

Фетален дистрес-синдром

Доц. д-р Надежда Хинкова, д.м.,
Факултет “Здравни грижи”,
Медицински университет - Плевен

Фетален дистрес-синдром

Феталният дистрес-синдром може да се определи като състояние, което заплашва здравето и живота на плода в резултат на настъпили промени в газообмена и метаболизма (хипоксия и ацидоза), което засяга функциите на жизнено-важни органи.

Терминология.

1. Най-старото название на синдрома е асфиксия, което буквално означава липса на пулс;
2. Фетална хипоксия.
3. Депресивно състояние на плода.
4. В новата англоезична литература най-често се среща фетален distress-синдром (англ. – нещастие, бедствие, страдание).

Фетален дистрес-синдром

ФДС може да има различни причини, различна продължителност, тежест, може да бъде остър или хроничен.

Патофизиология.

Повечето фактори, причиняващи ФДС, разстройват феталната газова обмяна и регулацията на рН.

Обмяна на CO₂: Ако се блокира изнасянето на CO₂, нараства парциалното му налягане, повишава се концентрацията на водородните катиони и рН спада. Настъпва респираторна ацидоза. Това може да стане при компресия на пъпната връв или астматичен пристъп у майката.

Обмяна на O₂: Ако намалее подвозът на кислород, не може да се извърши аеробна гликолиза. Включва се анаеробен метаболизъм, с изчерпване на АТФ и натрупване на лактати. Възниква метаболитна ацидоза.

Фетален дистрес-синдром

Подвозът на кислород може да намалее рязко (при abruptio placentae) или хронично (при преекламписия).

Най-често ацидозата е смесена – метаболитна и респираторна.

Различават се два вида ФДС:

1. Хроничен – развива се бавно през последните месеци на бременността, при диабет, преекламписия, преносена бременност и други състояния, които създават плацентарна инсуфициенция и намалена плацентарна перфузия.

Клинично хроничната асфиксия резултира в интраутеринна ретардация на плода.

2. Остър – развива се бързо и най-често през време на раждането. Маточните контракции намаляват кислорода за плода и подлагат на изпитание резервните му механизми.

Фетален дистрес-синдром

Етиология

Arias и сътрудници предлагат следната схема на ФДС:

А. Хронично увреждане на фето-материнската обмяна:

1. Причини от страна на майката.

- а. прееклампсия;
- б. диабет;
- с. хронична хипертония;
- д. сърдечни болести III и IV клас;
- е. хемоглобинопатия;

2. Причини от страна на плода:

- а. хемолитична болест;
 - б. интраутериннен трансфузионен синдром
- при близнаци;
- в. недоносеност;

Фетален дистрес-синдром

3. Плацентарни причини.

- а. анатомични промени в плацентата (циркумвалатна плацента, ципесто прикрепване);
- б. преносеност;
- в. първична плацентарна недостатъчност;

Б. Липса на данни за хронично увреждане на фето-материнската обмяна.

1. Ятрогенни причини.

- а. окситоцинова хиперстимулация;
- б. регионална анестезия;
- в. хипотензивни лекарства.

2. Остри случаи.

- а. abruptio placentae;
- б. пъпна връв – притискане, пролапс,

ИСТИНСКИ ВЪЗЛИ.

Фетален дистрес-синдром

Диагноза.

Диагнозата се поставя въз основа на:

1. Наличие на един или повече от следните симптоми при електронно мониториране на плода:
 - а. персистиращи късни децелерации;
 - б. персистиращи тежки променливи децелерации;
 - в. продължителна брадикардия.
 - г. намалена или липсваща вариабилност;
2. Наличие на патологично рН от феталния скалп (диагнозата става сигурна)
3. Наличие на гъст мекониум в О.Т.

Фетален дистрес-синдром

Електронно мониториране на плода. Кардиотокография.

1. Късни децелерации. Наличието на повтарящи се късни децелерации традиционно се приема за признак на ФДС.

Но те могат да се дължат на окситоцинова хиперстимулация, на епидурална анестезия.

В заключение: късните децелерации са важен признак за ФДС, но наличието им не изисква задължително спешна хирургична интервенция. Те трябва да се интерпретират в рамките на цялостната ситуация и данните от рН.

2. Тежки променливи децелерации. Явяват се при компресия на пъпната връв. Ако те се установят, трябва да се изключи пролапс или предлежание на пъпната връв чрез вагинално изследване.

Фетален дистрес-синдром

Ако такива липсват, да се обърне жената на противоположната страна с надеждата да се отстрани натискът върху пъпната връв, да се назначи токолитична терапия и да се изследва рН.

При неизчезващи след токолитично лечение тежки децелерации и ниско рН, да се завърши раждането с форцепс (ако има условия за налагане) или Цезарово сечение.

3. Фетална брадикардия. Не всички видове фетална брадикардия са еднакво показателни по отношение състоянието на плода.

а. Основна брадикардия – под 120 уд/мин. Тя е налице от началото на раждането, с адекватна вариабилност, не винаги изразява асфиксия.

Фетален дистрес-синдром

б. Удължена брадикардия в края на втори период на раждането. Честотата на ДСТ спада до 90 – 40 уд/мин. Тази брадикардия често принуждава акушера да завърши раждането с форцепс.

в. Удължена брадикардия у преносени деца, съпътствана с намалена вариабилност е опасна брадикардия.

г. Удължена брадикардия, с късни и променливи децелерации, също е опасна брадикардия.

4. Намалена или липсваща вариабилност.

В някои случаи ДСТ имат нормална честота, но на запис липсва вариабилност – “плоска крива”. Тези записи са “зловещи”.

Не винаги намалената вариабилност е израз на ФДС. Може да се дължи на медикация на майката или сънно състояние на плода.

Фетален дистрес-синдром

Микрокръвно изследване и рН–метрия.

Методът е въведен през 1962 г. от Saling. Тази методика се използва като допълнение към електронното мониториране.

Arias и сътрудници предлагат следното поведение при изследване на рН:

рН над 7,25 → наблюдение;

рН 7,25 – 7,20 → повторение след 30 минути;

рН под 7,20 → незабавно цезарово сечение;

рН от феталния скалп остава най-точният метод за диагноза на ФДС.

Мекониум в О.Т.

Класификация на мекониума в О.Т.:

Фетален дистрес-синдром

а. ранен мекониум – отделя се преди и през активната фаза. Бива: - рядък;

- гъст;

б. късен мекониум – отделя се през II период на раждането, липсва преди това.

ФДС корелира с ранния гъст мекониум и късния мекониум.

За отделянето на мекониум в О.Т. има две хипотези:

Според едната, феталната хипоксия предизвиква исхемия на червата, стимулира перисталтиката и релаксира аналния сфинктер.

Според втората хипотеза, отделянето на мекониум в О.Т. е израз на зрелост на плода.

Фетален дистрес-синдром

Има три нива на диагностициране на острия ФДС: съмнителен, вероятен и сигурен.

I. Съмнителен. Установява се при фетална тахикардия. Може да има слабо изразени променливи децелерации.

II. Вероятен – фетална тахикардия, липса на вариабилност, засилващи се по тежест променливи децелерации.

III. Сигурен.

а. тахи- или брадикардия, липса на вариабилност, късни децелерации;

б. тежки променливи децелерации плюс късни децелерации;

Поведение.

Диктува се от причините, тежестта и редица други фактори.

Фетален дистрес-синдром

1. Поставяне на раждащата в ляво странично положение. Допълнително може да се включи венозна инфузия на кристалоидни разтвори, плазма. Така се преодолява хипотензията на майката и се повишава кръвотокът в интервилозното пространство.
2. Токолиза с бета-миметици. Показана е при хиперактивна маточна дейност, която намалява утеро-плацентарния кръвоток.
3. Кислородотерапия – 6-7 л/мин, с маска или назален катетър. Повишава транспорта на кислород към плода.
4. Алкални лекарства – натриев бикарбонат. Има значение само при ацидозно състояние на майката.
5. Хипертонична глюкоза – когато майката се намира в хипогликемия.

Фетален дистрес-синдром

Ако медикаментозното лечение не дава желания резултат, акушерското поведение изисква бързо завършване на раждането, съобразно акушерската ситуация – Цезарово сечение, форцепс, вакуум-екстракция, с цел спасяване живота на плода.