история на заболяването, насочващия лекар или лично от пациентките.

Резултати: 108 (26%) от изследваните 408 бременни бяха над 35 год., а 300 (74%) - под 35 год. Установени бяха общо 9 случая (2,2%) с ХЗА на плода - 6 с тризомия 21 [Т21], 2 - с тризомия 18 [Т18] и един - със синдром на Търнър. Общата чувствителност на скрининга чрез НТ за СД беше 66,7%, а за ХЗА като цяло - 77,7%, при съответно 13,4% и 12,8% фалшиво-положителни резултати [ФПР]. 3-те случая с ХЗА, различни от СД, бяха скрининг-положителни. Чувствителността на скрининга за ХЗА за възрастовата група над 35 г. беше 80% при 35% ФПР. За възрастовата група под 35 г. съответните показатели бяха 75% и 5,1%. При 50 от 58 скрининг-положителни пациентки беше извършена инвазивна ПД, в т.ч. - при 7 от тези с ХЗА на плода. В 7-те случая с доказана ХЗА на плода бременността беше прекъсната.

Изводи: Скринингът за СД чрез измерване на НТ между 11-14 г.с. е с висока чувствителност и специфичност. Чрез него се идентифицират и други ХЗА, които се пропускат при биохимичния серумен скрининг [БХСС] във втори триместър. Инвазивната ПД се извършва рано, а прекъсване на бременността при засегнат плод става едновременно. Възможен е скрининг при многоплодна бременност, а също и диагноза на някои големи структурни аномалии на плода.

Ключови думи: Нухална транслуценция, синдром на Даун, хромозомни аномалии, пренатален скрининг, първи триместър.

ULTRASOUND SCREENING FOR DOWN SYNDROME AND OTHER CHROMOSOMAL ABNORMALITIES BY FETAL NUCHAL TRANSLUCENCY MEASUREMENT BETWEEN 11-14 WEEKS OF GESTATION

V. Dimitrova¹, D. Markov¹, T. Chernev¹, Zh. Karagyozyova¹, V. Mazneikova¹, S. Andonova¹,
R. Vazarova²

1 - State University Hospital „Maichin Dom“, Department of Obstetrics and gynecology,
Medical University, Sofia

2 - Department of Medical Genetics, Medical University, Sofia

Abstract. Aim: To assess the feasibility of nuchal translucency [NT] measurement as a screening tool for Down syndrome [DS] and other chromosomal anomalies [ChA] between 11-14 weeks of gestation [w.g.].

часа следва да се назначават антибиотици с широк спектър и продължителен период на действие в една доза, а краткотрайно действащите антибиотици се назначават в повторни дози.

2. Между двата модела на използване на антибиотичните средства в нашето проучване (за профилактика и за лечение) по отношение на средния брой пролежани дни се вижда, че разликата е приблизително един ден, което е свързано със съответните икономически ползи.

3. Антибиотичната профилактика е със сходна терапевтична ефективност като антибиотичното лечение, но значително по-изгодна икономически. Затова ние смятаме, че трябва да и се отдава предпочитание винаги когато обстоятелствата позволяват приложението и.

Книгопис

1. Доганов Н., Антибиотици - приложение в акушерството и гинекологията. УИ "Св. Климент Охридски", 1996

2. Йорданов Г.Н., Катранушкова С., Бактериални инфекции в акушерството и гинекологията. Медицина и физкултура, 1980

3. Стойков С., Попов Й., Приложение на антибиотика Cefoxitin (Mefoxin) в гинекологичната практика. 1997, 3, 57-59

4. Зайцев А.А., Карпов О.И. Антибиотики в неотложной медицине. Анестезиология и реаниматология 1997, 3, 10-14

5. Хелл К. Роль антибиотиков в профилактике хирургических инфекций. Сравнительный анализ краткосрочно - действующих антибиотиков и антибиотиков пролонгированного действия. Анестезиология и реаниматология 1997, 3, 8-10

6. Henry-Suchet J., B. Douyeb, Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 1987, 82, 281-284

7. Verhoest P. et al., J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1994, 23, 39-46

8. Vlahovic-Palcevski V, Morovic M, Palcevski G., Antibiotic utilization at the university hospital after introducing an antibiotic policy. Eur J Clin Pharmacol. 2000 Apr; 56(1), 97-101

Акуш. и гинекол., Vol. 43, №7, 2004
Obstet. & Gynecol., Vol. 43, №7, 2004

Постъпила - Април 2004
Received - April 2004

ЕФЕКТ НА ГЛИКЕМИЧНИЯ КОНТРОЛ ВЪРХУ ЧЕСТОТАТА НА СПОНТАННИТЕ АБОРТИ ПРИ ЖЕНИ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП I

К. Тодорова, В. Мазнейкова, Ст. Иванов, М. Генова*

СБАЛАГ "Майчин дом" София

*Катедра по Клинична лаборатория и имунология

Резюме: Бременните жени с диабет тип I и лош метаболитен контрол имат повишена честота на спонтанни аборти.

Цел: Да се определи взаимовръзката между лошия гликемичен контрол на диабета в ранна бременност и рискът от възникване на спонтанни аборти.

Материал и методи: Извършено е ретроспективно проучване върху 126 бременни жени с диабет тип I хоспитализирани в СБАЛАГ - Майчин дом за периода я. 1998 г. - я. 2004 г. Бременните са разпределени в две групи: I група - бременни жени с диабет тип I без аборти $n_1 = 105$ и II група - бременни жени с диабет тип I с настъпили спонтанни аборти $n_2 = 21$. Бременните жени с диабет тип I без аборти са подразделени на жени с предварително планирана бременност $n_1 = 43$ и жени със случайно настъпила бременност $n_2 = 62$. Проследявани са нивата на пре- и постпрандиалната гликемия и гликиран хемоглобин $Hb A_{1c}$ в първи триместър.

Резултати: Спонтанни аборти са наблюдавани при 21 (16.6%) от общо 126 бременни жени. Изходната постпрандиална гликемия при абортиралите жени е сигнификантно по-висока 11.2 ± 4.2 mmol/l, в сравнение с тази при жените без аборти: 8.67 ± 3.14 mmol/l ($p = 0.001$), а препрандиалната гликемия е сигнификантно по-ниска 6.9 ± 2.5 mmol/l и съотв. 7.39 ± 2.8 mmol/l при жените без аборти ($P = 0.001$). Средните концентрации на $Hb A_{1c}$ в първи триместър са по-високи при жените с аборти $10.18\% \pm 1.5$, в сравнение с жените без аборти $8.0\% \pm 1.6$ ($p = 0.018$). Не съществува статистически значима разлика в честотата на абортите при жените от двете групи разделени по тежест и

ЗА ПРАКТИКАТА

ПЕНТАЛОГИЯ НА CANTRELL АСОЦИИРАНА С УВЕЛИЧЕНА НУХАЛНА ТРАНСЛУЦЕНЦИЯ В 12+1 Г.С.

Марков Д., Чернев Т., Димитрова В., Мазнейкова В.

СБАЛАГ "Майчин дом" – София

Резюме. Пенталогията на Cantrell представлява рядък спорадичен полималформативен синдром с неясна етиология, включващ пет големи структурни аномалии. Представяме случай с пенталогия на Cantrell, асоцииран с увеличена нухална транслуценция [НТ] на плода, който беше диагностициран в 12+1 гестационна седмица [г.с.]. Бременността се прекъсна еднотайно в 12+3 г.с.

Ключови думи: пенталогия на Cantrell, нухална транслуценция, първи триместър

PENTALOGY OF CANTRELL ASSOCIATED WITH INCREASED NUCHAL TRANSLUCENCY AT 12+1 W.G.
Markov D., Chernev T., Dimitrova V., Mazneikova V.

State University Hospital of Obstetrics and Gynecology „Maichin dom“

Abstract. Pentalogy of Cantrell is a rare sporadic syndrome with unknown etiology including five major system organ malformations. We present a case of pentalogy of Cantrell associated with increased nuchal translucency [NT] which was diagnosed at 12+1 weeks of gestation [w.g.]. Termination of pregnancy was performed at 12+3 w.g.

Key words: pentalogy of Cantrell, nuchal translucency, first trimester

Въведение

Пенталогията на Cantrell представлява рядък спорадичен полималформативен синдром с честота 1: 100 000-200 000 раждания [3], описан за първи път от Cantrell в 1958 г. [6]. Основните компоненти на пенталогията включват: 1) супраумбиликален дефект на предна коремна стена; 2) дефект в долната част на стернума; 3) предна диафрагмална херния; 4) дефект на диафрагмалния перикард с ектопично разположение на сърцето (ectopia cordis); 5) сърдечни аномалии (атрио-вентрикуларни дефекти, междуклапни септални дефекти, тетралогия на Fallot и др.) [4]. Счита се, че констелацията от структурни аномалии при пенталогията на Cantrell се дължи на абнормно разделяне на спланхниковата и соматичната мезодерма, настъпващо в хода на ембриогенезата между 14 и 18-ия ден след оплождането. Дефектите в диафрагмата и перикарда се дължат на абнормно развитие на septum transversum, докато стернумът и дефектът на предна коремна стена вероятно се причиняват от неправилна миграция на мезодермалните структури [5].

Пренаталната диагноза на пенталогията на Cantrell е възможна в първи триместър в зависимост от размера и тежестта на аномалията [2,11,12]. Представяме случай с този рядък полималформативен синдром, който беше асоцииран с увеличена НТ на плода в 12+1 г.с.

Представяне на случай

Касае се за 27 годишна пациентка, гравидна 1, пара 0, без особености в миналата и фамилната анамнеза, която пожела да участва в програмата за ултразвуков скрининг за структурни и хромозомни аномалии на плода между 11-14 г.с., провеждана в Клиниката по Фетална медицина, СБАЛАГ „Майчин дом“. Поради изразено ретроверзио-флексия на матката и невъзможност за адекватно визуализиране чрез трансабдоминален достъп се извърши трансвагинално ултразвуково изследване [УЗИ] с ехографски апарати ALOKA 900 SSD и 1700 SSD (Aloka Corp., Japan). Установи се жизнеспособна едноплодна вътрематочна бременност в 12+1 г.с. с феталната биометрия, отговаряща на срока на аменореята (парието-сакрален размер [ПСР]=51.2 мм). Веднага направи впечатление, че НТ на плода е абнормно увеличена (НТ=5.6 мм) (Фиг. 1). Допълнително, по предна коремна стена се установи наличието на голямо супраумбиликално омфалоцеле с нормална инсерция на пъпната връв, изхождаща от върха на херниалния сак (Фиг. 1 и 2). Омфалоцелето беше с размери 10x12 мм и включваше в състава си чревни бримки и черен дроб (Фиг.1 и 2). Освен това се визуализира и предна диафрагмална херния с абнормно разположение на сърцето на плода - ectopia cordis. На практика феталното сърце се намираше на границата между

КАЗУИСТИКА

АНТЕНАТАЛНА ДИАГНОЗА НА PLACENTA PREVIA/ACCRETA FOCALIS ЧРЕЗ УЛТРАЗВУК И ЦВЕТЕН ДОПЛЕР

В. Мазнейкова, А. Димитров

СБАЛАГ "Майчин дом", София

ANTENATAL ALTRASONOGRAPHIC (COLOR DOPPLER) DIAGNOSIS OF PLACENTA ACCRETA

Maznejkova, V., A. Dimitrov

Abstract. A case of placenta previa/accreta focalis was diagnosed at 29 weeks gestation in a 40-year-old patient using color Doppler ultrasound. A picture of intense blood flow within the placental sonolucent spaces, with vessels crossing from the placenta into the uterine wall was evident. A Cesarean section was performed. The macroscopic examination of the uterus during the operation revealed a focal invasion of the placental villi throughout the myometrium.

Увод

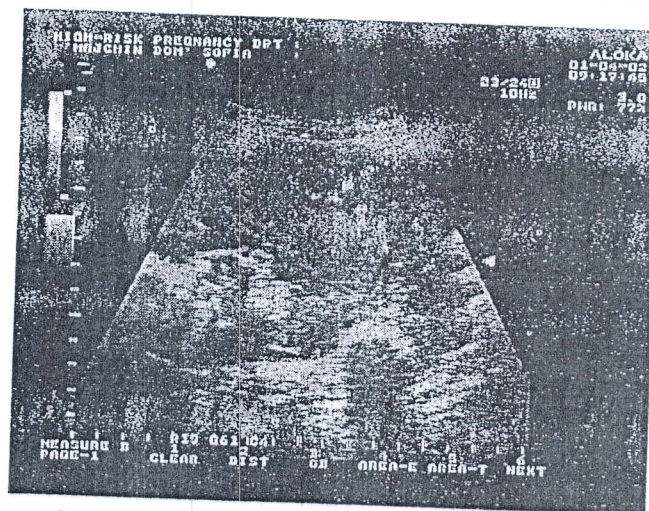
Връзката между placenta previa, прекарано Цезарово сечение, множество маточни кюртажи, мултипаритет и патологична плацентация е добре известна.

Докато ултразвуковата диагноза на placenta praevia е златен стандарт в тези случаи, то патологичното прикрепване на плацентата се диагностицира едва по време на плацентарния период при вагинално или абдоминално раждане. В периодичната литература има малко на брой публикации за антенатална ултразвукова диагноза на placenta accreta (4,5). За типична ехографска находка се приема: 1. Загуба на нормалната субплацентарна хипоехогенна зона и 2. Промени в структурата на миометриума. Едва в последните години се появиха няколко статии, посветени на възможностите на цветното Доплерово изследване при диагностицирането на placenta accreta/increta/percreta при отделни пациентки (2,4,6-8).

Описание на случая

Касае се за 40 годишна пациентка Д.Л.Г., И.Р. №1233 от 28.3.2002 г., бременна за пети път, с 3 нормални по механизъм раждания и един аборт по желание. Постъпва в Родилна клиника с изтекли околоплодни води, без родилна дейност в 29 г.с. по последна редовна менструация. При ултразвуковото изследване се установява предна, ниско локализирана плацента, с липса на нормалната субплацентарна хипоехогенна зона в нейния дистален край. При Доплеровото изследване на този съмнителен за патологична плацентация участък се забелязват множество цветни сигнали в хипоехогенните плацентарни зони, както и навлизане на съдове от плацентата

към миометриума (Фигура 1). Пет дни след хоспитализацията се пристъпва към планово Цезарово сечение поради параклинични данни за хориоамнионит и ултразвукови данни за ниско прикрепена плацента при неблагоприятен цервикален статус и недоносен плод. Коремът се отваря с разрез по Pfannenstiel, а матката с



Фиг. 1. Множество цветни сигнали в хипоехогенните плацентарни зони и навлизане на съдове от плацентата към миометриума

истмико-лонгитудинален разрез. При отварянето на матката със скалпел постепенно се навлезе в плацентата, от където започна обилно кървене. Направи се опит за дигитално сепариране на плацентата, за да се даде възможност с ножица и под контрола на пръстите да се доразшири началният разрез на матката. Дигиталното сепариране на плацентата се оказа невъзможно. Това наложи да се пробие плацентата и разрезът да се доразшири с ножица и скалпел. Екстрахира

УЛТРАЗВУКОВ СКРИНИНГ ЗА СТРУКТУРНИ И ХРОМОЗОМНИ АНОМАЛИИ ПРИ ИВОТ МНОГОПЛОДНА БРЕМЕННОСТ В ПЪРВИ ТРИМЕСТЪР

Марков Д.¹, Чернев Т.¹, Димитрова В.¹, Мазнейкова В.¹, Leroy Y.², Jacquemyn Y.², Ramaekers P.², Van Bulck B.³, Loquet P.²

¹СБАЛАГ "Майчин дом", гр София,

²University Hospital Antwerpen, Белгия, ³St. Erasmus Hospital Antwerpen, Белгия

СБАЛАГ "Майчин дом" – София

Директор: доц. Н.Доганов, дм; Ръководител катедра АГ: доц. А.Димитров, дм

РЕЗЮМЕ

Цел на проучването: Да оцени възможностите за ултразвуков [УЗ] скрининг за структурни и хромозомни фетални аномалии при многоплодна бременност в първи триместър. **Методи:** Проведе се проспективно лонгитудинално проучване върху 32 случая с многоплодна бременност. Във всеки случай се осъществиха две УЗИ - едно между 6-9 гестационна седмица [г.с.], и второ - между 11+0 и 14+6 г.с. Прегледите целяха определяне броя и жизнеспособността на фетусите, установяване на хориалността/амниалността, фетална биометрия, измерване на нухалната транслуценция [НТ], оценка на риска за хромозомна аномалия и изследване на феталната морфология. Увеличена НТ \geq 95 персантил и/или диагностицирането на структурна аномалия се приемаше показание за инвазивна пренатална диагностика и фетално кариотипиране. В случаи с хромозомна или структурна фетална аномалия или при многоплодна бременност от висок порядък (\geq 3 плода) се предлагаше селективен фетоцид. Информацията за изхода на бременността се получаваше от физикалния преглед на близнаците и плацентите post partum, историята на раждането, насочващия лекар или родителите. **Резултати:** От изследваните 32 случая, в 28 се установи двуплодна, а в останалите 4 - триплодна бременност. Двуплодните бременности бяха разпределени както следва - 68% (19/28) бихориати-биамниоти [Би-Би], 25% (7/28) - монохориати-биамниоти [Мо-Би] и 7% (2/28) монохориати-моноамниоти [Мо-Мо]. Установиха се 4 случая с увеличена НТ на единия от близнаците (1 - асоцииран с тризомия 21), 2 случая със структурни аномалии (1 - дискордантен за екзенцефалия и 1 - със сраснали близнаци), 2 случая с фето-фетален трансфузионен синдром [ФФТС] манифестиращ се във втори триместър (1 - асоцииран с увеличена НТ между 11-14 г.с.), 1 случай на TRAP [twin-reversed arterial perfusion] синдром и 1 случай с преплитане на пъпните върви при моноамниоти. Допълнително, в 4 случая единият близнак беше абортиран спонтанно в първи триместър (синдром на изчезващия близнак), като в други 2 настъпи спонтанен аборт и на двата плода преди 24 г.с. От четирите триплодни бременности в 2 случая се извърши селективен фетоцид, в един бременността се износи до 33г.с., а в последния - родителите пожелаха прекъсване на бременността. **Изводи:** УЗИ в първи триместър представлява метод на избор за диагностика на големите структурни фетални аномалии при многоплодна бременност. Увеличената НТ между 11-14 г.с. на всеки от близнаците може да се използва като средство за скрининг за хромозомни аномалии или да прогнозира развитието на ФФТС в по-късен гестационен срок при монохориати. Селективният фетоцид в първи триместър при многоплодна бременност от висок порядък или при дискордантност за аномалия представлява опция в акушерското поведение.

Ключови думи: многоплодна бременност, първи триместър, нухална транслуценция

FIRST TRIMESTER ULTRASOUND SCREENING FOR STRUCTURAL AND CHROMOSOMAL FETAL ANOMALIES IN MULTIPLE PREGNANCY

Markov D, Chernev T, Dimitrova V, Mazneikova V, Leroy Y, Jacquemyn Y, Ramaekers P, Van Bulck B, Loquet P.

ABSTRACT

Aim of the study: To assess the feasibility of first trimester ultrasound screening for structural and chromosomal fetal anomalies in multiple gestations. **Methods:** An observational prospective follow up study was carried out in 32 cases of multiple pregnancies. Two scans were scheduled in each case - the first, between 6-9 weeks of gestation (w.g.) and the second, between 11-14 w.g. The aim was assessment of fetal number, viability, chorionicity/amnionicity and fetal biometry. In addition, nuchal translucency [NT] measurement, assessment of risk for chromosomal anomalies and fetal anatomy survey were always performed. Increased

ЛЕЧЕНИЕ С НИСКОМОЛЕКУЛЯРЕН ХЕПАРИН ПРИ БРЕМЕННИ ЖЕНИ С ВИСОК ТРОМБОЗЕН РИСК

Д-р Катя Тодорова, д-р В. Мазнейкова, доц. Ст. Иванов

Клиника по високо рискова бременност СБАЛАГ "Майчин дом" София

Промените в циркулиращият кръвен обем и хемостатичните механизми, заедно с подтисната фибринолиза при нормална бременност, спомагат да се намали рискът от кървене при раждане, но превръщат бременността в хиперкоагулитетно състояние.

Дълбокият венозният тромбоемболизъм (ДВТЕ) е най-честото и най-сериозната усложнение на нормално протичащата бременност и представлява сериозен медицински и социален проблем. БТЕ продължава да бъде първостепенна причина за майчина смърт, на фона на общото понижаване на майчината смъртност дължаща се на акушерски усложнения през последните 30 г.

Намаление на майчината смъртност и заболяемост от венозен тромбоемболизъм, може да бъде постигнато само след детайлно изясняване на предразполагащите фактори и селективно прилагана профилактика при жените с висок риск.

Интересите на изследователите през последните 20 години се насочиха към жените, при които има повишен риск от загуба на бременността, поради тромбоза на плацентарните капилляри. Доказа се, че вродената или придобита тромбофилия е каузален фактор за възникване на артериални и венозни тромбози с последваща рекурентна загуба на плода, по механизми, които все още са недобре проучени.

Венозен тромбоемболизъм и бременност

Честотата на дълбокият венозният тромбоемболизъм през бременността е между 0.7-1.3/1000 бременни жени. За сравнение, честотата на венозният тромбоемболизъм при небременни жени в репродуктивна възраст е 1/10 000 жени, или рискът е увеличен десетократно (11).

Белодробният тромбоемболизъм (БТЕ) е водеща причина за майчина смърт в Западната акушерска практика. Епидемиологични проучвания на Treffers и сътр. показват, че честотата на фаталният БТЕ в късна бременност нараства, като от 11% до 27% от случаите с БТЕ завършват летално (11).

Вероятната причина за това е нехомогенното разпределение на рисковите фактори през бременността, както и продължителната

хоспитализация и имобилизация на бременните в процеса на лечение на прееклампсия или кръвотечения на бременността.

След раждането, най-рисковият период за възникване на фатален БТЕ са първите 24 часа. Рискът е еднакво висок както при оперативно, така и при нормално раждане. Рискът остава висок през първата седмица и постепенно намалява в последващите две-три седмици след раждането.

Причините за високата честота на ДВТЕ през бременността се обобщават като не правилно оценени клинични симптоми, подценени рискови фактори, неточно поставена диагноза или неадекватно терапевтично поведение.

Рискът от повтаряемост в следваща бременност или в пuerпериума е висок - между 1% и 15%.

Рискови фактори

Различни фактори могат да обусловят повишената честота на тромбозите през бременността. Някои от тях са чисто анатомични - венозна стаза и атония, в следствие на компресия на вените от нарастващата матка, или ендотелни увреждания на тазовите съдове при вагинално или абдоминално раждане.

Нормалната бременност се характеризира с дълбоки промени в хемостазата, включващи повишена тромбоцитна активация и спонтанна деградуация, повишена тромбинова продукция и намаление на фибринолизата. Тези промени са от изключителна важност при жените с хипертония и прееклампсия.

През бременността настъпва прогресивно нарастване в концентрацията на фактор XII, фактор VIII, VII, X, фактора на Willebrand и значително, почти двукратно нарастване в концентрацията на фибриногена.

Паралелно с нарастване на прокоагулационните фактори, настъпва понижаване на естествените антикоагуланти, от които с най-голямо клинично значение са антитромбин III, протеин С и неговият кофактор протеин S.

Антитромбин III е незаменим ко-фактор на хепарина и оказва въздействие върху фактор Ха и протромбина. Протеин С и неговият ко-фактор протеин S инхибират активността на прокоагу-

МОЖЕ ЛИ ОБУЧЕНИЕТО ПРЕЗ БРЕМЕННОСТТА ДА ПОДОБРИ ПЕРИНАТАЛНАТА ПРОГНОЗА НА ДИАБЕТНАТА БРЕМЕННОСТ?

К. Тодорова, В. Мазнейкова, Ст. Иванов

Специализирана акушерска клиника "Майчин риск"
СБАЛАГ "Майчин дом", София

Резюме

Цел: Да се определи ролята на обучението в общия лечебен план на диабета през бременността и да даде оценка на влиянието на обучението за намаляване на честотата на майчините и неонаталните усложнения.

Извършено е ретроспективно проучване върху 56 бременни жени с I-ви тип захарен диабет за периода януари 1999 - януари 2000г. Бременните са хоспитализирани през всеки триместър на бременността за контрол на въглехидратния метаболизъм и проследяване на развитието на бременността. Всички бременни са лекувани с интензифициран инсулинов режим тип базално-прандиален. Диетата е била съобразено с нуждите на бременността. При 30 жени - група 1, е проведено обучение по специално създадена за целта програма, обхващаща всички аспекти на проблема за диабет и бременност. Обучението е повтаряно при всяка следваща хоспитализация. Целта на обучението е била да се създаде положителна мотивация за постигане и поддържане на по-добър метаболитен контрол ($HbA_{1c} < 7.5\%$) през бременността.

Определена е честотата на наблюдаваните усложнения при майката - прогресия на непролиферативна ретинопатия към пролиферативна, развитие на преeklampсия, като причинен фактор за родоразрешение преди 37 г.с., а при новородените - развитие на респираторен дистрес и перинатална смъртност.

Резултати. Съществува статистически значима разлика в нивата на гликирания хемоглобин. В групата на обучаваните жени е постигнат по-добър метаболитен контрол като $HbA_{1c} = 7.5\%$, докато в групата на необучаваните жени метаболитният контрол е лош $HbA_{1c} = 8.4\%$, независимо от приложеното диетно- и инсулинолечение. 25 (84.4%) от децата родени от обучавани майки са с нормално телесно тегло между 3000 и 4000 гр. 2 (6.6%) от новородените са с тегло под 3000 гр. и 3 (10%) са с тегло над 4000 гр. В групата на обучаваните жени не се установява прогресия на ретинопатията от непролиферативен към пролиферативен тип, докато такава е настъпила при 3 необучавани жени. Общо 22 жени са развили преeklampсия, която е протекла като лека или умерена при обучаваните жени и като умерено-тежка и тежка при необучаваните жени. Общо 6 жени с умерено-тежка и тежка форма на преeklampсия са родили преди 37 г.с. Няма перинатално загинали деца при обучаваните жени. При необучаваните бременни 2 деца са починали антенатално и едно след оперативна корекция на вроден сърдечен дефект. Респираторен дистрес синдром е установен при 6 (6.6%) деца от първата група и при 9 (16.6%) деца от втората група.

Заклучение. Обучението е ключов фактор в комплексния лечебен план на диабета през бременността. То създава положителна мотивация за постигане и поддържане на по-добър метаболитен контрол на диабета през бременността. Честотата на майчините и неонатални усложнения е по-голяма при необучаваните жени. След обучението честотата на майчините и неонатални усложнения намалява сигнификантно, а перинаталната прогноза се подобрява.

Ключови думи: обучение, бременност, диабет, усложнения на диабета, диета, преeklampсия, HbA_{1c}

CAN EDUCATION DURING PREGNANCY IMPROVE THE PERINATAL OUTCOME IN DIABETIC PREGNANCIES?

K. Todorova, V. Mazneikova, St. Ivanov

Summary

The aim of the study was to define the role of education for the complex treatment plan of diabetes during pregnancy and to estimate the impact of education for the reduction of the incidence of maternal and neonatal complications.

Study design. A retrospective study of 56 pregnant women with diabetes was carried out. They were hospitalized in the High-risk pregnancy Department from January 1999 till January 2000. All pregnant women were admitted to the hospital in each trimester of pregnancy for control of carbohydrate metabolism and follow-

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

УЛТРАЗВУКОВ СКРИНИНГ И ДИАГНОСТИКА НА СТРУКТУРНИТЕ АНОМАЛИИ НА ПЛОДА МЕЖДУ 11-14 г.с.

Марков Д.¹, Чернев Т.¹, Димитрова В.¹, Мазнейкова В.¹, Leroy Y.², Jacquemyn Y.², Ramaekers P.², Van Bulck B.³, Loquet P.²

¹СБАЛАГ "Майчин дом", гр. София,

²University Hospital Antwerpen, Белгия

³St. Erasmus Hospital Antwerpen, Белгия

СБАЛАГ "Майчин дом" – София

Директор: доц. Н. Доганов, дм

Ръководител катедра АГ: доц. А. Димитров, дм

РЕЗЮМЕ

Цел на проучването: Да оцени възможностите за ултразвуков скрининг и диагностика на структурните аномалии на плода между 11-14 г.с.

Методи: От март 2000 до май 2003 г. в три перинатални центъра се проведе проспективно лонгитудинално проучване от седем опитни ехографисти с ултразвукова [УЗ] апаратура от среден и висок клас. Бяха сканирани 1135 витални плода между 11+0 и 14+6 гестационна седмица [г.с.]. Ултразвуковото изследване [УЗИ] включваше определяне на броя и жизнеспособността на фетусите, измерване на нухалната транслуценция [НТ] и оценка на феталната морфология според стандартните протоколи, описани в литературата. Увеличена НТ \geq 95 персантил и/или диагностицирането на структурна аномалия се приемаше за показание за инвазивна пренатална диагностика (кариотипиране на плода) и насочено ехографско проследяване, включващо повторна оценка на феталната морфология между 18-22 г.с., фетална ехокардиография и трето УЗИ между 28-32 г.с. Информацията за изхода от бременността се получаваше от история на заболяването, насочващия лекар или лично от пациентките.

Резултати: Честота на структурни фетални аномалии в настоящето проучване беше 4,6% (53/1135). 22% (12/53) от тях бяха диагностицирани между 11-14 г.с., като в 9 случая беше доказан нормален кариотип на плода, а в 3 - хромозомни дефекти. Допълнително в 10 случая с увеличена НТ, с или без генерализиран неимунен хидропс, при последващо ехографско проследяване в по-късен гестационен срок бяха установени 1 вродена сърдечна малформация (ВСМ) (1/10), 1 генетичен синдром - ахондроплазия (1/10), а останалите бременности завършиха със спонтанен аборт (8/10). Като цяло чрез УЗИ в първи триместър бяха диагностицирани 22% (12/53) от структурните аномалии на плода. Чрез УЗИ в първи и втори триместър бяха открити 69% (37/53), а чрез трите УЗИ - 79% (42/

17. Lidegaard O, Milsom I. Oral contraceptives and thrombotic diseases: impact of new epidemiological studies. *Contraception*. 1996; 53:135-139.
18. New Zealand Committee RANZCOG. Oral contraceptives and venous thromboembolism. *NZ Med J*. 2000; 13: 196.
19. Lidegaard O. The influence of thrombotic risk factors when oral contraceptives are prescribed. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997; 76: 252-60.
20. Rosing J, Middeldorp S, Curvers J, et al. Low dose oral contraceptives and acquired resistance to activated protein C: randomised cross-over study. *Lancet* 1999; 354: 2036-2040.
21. Vanderbroucke JP, van der Meer FJM, Helmerhorst FM, Rosendaal FR. Factor V Leiden: should we screen oral contraceptive users and pregnant women? *BMJ* 1996; 313: 1127-1130.
22. Darney PD. OC practice guidelines: minimizing side effects. *Int J Fertil*. 1997; 42 (suppl 1):158-69.
23. Speroff L & DeCherney A, and the Advisory Board for the New Progestins. Evolution of a new generation of oral contraceptives. *Obstet Gynecol*. 1993; 81:1034-7.
24. Bea C. Tanis, M.D., Maurice A.A.J. van den Bosch, M. Oral contraceptives and the Risk of Myocardial Infarction. *NEJM* 2001; 345: 1787-1793.
25. Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB, et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation*. 1998; 98:1058-63.
26. WHO. Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives. Results of an international multicentre case-control study. *Lancet*. 1997; 349: 1202-9.
27. Schwartz S, Siscovick D, Longstreth Wt Jr, Psaty B, Beverly K. Use of low-dose oral contraceptives and stroke in young women. *Ann Intern Med*. 1997; 127: 596-603.
28. Winkler U H. Hemostatic effect of third- and second-generation oral contraceptives: absence of a causal mechanism for a difference in risk of venous thromboembolism. *Contraception*. 2000; 62: 11-20.

Акуш. и гинекол., Vol. 43, №1, 2004
Obstet. & Gynecol., Vol. 43, №1, 2004

Постъпила - Май 2003
Received - May 2003

ЕФЕКТ НА АНТИОКСИДАНТИТЕ ПРИ ЖЕНИ С ПОВИШЕН РИСК ОТ ПРЕЕКЛАМПСИЯ. РОЛЯ НА ОКСИДАНТНИЯ СТРЕС ПРИ ПРЕЕКЛАМПСИЯ

М. Гичева, К. Чуканов, В. Мазнейкова*, Ст. Иванов*

Нефрологично-трансплантационна клиника ДУБ "Александровска"
Център за Медицинска Информация, ДУБ "Александровска" - София
*СБАЛАГ "Майчин дом", София

Резюме: Напоследък бе постигнат напредък в познанията върху патофизиологията на преекламписията, което създава нови насоки и възможности за терапевтично въздействие. Оксидантният стрес е състояние, при което пероксидантите преобладават над антиоксидантите. Интензивни проучвания се правят върху разкриването на ролята на оксидантния стрес в патогенезата на преекламписията.

Ключови думи: преекламписия, оксидантен стрес

THE ROLE OF ANTIOXIDANTS IN WOMEN WITH INCREASED RISK OF DEVELOPING PREECLAMPSIA. THE ROLE OF OXIDATIVE STRESS IN PREECLAMPSIA

M. Gicheva, K. Chukanov, V. Mazneikova, St. Ivanov

Summary: New frontiers have been opened lately in the understanding of the pathophysiology of preeclampsia thus giving new directions in the process of therapy of this condition. Oxidative stress is a condition characterized by peroxidantes predominating over antioxidants. Numerous intensive studies are carried out to reveal the role of oxidative stress in the pathogenesis of preeclampsia.

Key words: Preeclampsia; oxidative stress



БЪЛГАРСКА
АСОЦИАЦИЯ
ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА
BULGARIAN
ASSOCIATION
OF ULTRASOUND IN MEDICINE

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

ЕХОГРАФСКО ОПРЕДЕЛЯНЕ ПОЛА НА ПЛОДА МЕЖДУ 11-14 Г.С.

Д. Марков, Т. Чернев, В. Димитрова, В. Мазнейкова
СБАЛАГ "Майчин дом" – София

ULTRASOUND FETAL GENDER ASSIGNMENT BETWEEN 11-14 WEEKS GESTATION

D. Markov, T. Chernev, V. Dimitrov, V. Mazneikova
SHATOG "Maichin dom" – Sofia

РЕЗЮМЕ

Целта на проучването беше да оцени възможностите за ултразвуково определяне пола на плода между 11+0 и 14+6 г.с. Извършени са 29 ехографски прегледа, като феталният пол е правилно определен коректно в 86% (25/29). Всички случаи след 13+0 г.с. бяха правилно диагностицирани. Вероятността за грешка е по-голяма в по-

ранните гестационни срокове (11+0-12+6 г.с.), както и при оценката на плодовете от мъжки пол. Неправилното ехографско определяне на пола може да се минимизира с удължаване времетраенето на прегледа или повторно сканиране след около една седмица.

Ключови думи: Пренатална ехографиям
Първи триместър; Фетален пол

ABSTRACT

The aim of the study was to establish the effectiveness of ultrasound diagnosis of fetal gender between 11+0-14+6 weeks gestation. 29 scans were performed with overall accuracy of the fetal gender assignment 86 % (25/29). The ultrasound diagnosis was always correct after 13+0 w.g. Errors

were more likely to occur earlier in gestation (11+0-12+6w.g.) and in the assessment of the male fetus. Those errors may be minimized with prolonged or repeat scanning within one-week interval.

Key words: Prenatal ultrasound; First trimester; Fetal gender.

Въведение

Освен чисто психологичния момент, касаещ всички бъдещи родители, ехографското определяне на пола на плода намира своето приложение в редица клинични ситуации. При бременни с повишен риск за раждане на дете с Х-рецесивно заболяване (хемофилия или мускулна дистрофия тип Дюшен), метод на избор за определяне пола на плода в ранните гестационни срокове е феталното карнотибиране след биопсия на хорион [БХ]. Установяването на плод от мъжки пол, при който рискът от засягане е 50 %, изисква допълнителна ДНК диагностика за доказване или отхвърляне на заболяването. Плодове от женски пол по правило са само носители на генния дефект и са клинично здрави. Следователно, при плодове от женски пол, БХ е свързана с излишен риск от прекъсване на бременността. Във връзка с това, наличието на достоверна ранна информация за феталния пол след специализирано ултразвуково изследване [УЗИ] би могло да повлияе решението относно извършването на инвазивна пренатална диагностика. Правилната оценка на пола на плода може да по-

изисква допълнителна ДНК диагностика за доказване или отхвърляне на заболяването. Плодове от женски пол по правило са само носители на генния дефект и са клинично здрави. Следователно, при плодове от женски пол, БХ е свързана с излишен риск от прекъсване на бременността. Във връзка с това, наличието на достоверна ранна информация за феталния пол след специализирано ултразвуково изследване [УЗИ] би могло да повлияе решението относно извършването на инвазивна пренатална диагностика. Правилната оценка на пола на плода може да по-

5. Magee LA, Ornstein MP, von Dadelsten P, Fortnightly review: management of hypertension in pregnancy. *BMJ* 1999; 318:1332;
6. Redman CW, Sacks GP, Sargent IL. Preeclampsia: an excessive maternal inflammatory response to pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:499;
7. Chambers JC, Fusi L, Malik IS, et al. Association of maternal endothelial dysfunction with preeclampsia. *JAMA* 2001; 285:1607.
8. Granger JP, Alexander BT, Bennett WA, Khalil RA. Pathophysiology of pregnancy-induced hypertension. *Am J Hypertens* 2001 Jun;14(6 Pt 2):178S-185S
9. Gebnacev O, Di Federico E, McMaster M, Fisher SJ. Invasive cytotrophoblast apoptosis in preeclampsia. *Hum Reprod* 1999; 14 Suppl 2:59
10. Joey P Granger; Barbara T Alexander; Maria T Llinas; William A Bennett; Raouf A Khalil; Pathophysiology of hypertension during preeclampsia linking placental ischemia with endothelial dysfunction. *Hypertension*; Dallas; Sep 2001;

Акуш. и гинекол., Vol. 41, №5, 2002
Obstet. & Gynecol., Vol. 41, №5, 2002

Постъпила - Юни 2002
Received - June 2002

УЛТРАЗВУКОВ СКРИНИНГ ЗА СИНДРОМ НА ДАУН И ДРУГИ ХРОМОЗОМНИ АНОМАЛИИ НА ПЛОДА ВЪВ ВТОРИ ТРИМЕСТЪР НА БРЕМЕННОСТТА

Виолета Димитрова¹, Тодор Чернев¹, Валентина Мазнейкова¹, Емил Симеонов²,
Наталия Евтимова²

1- СБАЛАГ "Майчин дом", Катедра по акушерство и гинекология, Медицински Университет, София
2- СБАЛДБ "Кн. Евдокия", София, Катедра по педиатрия, Медицински Университет, София

Резюме. Цел. Да се изследва възможността за ултразвуков скрининг [УЗС] за синдром на Даун [СД] и други хромозомни аномалии [ХЗА] на плода във втори триместър на бременността. **Материал и методи.** При 1157 едноплодни бременности между 15 и 21 седмица, 18 от които - с цитогенетично доказани ХЗА (13 - СД, 5 - други), е извършено ултразвуково изследване [УЗИ], включващо биометрия и регистрация на аномалии и фенотипни особености на плода. Анализирани са честотата и видовете абнормни ехографски находки при плодовете с ХЗА и с нормален кариотип, чувствителността и специфичността на УЗС за СД и други ХЗА, положителната предиктивна стойност [ППС] за СД на най-честите маркери и отрицателната предиктивна стойност [ОПС] за СД на нормалната генетична сонограма. Показателите са сравнени с тези при серумен скрининг [СС] за СД, получени при предишни наши изследвания. **Резултати.** Чувствителността на УЗС за СД (при 5,2% фалшиво-положителни резултати) е 69,2% - по-ниска от тази на СС. Чувствителността на УЗС за ХЗА, различни от СД (100%), и общо за ХЗА (77,8%) е по-висока от тази на СС. При повече от един ултразвуков маркер плодът във всички случаи е бил с абнормен кариотип. Маркерите „задебелена нухална гънка“ и „повишена чревна ехогенност“ са високо чувствителни общо за ХЗА (съответно 66,7% и 60%) и за СД (съответно 60% и 50%). Пиелектазията има висока чувствителност за СД - 23,5%, а късият фемур - ниска (2,9%). ППС за СД за маркерите удебелена нухална гънка, повишена чревна ехогенност и пиелектазия поотделно е по-висока от ППС на скрининг-положителния резултат при СС. ОПС за СД на нормалната генетична сонограма е по-ниска от ОПС на скрининг-отрицателния резултат от СС. **Заключение.** УЗС за СД във втори триместър е с по-висока специфичност, но с по-ниска чувствителност от СС. Абнормната генетична сонограма може да бъде показание за диагностично инвазивно изследване или за преизчисляване на риска от СС за СД.

Ключови думи: ултразвуков скрининг, ултразвукови маркери, втори триместър, синдром на Даун, хромозомни аномалии на плода

SECOND TRIMESTER SONOGRAPHIC SCREENING FOR DOWN'S SYNDROME AND OTHER CHROMOSOMAL ABNORMALITIES

Violeta Dimitrova¹, Todor Chernev¹, Valentina Mazneikova¹, Emil Simeonov², Natalia Evtimova²

1- Hospital for Active Medical Treatment in Specialized Obstetrics and Gynaecology „Maichin Dom“, Department of Obstetrics and Gynaecology, Medical University, Sofia

2- Hospital for Active Medical Treatment in Specialized Paediatrics, Department of Paediatrics, Medical University, Sofia

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

РЕТРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА ПРИ ЖЕНИ, РАЗВИЛИ ПРЕЕКЛАМПСИЯ

П. Попиванова, Ст. Иванов, В. Мазнейкова, В. Стойкова, К. Цекова
СБАЛАГ "Майчин дом", София, Мед. Директор доц. Н. Доганов,
Катедра по Акушерство и Гинекология, Ръководител доц. А. Димитров

Резюме. Ретроспективно са изследвани 105 бременни жени, имащи клинични и параклинични данни за преекламписия през периода 1999-2000 година, които са наблюдавани по отношение протичането на бременността, антенаталните усложнения, начина на родоразрешение и перинаталния изход. Съвкупността е групирана по следните показатели: наличие на предшестващо заболяване, тежест на преекламписията, начин на родоразрешение, гестационна възраст и степен на недоносеност на плода. Настоящото проучване има значение за оптимизиране на поведението преди, по време и след бременността при жени с подлежаща патология.

Ключови думи: преекламписия, подлежащо заболяване, родоразрешение, прематуритет

A RETROSPECTIVE STUDY OF THE PREGNANCY COURSE IN PREECLAMPTIC PATIENTS

Popivanova P., S. Ivanov, V. Mazneikova, V. Stoikova, K. Tzekova
Maternity Hospital „Maichin dom“, Sofia

Summary. 105 women had been evaluated using a retrospective analysis for the period 1999-2000. Clinical and laboratory data indicated development of preeclampsia and the pregnancy progress, antenatal complications, mode of delivery and perinatal outlet has been observed. The group has been divided using the following criteria: preexisting disease, severity of preeclampsia, mode of delivery, gestational age and prematurity rate. The present trial is important for optimizing management of women with preexisting disease before, during pregnancy and after delivery.

Key words: Preeclampsia, preexisting disease, delivery mode, prematurity

Преекламписията е заболяване, специфично за бременността при човека, което се наблюдава като усложнение на 3 до 14% от всички бременности по света. Дефинира се като постепенна поява на хипертония, протеинурия и отоци, обикновено появяващи се през третия триместър и прогресиращи до раждането. Наблюдават се умерено изразена (mild) и тежка (severe) форми.

Боледуват предимно много млади и възрастни първескини (най-често преди 20 и след 35

годишна възраст), като състоянието се наблюдава главно след 20 г.с. и рядко преди този срок. По-ранното развитие на преекламписия е свързано с неразпознато бъбречно или съдово заболяване или може да бъде негова първа проява.

Патогенезата на преекламписията не е изяснена напълно. За основен момент в патогенезата се приема генерализираният спазъм на артериолите, както и повишената им чувствителност към пресорните пептиди

пациентката се подготвя поне 3 дни преди това като за операция (антихистамини по схема, кортикостероиди, прясно замразена плазма). При раждане по вагинален път е необходимо добро обезболяване на родилката, тъй като от дразненето на болковите рецептори може да се отключи неспецифичната възпалителна реакция и оток, характерни за това заболяване (3). При новороденото е необходимо да се изследва нивото на C1 естеразния инхибитор, тъй като вероятността то да е болно е 50%. След приключване на кърмаческия период болните отново преминават на поддържащо лечение с андрогени. Подчертаваме отново, че заболяването е малко познато както у нас, така и по света, а бременността и раждането на такива пациентки е високо рисково и те трябва да бъдат проследявани във високо специализирани клиники.

Книгопис

1. Treatment of hereditary angioedema with a vapor-heated C1 inhibitor concentrate. Error! Bookmark not defined. Waytes, A. T.; Rosen, F. S.; Frank, M. M. :

New Eng. J. Med. 334: 1630-1634, 1996.

2. Hereditary angioedema: a broad review for clinicians. Nzeako UC, Frigas E, Tremaine WJ. Arch Intern Med 2001 Nov 12;161(20):2417-29

3. C1-inhibitor deficiency and angioedema. Carugati A, Pappalardo E, Zingale LC, Cicardi M. Mol Immunol 2001 Aug;38(2-3):161-73

4. Fresh frozen prophylaxis for hereditary angioedema during pregnancy. A case report. Galan HL, Reedy MB, Starr J, Knight AB. J Reprod Med 1996 Jul; 41(7):541-4

5. Long-term treatment of Hereditary angioedema with attenuated androgens: a survey of a 13-year experience. Cicardi M, Bergamaschini L, Cugno M, Hack E, Agostoni G, Agostoni A. J Allergy Immunol 1991 Apr;87(4):768-73.

6. Hereditary angioneurotic oedema and pregnancy: case reports and review of the literature. Error! Bookmark not defined. Chappatte, O.; De Swiet, M. :. Brit. J. Obstet. Gynaec. 95: 938-942, 1988.

7. Hereditary angioneurotic oedema: current management in pregnancy. Error! Bookmark not defined. Cox, M.; Holdcroft, A. : Anaesthesia 50: 547-549, 1995.

Акуш. и гинекол., Vol. 41, №5, 2002
Obstet. & Gynecol., Vol. 41, №5, 2002

Постъпила - Май 2002
Received - May 2002

УЛТРАЗВУКОВА ДИАГНОЗА НА СИНДРОМА MECKEL-GRUBER В 13 г.с. ПРИ РИСКОВО СЕМЕЙСТВО - ПРЕДСТАВЯНЕ НА СЛУЧАЙ И ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

В. Мазнейкова, Е. Каменов, Л. Димитрова

СБАЛАГ "Майчин дом", София

Резюме. Синдромът на Meckel-Gruber е рядко срещано летално, автосомно-рецесивно заболяване, проявяващо клинична и генетична хетерогенност. Характеризира се с триадата: окципитално менингоенцефалоцеле, кистозна дисплазия на бъбреците и постаксиална полидикталия. Диагнозата се поставя чрез ултразвуково изследване, като при рискови семейства това е възможно в края на първия триместър на бременността.

Представен е случай на пациентка с предишна бременност прекъсната във втория триместър поради ултразвукови данни за синдром на Meckel-Gruber на плода, при която в 13 гестационна седмица на настоящата бременност чрез вагинална ехография се диагностицира плод, носител на същия синдром.

Ключови думи: синдром на Meckel-Gruber, ултразвукова диагноза

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF MECKEL-GRUBER SYNDROME IN 13w.g. IN A FAMILY WITH A RECCURENCE RISK - A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

V. Mazneikova, E. Kamenov, L. Dimitrova

State University Hospital of Obstetrics and Gynaecology "Maichin dom", Sofia

Summary. Meckel-Gruber syndrome (MGS) is a lethal, rare, autosomal recessive condition manifested by clinical and genetical heterogeneity. The syndrome is characterized by the triad: occipital meningo-encephalocele,

ХЕМОДИНАМИЧНИ ИЗМЕРВАНИЯ СЪС SWAN-GANZ (катетър в art. pulmonalis) ПРИ ПАЦИЕНТКИ С ТЕЖКА ПРЕЕКЛАМПСИЯ

Ковачев ИВ., А. Николов, ИВ. Траянов, В. Мазнейкова, В. Дяволов, А. Димитров, ИВ. Смилов, Ст. Иванов

СБАЛАГ "Майчин дом" – МУ - София

Резюме: Сравнихме получените резултати от измерванията с пулмо-артериален катетър и изработихме хемодинамичен профил на 11 пациентки с тежка преекламписия.

Пациентките, участващи в изследването, бяха между 28 и 36 г.с.

Ключови думи: тежка преекламписия; мониториране; хемодинамика; swan-ganz

HEMODYNAMIC MEASUREMENTS WITH THE SWAN-GANZ CATHETER IN SEVERE PREECLAMPSIA PATIENTS

Kovatchev I., A. Nikolov, I. Trajanov, V. Mazneikova, V. Djavolov, A. Dimitrov, I. Smilov, St. Ivanov
Medical University - Sofia

Summary: We compared the results of Swan-Ganz measurements in 11 preeclamptic women and report of the hemodynamic profile in severe preeclampsia.

Measurements were performed between 28-36 weeks of gestation.

Keywords: severe preeclampsia; monitoring; hemodynamic; swan-ganz

Катетърът в arteria pulmonalis обезпечава акушер-гинеколога и анестезиолога с няколко много важни параметъра на хемодинамичното състояние на пациентката с тежка преекламписия. Централното венозно налягане (ЦВН) и белодробното артериално налягане (БАН) могат да бъдат измервани непрекъснато [3,4]. Чрез периодично раздуване на балончето, може да се измери и белодробно капилярно налягане (БКН).

Минутният обем на сърцето (МОС) може да бъде измерван периодично. Термодилуционният метод е общоприет и предпочитан за оценка на сърдечния дебит с инвазивни средства [3,10]. Термисторът, локализиран проксимално на входа на белодробната артерия, измерва температурата на кръвта и след вкарването на разтвора.

Тези директни данни, могат да бъдат използвани за изчисляване на ударния обем на сърцето (УОС), системно съдово съпротивление (SVR), белодробно съдово съпротивление (PVR) и ударната работа на лява камера (LVSW) [4,15].

Индексите - сърдечният индекс (СИ), индекса на общото съдово съпротивление (SVRI) и индекса на работа на лява камера (LVSWI) се приемат за точни параметри, защото отчитат промените в телесната повърхност (ТТ).

Няколко статии за употребата на Swan-Ganz при тежки преекламптички са публикувани през последните години. Различните автори установяват висок дебит, ниско за заболяването SVR [7,16]; нисък МОС и относително ниско съпротивление [9,21]; висок МОС с високо SVR [8,15]. Допълнителни фактори в определянето на хемодинамичните измервания, освен тежестта и продължителността на преекламписията, инфузиите и вазодилаторите могат да бъдат типа анестезия, болката, раждането, колоидно-онкотичното налягане, кръвозагубата, предшестващите заболявания, многоплодната

бременност, майчиното тегло, гестационната възраст [1,20].

Показания-индикации.

Клиничните индикации за дясна сърдечна катетеризация при тежки преекламптични жени са ограничени. Най-често кандидатки за инвазивно мониториране са пациентките с рефрактерна олигурия, белодробен оток и рефрактерна хипертония. Рефрактерната олигурия и белодробният оток са приети за потенциални индикации за инвазивно мониториране от Американския колеж на Акушер-гинеколозите [5,8,10].

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ:

Целта на настоящото изследване е да установим чрез Swan-Ganz катетъра хемодинамичните показатели, характерни за пациентки с тежка преекламписия.

Поставихме си следните задачи:

1. Да мониторираме инвазивно с белодробен артериален катетър пациентки с тежка преекламписия.
2. Да анализираме получените стойности, да се опитаме да изградим хемодинамичен модел
3. Да определим значението за терапевтичното поведение.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА:

Настоящото изследване проведохме в операционния блок на родилна зала на СБАЛАГ "Майчин дом"-София за период от една година. Единадесет пациентки с диагноза „тежка преекламписия“, бяха мониторирани инвазивно с помощта на Swan-Ganz катетър. Диагнозата беше определяна предварително от акушер-гинеколог със специалност на базата на клиничната картина и лабораторните изследвания и в съзвучие с международно приетите критерии (Writer D. Hyper-

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

СЕРУМЕН СКРИНИНГ ЗА СИНДРОМ НА ДАУН ВЪВ ВТОРИ ТРИМЕСТЪР НА БРЕМЕННОСТТА - РЕЗУЛТАТИ ОТ ПИЛОТНО ПРОУЧВАНЕ

В. Димитрова¹, Т. Чернев¹, И. Кременски¹, В. Мазнейкова¹, Е. Михайлова¹,
Е. Симеонов², Р. Тинчева², Д. Тончева³

- 1 - СБАЛАГ "Майчин дом", Катедра по акушерство и гинекология, Медицински Университет, София;
2 - СБАЛДБ "Кн. Евдокия", София, Катедра по педиатрия, Медицински Университет, София;
3 - Катедра по Медицинска генетика, Медицински Университет, София;

Резюме. Обобщени са резултатите за 1495 едноплодни бременности, при които е извършено пилотно проспективно проучване - серумен скрининг [СС] за синдром на Даун [СД] с изследване на два маркера - алфа-фетопротеин [АФП] и свободен β -ХГХ между 15 и 21 г.с. Анализирани са показателите чувствителност, фалшиво положителни резултати [ФПР], респ. специфичност на теста, положителна предиктивна стойност [ППС] на скрининг положителния и отрицателна предиктивна стойност [ОПС] на скрининг-отрицателния резултат общо и за възрастовите групи \geq и под 35 г. Изследвани са също процентът на инвазивните пренатални изследвания [ИПИ] при скрининг-положителни бременни, съотношението „загубени незасегнати плодове/1 антенатално диагностициран случай със СД“ и процентът на прекъснати бременности с антенатално диагностициран СД у плода. Установена е висока чувствителност на СС за СД - 75% за групата под 35 г. при 6,6% ФПР и 87,5% - за групата \geq 35 г. при 31,7% ФПР и много висока възприемчивост на бременните към изследването. Установена е по-висока ППС на скрининг положителния резултат и по-ниска ОПС на скрининг-отрицателния при нарастване на възрастовия риск за СД. Процентът на ИПИ при скрининг-положителните бременни е висок (средно 83,4%), без значима разлика между двете възрастови групи. Във всички случаи с антенатално диагностициран СД у плода бременността е била прекъсната. Съотношението „загубени незасегнати плодове/1 антенатално диагностициран случай със СД“ при СС в сравнение със скрининга по възраст е по-ниско. Данните от пилотното проучване (чувствителност и ФПР на серумния скрининг, процент на инвазивните изследвания при скрининг-положителни бременни) са напълно сравними с тези, публикувани в чуждата литература и показват готовността да бъде предложен масов скрининг за СД във втори триместър на бременността за нашата популация.

SECOND TRIMESTER DOWN SYNDROME SERUM SCREENING - RESULTS FROM A PILOT STUDY

V. Dimitrova¹, T. Chernev¹, I. Kremensky¹, V. Mazneikova¹, E. Mihailova¹, E. Simeonov², R. Tincheva², D. Toncheva³

1 - State University Hospital „Maichin dom“, Department of Obstetrics and Gynaecology, Medical University, Sofia

2 - State Paediatric Hospital, Department of Paediatrics, Medical University, Sofia

3 - Department of Medical Genetics, Medical University, Sofia

Abstract. The results from a pilot prospective study - second trimester Down syndrome [DS] serum screening between 15 and 21 w.g. with two markers (alpha-fetoprotein and free β -hCG) - were summarised. Sensitivity, false-positive rate [FPR], positive predictive value [PPV] of the screen positive and negative predictive value [NPV] of the screen negative result for the sbgroups \geq and below 35 years of age were analysed. The uptake for invasive prenatal



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УЛТРАЗВУКОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЯЙЧНИКОВИ ТУМОРИ

В. Мазнейкова

СБАЛАГ "Майчин дом", София

С широкото навлизане на вагиналната ехография в гинекологичната практика стана възможно прецизното изследване на големината и структурата на яйчниковите тумори. Общоприето поведение години наред е оперативно лечение, било лапароскопски, било чрез лапаротомия при всяка палпираща се яйчникова формация с размери над 5 cm, независимо дали е кистозна или солидна. Това е свързано с неоправдано отстраняване на много от функционалните яйчникови тумори. Този подход е необосновано агресивен, тъй като се неgleжира ултразвуковата характеристика на яйчниковата формация. Въпреки разнообразието на ултразвукови находки дължащо се на множеството хистологични варианти на яйчниковите тумори, се очертаха ехографски критерии, които до голяма степен са в състояние да променят стандартния лечебен подход, възприет в нашите клиники. Независимо от това винаги трябва да се има предвид, че яйчникът е орган, подлагащ гинеколога на големи предизвикателства. Според класификацията на СЗО са описани 35 подтипа яйчникови тумори. Диференциалната диагноза между отделните видове яйчникови тумори затруднява не само гинеколога, извършващ прегледа или ехографското изследване, но и патолога. При ултразвуковото изследване на яйчниковите тумори трябва да се държи сметка и за множество други фактори като възраст на пациентка-

та (пре- или постменопауза), паритет, фаза на менструалния цикъл, съпътстваща бременност.

I. Размер на яйчниковата формация

В повечето пременопаузални яйчници, дори и в тези, подтиснати от контрацептиви, както и в 14.8% от постменопаузалните яйчници се откриват малки кистозни структури при трансвагинално УЗ изследване. Доминантният, предовулаторен фоликул има размер между 15-25 mm. Около 40% от всички пременопаузални тумори са с размер между 30-40 mm, като 68% от тях са функционални (неруптурирал фоликул, corpus luteum), а 0.5% са яйчников карцином или тумор с нисък малигнен потенциал. 93.1% от яйчниковите тумори са с размер между 30-90 mm. От тях 84.9% са доброкачествени, а 58.7% - злокачествени. При размер на яйчниковата формация над 90 mm около 27.% от тях са малигнени.

II. Морфология на яйчниковата формация

Търсят се ултразвукови морфологични критерии (скорови системи) за диференциална диагноза между доброкачествени и злокачествени яйчникови тумори. Около 60% от яйчниковите тумори в пременопаузата се изобразяват като прости, еднокамерни кисти (фиг. 1). Въпреки това 0.8% от тях се оказват злокачествени, а 2/3 -

ЕХОГРАФСКА ОЦЕНКА НА МОРФОЛОГИЯТА И ФУНКЦИЯТА НА ЯЙЧНИКОВИТЕ ФОЛИКУЛИ И ЕНДОМЕТРИУМА ПРИ IVF ЦИКЛИ

В. Мазнейкова, СБАЛАГ "Майчин дом", София

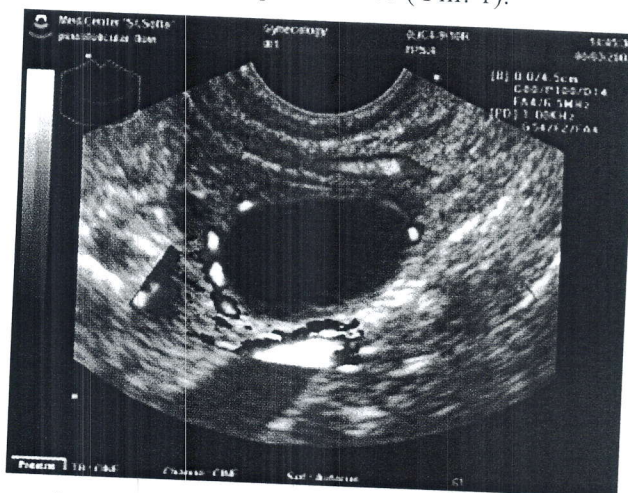
Abstract

Ultrasound assessment is one of the most perspective methods of investigation of women who have reproductive disturbances because of its non-invasive and harmless nature. Transvaginal ultrasound combined with color and pulsed Doppler is more frequently used in women undergoing assisted reproductive methods. It is a routine procedure to assess the size and structure of ovarian follicles as well as the thickness and structure of endometrium. During the last years a lot of studies have appeared in the periodic literature that deal with blood flow in patients undergoing IVF cycles. These studies are based upon the assumption that the speed and quality of perifollicular and ovarian blood flow, the flow in the uterine, spiral arteries and the endometrial flow define the quality of the aspirated oocytes, the number and the quality of perimplantation embryos, the successful implantation and the rate of clinically registered pregnancies.

Ултразвуковото изследване се утвърди като един от най-перспективните методи при жени с репродуктивни нарушения поради неговата неинвазивност и безвредност. Трансвагиналната ехография, съчетана с цветен и пулсиращ Доплер се използва все по-често при жени, при които се прилагат методите на асистирана репродукция. Рутинна практика е да се изследват както големината и структурата на яйчниковите фоликули, така и дебелината и структурата на ендометриума. В последните години в периодичната литература се появиха множество съобщения, които разглеждат кръвоснабдяването при пациентки, подложени на IVF цикли. В основата на тези изследвания стои предположението, че от скоростта и качеството на перифоликуларния и овариален кръвоток, кръвотока в маточните, спиралните артерии и ендометриалния кръвоток зависи: качеството на добитите овоцити, броя и качеството на предимплантационните ембриони, успешната имплантация и процента на клинично регистрирани бременности.

Кои съдове се изследват?

- * *aa.uterinae* - асцендентен клон, десцендентен клон, проксимално, на 0.5 см и 1 см дистално от разделянето;
- * *aa.spirales* (субендометриални съдове) - от фундуса, предната и задната маточна стена;
- * *aa.ovaricae*;
- * съдове в яйчниковия паренхим;
- * перифоликуларни съдове (Фиг. 1).



Фиг. 1. Регистриране на перифоликуларен кръвоток.

За характеризирание на кръвотока в тези съдове се използват количествени показатели като максимална систолна скорост - PSV и качествени показатели като пулсативен индекс - PI, и индекс на резистентност - RI.

За характеризирание на кръвотока в ендометриума се използват и някои описателни показатели, като:

- * Регистриране на цветни сигнали в ендометриума;
- * Регистриране на цветни сигнали в зоните на предовулаторния ендометриум (Фиг.2).
- * Перифоликуларният кръвоток се описва в 4 степени - 1-ва - наличие на съдове, заобикалящи 1/4 от фоликула, 2-ра - 1/2 от фоликула, 3-та - 3/4 от фоликула, 4-та - целия фоликул и индекс на фоликулно кръвоснабдяване - % от

СРАВНИТЕЛНА ОЦЕНКА НА ПАРАМЕТРИТЕ НА ПРЕДНАТОВАРВАНЕТО ПРИ ПАЦИЕНТКИ С ТЕЖКА ПРЕЕКЛАМПСИЯ, ПОДЛОЖЕНИ НА ЕПИДУРАЛНА АНЕСТЕЗИЯ ЗА ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

Ив. Ковачев¹, А. Николов², Ив. Траянов¹, В. Мазнейкова², В. Дяволев², Ив. Смилов¹, А. Димитров²

¹Катедра по Анестезиология и интензивно лечение-МУ-София

²Катедра по Акушерство и гинекология — МУ-София*

Резюме: Проучването е направено на 11 пациентки с белодробен артериален катетър и епидурална анестезия за Ц.С. Изследвани са параметрите на преднатоварването.

I. Kovachev, A. Nikolov, I. Trajanov, V. Mazneikova, V. Djavolov, I. Smilov, A. Dimitrov. ASSESSMENT OF THE PRELOAD OF THE HEART IN PATIENTS WITH SEVERE PRE-ECLAMPSIA WITH EPIDURAL ANAESTHESIA FOR CESAREAN SECTION.

Summary. 11 pre-eclamptic patients were monitored with Swan-Ganz catheter. We assessed the preload of the heart.

Key words: anaesthesia; obstetric; monitoring; preeclampsia

Преeklampсията е част от свързаните с бременността хипертензии, водещи до тежки последици за майката и плода. Когато пациентите с тежка преeklampсия не са третирани терапевтично, инвазивното мониториране [5, 8, 13] на пациентите дава данни за намален или нормален сърдечен индекс, периферното съдово съпротивление (SVR) е или нормално или много повишено и вклиненото белодробно съдово налягане (БКН) е намалено или нормално. При пациентки с тежка преeklampсия е установена сигнификантна разлика между ЦВН и БКН [9, 10]. Не е ясно дали ЦВН трябва да се мониторира при всеки пациент с преeklampсия. Много от авторите смятат, че това не е необходимо поради доказано несъответствие между него и налягането в ляво предсърдие. Приема се от много автори, че абсолютната стойност на ЦВН е с малко прогностично значение за риск от белодробен оток. Въпреки това, чрез ЦВН-отговорът на прецизно инфузиране течности може да се определи възможността на камерата да се справи с инфузияния обем [4].

Други автори препоръчват мониторирането на ЦВН при всички пациентки с тежка преeklampсия и eklampсия, и особено ако им предстои голяма регионална анестезия или тежко цезарово сечение [5].

При пациентки в тежко състояние се препоръчва катетеризация на белодробната артерия, за обективна оценка на признаците на сърдечна декомпенсация, сърдечна слабост или настъп-

ващ белодробен оток, както и за най-точна характеристика на обемното заместване. Поставяне на пулмо-капилярен катетър дава възможност за измерване на пулмо-капилярното налягане, сърдечния дебит и периферното съдово съпротивление. Някои автори доказват повишение на БКН, поради "автотрансфузията", свързана с раждането и последвалото я повишение на итн-равазалния обем [4, 13].

Материали и методика

При всички пациентки с тежка преeklampсия диагнозата беше определена предоперативно от акушер-гинеколози със специалност по клинични и лабораторни показатели. Всички включени в групата пациенти имаха изрядно попълнена документация и точно вписана диагноза. При влизане на пациентката в операционната, данните бяха проверявани според следните критерии, изработени от американското дружество на акушер-гинеколозите [1;3;8] и възприети у нас:

1. Систолно АН > 160 mmHg при две или повече измервания за последните 6 часа.
2. Диастолно АН > 110 mmHg при две или повече измервания за последните 6 часа.
3. Протеинурия > 5g за 24 часа или > 3+ при количествено измерване.
4. Олигурия — диуреза < 400ml. за 24 часа
5. Централно-мозъчни ефекти — главоболие, замъглено зрение, нарушено съзнание и др.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

БРЕМЕННОСТ С Rh-ИЗОИМУНИЗАЦИЯ РЕЗУЛТАТИ ОТ РЕТРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ В СБАЛАГ „МАЙЧИН ДОМ“ (1996 – 2001 г.)

В. Мазнейкова, В. Димитрова, Ж. Карагьозова,
М. Иванова, Е. Михайлова, А. Стефанова,
Б. Слънчева, К. Цекова, С. Лекова,
Ц. Фурнаджиева, З. Велева, С. Иванов,
Т. Чернев, И. Кременски

СБАЛАГ „Майчин дом“, София, Медицински директор Доц. Н. Доганов
Катедра акушерство и гинекология, Ръководител Доц А. Димитров

Резюме

Цел: Да се анализира изхода на бременността при Rh-изоимунизирани бременни (1996 – 2001 г.) и да се очертаят насоки за оптимизиране на акушерското поведение.

Материал и методи: Настоящото проучване обхваща 39 бременни с Rh-изоимунизация, при които е извършена амниоцентеза или кордоцентеза. Всички случаи са анализирани според: анамнеза, серологични изследвания (индиректен Coombs, папаинов тест), УЗИ, амниоцентеза, кордоцентеза, NST.

Резултати: От 39 бременности с тежка Rh-изоимунизация 36 са завършили с раждане на жив плод, 2 с интраутеринна смърт на плода и 1 с ранна неонатална смърт. Титърът на антителата има прогностична стойност само при първа имунизирана бременност. Съществува задоволителна корелация между състоянието на новороденото и зоната по Liley, определена антенатално, в случаите на първа имунизирана бременност. При анамнеза за предишни имунизирани бременности с неблагоприятен перинатален изход най-точна информация за състоянието на плода дава кордоцентезата.

Заклучение: Изоимунизацията при анализираниите от нас случаи е в резултат на неосъществена профилактика след раждане или аборт. Поради това усилията трябва да бъдат насочени към осъществяване на правилна профилактика на всички Rh-отрицателни бременни.

PREGNANCY WITH RH-IZOIMMUNIZATION – RESULTS FROM THE RETROSPECTIVE ANALYSIS IN MATERNITY HOSPITAL “MAICHIN DOM” (1996-2001)

V. Mazneikova, V. Dimitrova, Zh. Karagiozova, M. Ivanova, E. Mihailova, A. Stefanova, B. Sluncheva, K. Tzekova, S. Lekova, Tz. Furnadjieva, Z. Veleva, St. Ivanov, T. Chernev, I. Kremenski

Summary. The aim of the study is to analyze the outcome of pregnancies complicated by Rh-isoimmunization for the period 1996-2001 and to outline the aspects of optimization of the obstetrical conduct.

Material and methods. The current study includes 39 pregnant women with Rh-isoimmunisation to whom amnio-