NIETYPOWE SYTUACJE KLINICZNE

Kardiotokografia praktyczna

CTG – sinusoidal traising

Markwitz Wiesław, Ropacka Mariola
Katedra i Klinika Perinatologii Uniwersytetu Medycznego im.Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Słowa kluczowe: **kardiotokografia** / **monitorowanie płodu** /

Key words: **cardiotocography** / **fetal monitoring – methods** /

Opis sytuacji klinicznej

Monitorowanie przedporodowe jest rutynową czynnością, służącą do oceny ryzyka wewnątrzmacicznego obumarcia płodu w ciążach powikłanych czynnikami matczynymi (np. cukrzycą typu I, nadciśnieniem tętniczym, przewlekłymi chorobami nerek) oraz patologicznych stanów rozwijających się w czasie ciąży (np. zahamowanie wewnątrzmaciczne wzrastania płodu, ciąża przenoszona, małowodzie, wielowodzie czy alloimmunizacja Rh w stopniu umiarkowanym i ciężkim).

Każdy z nas, spotkał się w codziennej praktyce położniczej z rytmem sinusoidalnym FHR czyli oscylacją sinusoidalną. Stanowi ona odzwierciedlenie stanu głębokiego niedotlenienia i kwasicy, często bezpośrednio poprzedzającą wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Obecność rytmu sinusoidalnego jest stanem bezpośredniego zagrożenia płodu i mimo, że obserwujemy go rzadko, bo 1/1000 zapisów to spotykamy go w przypadkach najcięższej patologii ciąży i porodu takich jak : anemia, będąca wynikiem krwawień łożyskowych (Rycina 1), immunizacja matczyno-płodowa (Rycina 2), i rzadziej w znacznego stopnia IUGR.

Ciekawy zapis w przebiegu konfliktu serologicznego przedstawiamy na podstawie przypadku: pacjentka lat 32, w 25 t.c. została przyjęta do Kliniki Perinatologii i Ginekologii z powodu stwierdzenia przeciwciał anty-D o mianie 1:64 (grupa krwi A Rh ujemny). W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono cechy obrzęku uogólnionego pod postacią obrzęku tkanki podskórnej, hiperplacentozę oraz płyn w jamie otrzewnej i opłucnej.

Ponadto w badaniu zwracało uwagę poszerzenie wewnątrzwątrobowego odcinka żyły pępowinowej (12mm) oraz hepatosplenomegalia. W badaniu dopplerowskim przepływu krwi w tętnicy środkowej mózgu stwierdzono istotne przyspieszenie maksymalnej prędkości skurczowej o wartości – 89cm/s, wskazujące na krążenie hiperkinetyczne. Zaproponowano wykonanie kordocentezy diagnostyczno-terapetycznej.

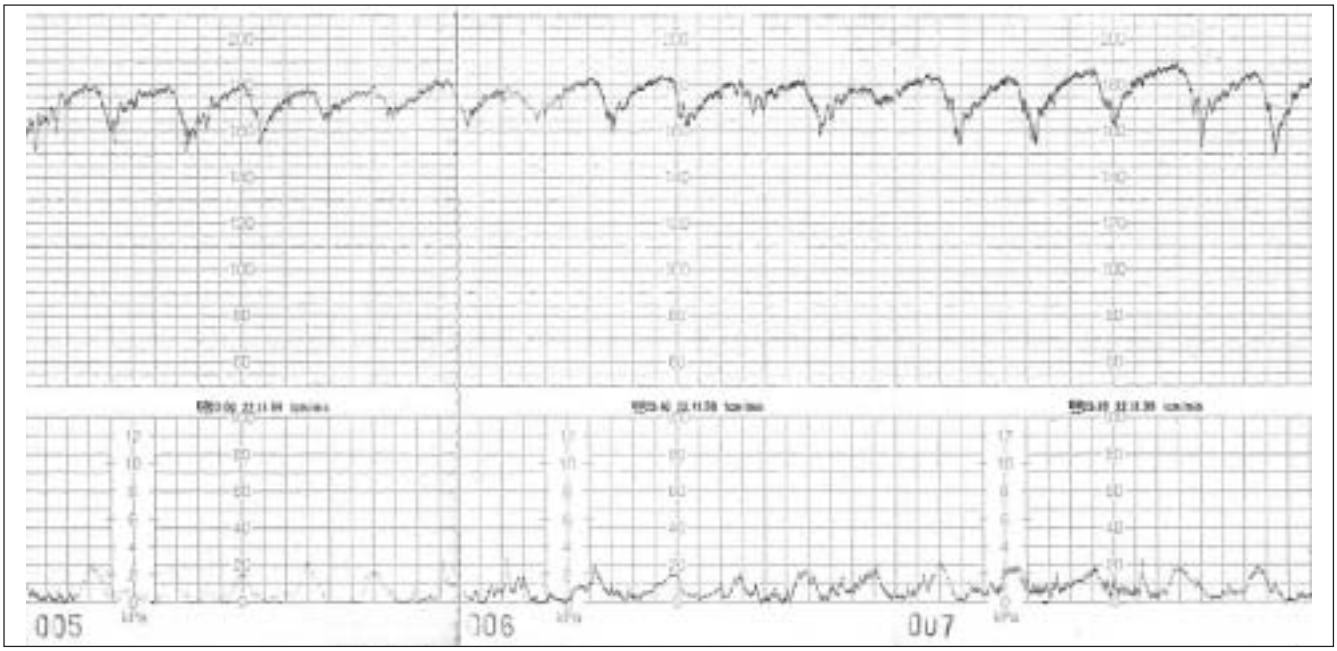
Pobrana próbka krwi płodu wskazywała na ciężką niedokrwistość u płodu (HTK – 0,21). Oznaczono również grupę krwi płodu (A Rh dodatni). Po przetoczeniu masy erytrocytarnej udało się uzyskać hematokryt końcowy o wartości 0,31.W badaniu echokardiograficznym stwierdzono powiększenie sylwetki serca płodu, kardiomegalię (CC/HC 0,45) oraz niedomykalność zastawki trójdzielnej i przyspieszenie prędkości przepływu krwi w tętnicy płucnej. Pomimo kolejnych transfuzji wewnątrzmacicznych płód wykazywał cechy ciężkiej choroby hemolitycznej.

W 33 t.c. u płodu stwierdzono narastanie objawów niewydolności krążenia (kardiomegalia 0,55, niedomykalność zastawki TV i MV, wsteczny przepływ w DV). W badaniu USG stwierdzano narastanie obrzęku uogólnionego z widocznym pogarszaniem się zaburzeń hemodynamicznych. W związku z brakiem efektywności leczenia transfuzjami wymiennymi (Rycina 3) zadecydowano o ukończeniu ciąży na drodze cięcia cesarskiego po wcześniejszej stymulacji dojrzałości układu oddechowego (Celeston 2 x 12mg).

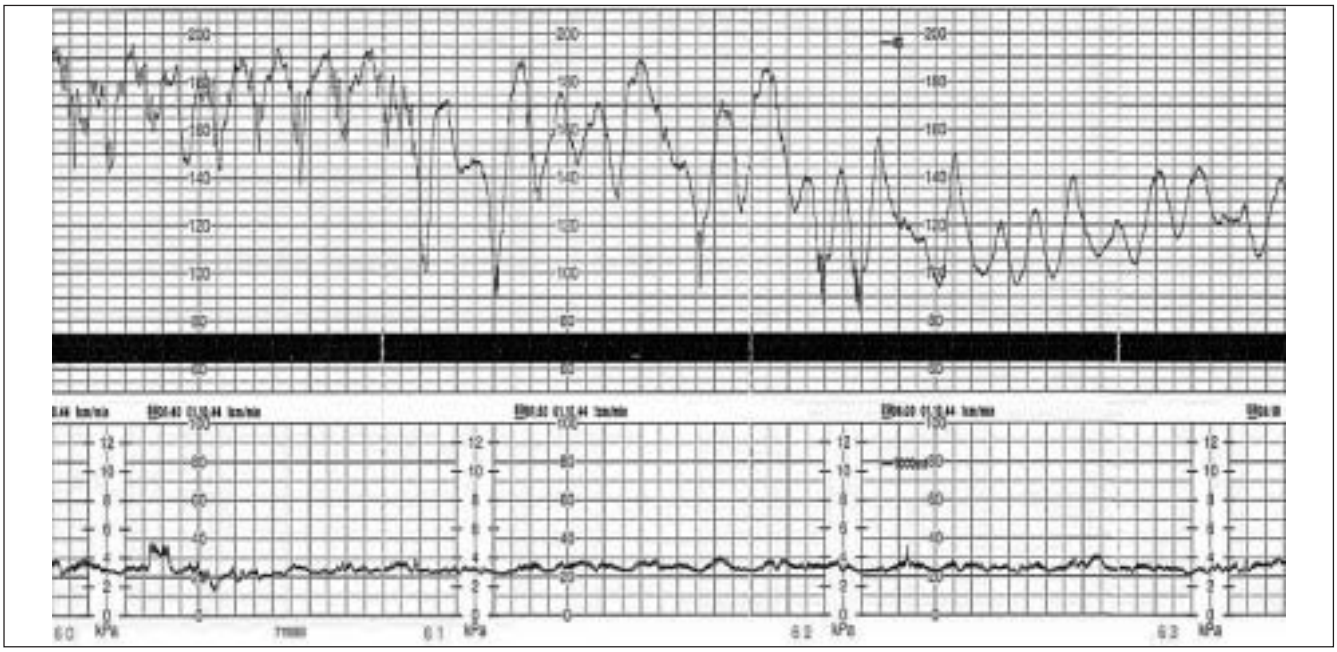
Urodzono płód płci męskiej o masie 2460g Apgar 2, 4; pH 7,36; 7, 42 (HTK 0,18) w stanie ciężkim. Pomimo intensywnej terapii noworodek zmarł w II dobie życia.

Adres do korespondencji:
Wiesław Markwitz
Katedra i Klinika Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
60-535 Poznań, ul. Polna 33
e-mail: wieslaw.markwitz@poczta.fm

Otrzymano: **10.07.2007**
Zaakceptowano do druku: **27.07.2007**



Rycina 1. Przedwczesne oddzielenie łożyska na 3/4 powierzchni.



Rycina 2. Niedokrwistość u płodu w przebiegu immunizacji Rh.

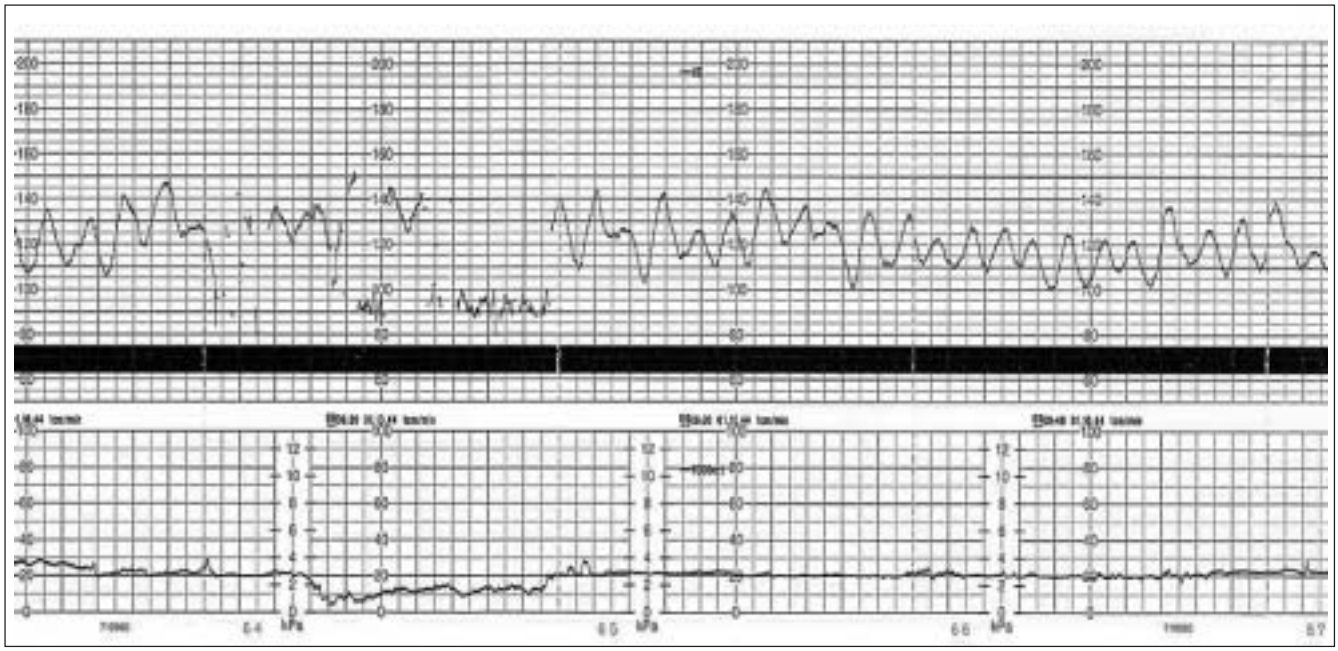
Komentarz

Markwitz Wiesław, Ropacka Mariola

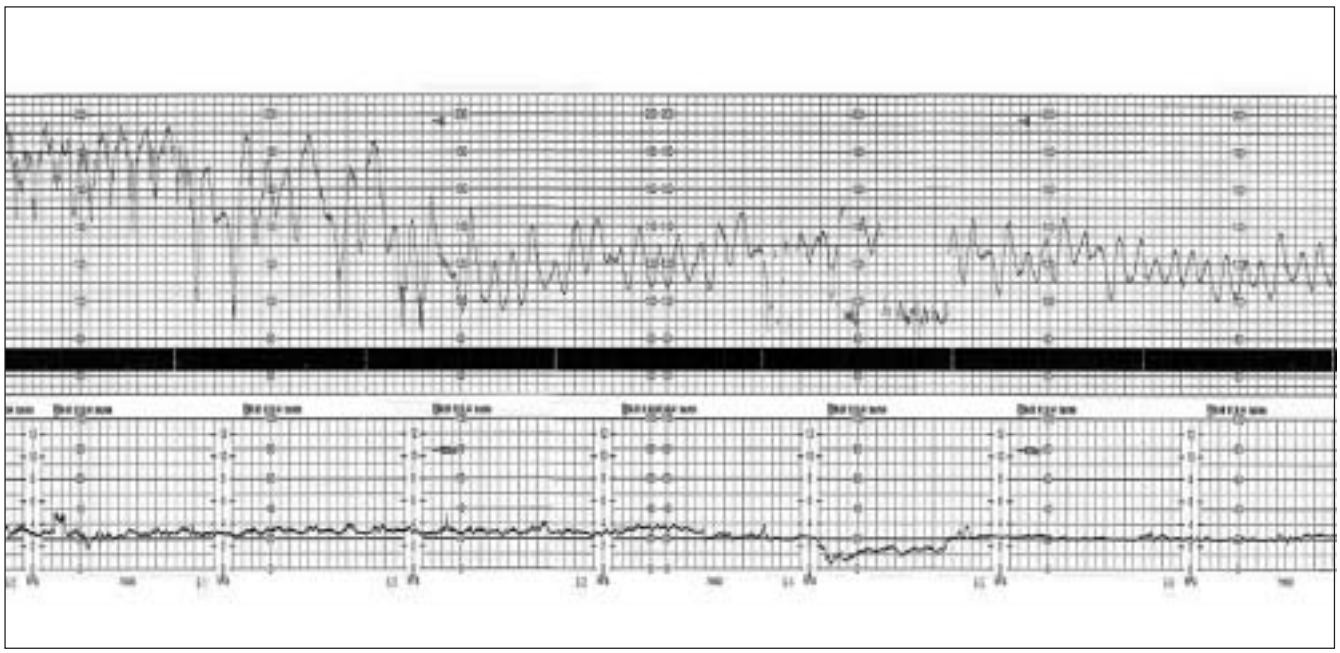
Wewnątrzmaciczne leczenie krwią płodów dotkniętych ciężką postacią choroby hemolitycznej nie jest leczeniem przyczynowym, a tylko objawowym, tym niemniej, jest to najskuteczniejszy sposób postępowania, który zrewolucjonizował spojrzenie nie tylko na chorobę hemolityczną, ale i na cały szereg innych chorób płodu, które jak się okazało, można leczyć jeszcze w okresie przedurodzeniowym. W przypadku ciężkiej niedokrwistości, a szczególnie u płodów z obrzękiem uogólnionym, powinno się wykonać pierwsze trzy transfuzje w przeciągu 7-10 dni.

© 2007 Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

Ginekol Pol. 2007, 78, 652-654



Rycina 3. Zapis po 9 godzinach od wykonanej transfuzji donaczyniowej.



Rycina 4. Zapis kilka godzin po transfuzji – pojawienie się bradykardii płodu.

Znając hematokryt uzyskany na zakończenie poprzedniej transfuzji można dość precyzyjnie wyliczyć moment, w którym powinno się wykonać kolejny zabieg. Jednak ryzyko związane z wykonaniem transfuzji donaczyniowych jest znacznie większe od ryzyka punkcji diagnostycznych dlatego decyzji o takim sposobie leczenia nie należy podejmować pochopnie.

Wg analizy materiału Stołecznego Ośrodka Konfliktu Serologicznego wynika, że z grupy wszystkich płodów zakwalifikowanych do leczenia wewnątrzmacicznego przeżywa: bez leczenia 25%, po leczeniu transfuzjami donaczyniowymi 75%. Jednak co czwarty przypadek kończy się niepowodzeniem. W przypadku pojawienia się, w kilka godzin po transfuzji, ciężkiej bradykardii płodu, jedynym rozwiązaniem jest ukończenie ciąży cięciem cesarskim. (Rycina 4).

Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące leczenia drożdżakowych zakażeń sromu i pochwy u kobiet

W dniu 2 marca 2007 roku zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego opracował wytyczne dotyczące leczenia leczenia grzybiczych zakażeń sromu i pochwy u kobiet.

Zespół ekspertów

Przewodniczący:
dr hab. Tomasz Niemiec

Członkowie:
prof. dr hab. Jacek Brązert
prof. dr hab. Krzysztof Drews
dr hab. Agata Karowicz
prof. dr hab. Jan Kotarski
dr med. Michał Pawlaczyk
prof. dr hab. Krzysztof Szaflik
dr med. Jacek Tomaszewski

Wytyczne dotyczące leczenia leczenia grzybiczych zakażeń sromu i pochwy u kobiet.

●

Wzrost częstości występowania drożdżakowych zapaleń sromu i pochwy (*VulvoVaginal Candidiosis;* VVC) oraz nowe schematy terapeutyczne ich leczenia usprawiedliwiają potrzebę aktualizacji opracowanych w lipcu 2004 roku przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomendacji w tym zakresie.

●

Grzybice powierzchowne należą do najczęstszych zakażeń infekcyjnych u kobiet. Szacuje się, że stanowią one od 20 do 30% wszystkich infekcji narządu płciowego u kobiet.

●

Większość kobiet doświadczy co najmniej jednego objawowego epizodu zakażenia drożdżakowego sromu i pochwy w ciągu życia. Odsetek kobiet które będą leczone z powodu postaci nawrotowej schorzenia wynosi około 40-50 procent. Bezobjawowe nosicielstwo grzybów rodzaju *Candida* dotyczy od 5 do 55 procent populacji kobiet.

●

W etiologii zakażeń drożdżakowych u kobiet obserwuje się wzrost infekcji gatunkami innymi niż *Candida albicans*, głównie *C. glabrata* i *C. tropicalis*.

●

Stwierdzenie komensalnych grzybów drożdżopodobnych rodzaju *Candida* nie upoważnia do rozpoznania procesu chorobowego oraz wdrożenia leczenia.

●

Wywiad chorobowy, badanie kliniczne, ocena odczynu pH pochwy oraz bezpośrednie badanie mikroskopowe preparatu barwionego metodą Grama ma fundamentalne znaczenie w diagnostyce ambulatoryjnej.

●

Połowa kobiet, u których rozpoznano VVC jedynie na podstawie objawów klinicznych, nie jest zainfekowana drożdżakami lub ma inne schorzenia.

●

Próbki wydzieliny pochwowej do ambulatoryjnej diagnostyki zakażeń drożdżakowych należy pobrać z bocznej ściany dystalnej jednej trzeciej części pochwy. Próbki zanieczyszczone śluzem, krwią, nasieniem lub lekami nie są wiarygodnym narzędziem diagnostycznym. W celu identyfikacji gatunku drożdżaka oraz upewnienia się, że nie mamy doczynienia z zakażeniem mieszanym, zaleca się wykonywanie wymazów z pochwy zawsze, o ile dysponujemy zapleczem laboratoryjnym. Niektóre pacjentki będą wymagały więcej niż jednego badania diagnostycznego, zwłaszcza w sytuacji uprzedniego zastosowania leków przeciwgrzybiczych, irygacji lub gdy seryjne wymazy dają ujemne wyniki posiewu w kierunku drożdżaków.

●

Leczenie ostrego, będącego pojedynczym epizodem chorobowym, zapalenia grzybiczego sromu i pochwy polega na stosowaniu leku przeciwgrzybicznego (miejscowo i/lub doustnie).

●

Wybór pomiędzy doustnymi i dopochwowymi preparatami przeciwgrzybiczymi zależy od wywiadu chorobowego, nasilenia objawów klinicznych, częstości nawrotów schorzenia, objawów niepożądanych terapii, obecności ciąży i preferencji pacjenta. (Tabela I).

●

W terapii zapalenia grzybiczego sromu i pochwy stosowane są leki z grupy azoli oraz antybiotyki polienowe.

●

Pochodne triazolowe (flukonazol, itrakonazol) są skuteczne w leczeniu ostrych postaci VVC, jak również w zapobieganiu nawrotom infekcji.

© 2007 Polskie Towarzystwo Ginekologiczne