

УДК 618.36-008-009.24:618.396]-084

О.О. Корчинська¹, М.М. Черняк¹, С. Жултакова², Г. Галдунова², А. Шлоссерова²

Прегравадарна підготовка у жінок із плацентарною дисфункцією в анамнезі

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

²Пряшівський університет, м. Пряшев, Словаччина

Мета – проаналізувати дані сучасної спеціалізованої літератури щодо прегравадарної підготовки жінок із плацентарною дисфункцією в анамнезі.

Матеріали та методи. Контент-аналіз фахових журналів, монографій, національних керівництв.

Результати. При підготовці таких жінок до наступної вагітності ключовим моментом є визначення індивідуального тригерного чинника та, по можливості, його максимальна корекція до настання вагітності.

Висновки. Адекватна та своєчасна корекція екстрагенітальної патології, гормонального, імунного статусу сприяє підвищенню вірогідності нормального перебігу наступної вагітності і дозволяє уникнути повторення порушень в системі мати-плацента-плід.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, профілактика, прегравадарна підготовка.

Вступ

Плацентарна дисфункція (ПД) є одним із найбільш поширених патологічних синдромів, який, в тому чи іншому клінічному прояві, наявний у 17–35% вагітних. До клінічних проявів ПД належать: невиношування вагітності, прееклампсія, дистрес плода, антенатальна загибель плода та затримка внутрішньоутробного росту плода. У випадку наявності в анамнезі у жінки даних щодо плацентарної дисфункції важливо провести заходи по підготовці до наступної вагітності з метою профілактики повторення даного клінічного синдрому.

Мета роботи – проаналізувати дані сучасної спеціалізованої літератури щодо прегравадарної підготовки жінок з ПД в анамнезі.

Матеріали та методи

У роботі використано контент-аналіз фахових журналів, монографій, національних керівництв.

Результати дослідження та їх обговорення

Плацентарна дисфункція зустрічається при невиношуванні в 50–77%, при гестозі – в 32%, при поєднанні вагітності з екстрагенітальною патологією – в 25–45%, у вагітних, які перенесли бактеріальну або вірусну інфекцію, – більш ніж у 60% випадків. Перинатальні втрати у жінок з явищами плацентарної дисфункції складають серед доношених новонароджених 10,3%, серед недоношених – 49% [10, 15].

Провівши численні дослідження, було встановлено, що затримка росту плода і більшість інших ускладнень вагітності виникають ще на початку вагітності внаслідок неповноцінної інвазії трофобласту. При плацентації відбувається два взаємокоординованих процеси: інвазія трофобласту та ремоделювання спіральних артерій.

Порушення процесу плацентації призводить до розвитку різних гестаційних ускладнень залежно від ступеня вираженості і терміну вагітності, на якому почалися порушення. Недостатнє проникнення трофобласту в товщу ендометрію під час першої хвилі інвазії є критичним для подальшого перебігу вагітності і сприяє її перериванню. Порушення другої хвилі інвазії при вже закладеному матково-плацентарному кровотоку призводить до того, що плід не тільки не отримує належного об'єму поживних речовин, але їх надходження обмежується перепадами тиску материнського організму. При неадекватному ремоделюванні спіральних артерій їхня чутливість до впливу вазоактивних речовин зберігається, вони перебувають у стані перманентного спазму. Таким чином, порушення, які виникають на етапі плацентації зумовлюють численні акушерські ускладнення [14, 16].

Фактори ризику розвитку плацентарної дисфункції поділяють на такі групи:

Соціально-побутові: вік вагітної до 18 та понад 30 років, психоемоційні навантаження, негативний вплив ксенобіотиків, недостатнє харчування, важка фізична праця.

Соматичні: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, варикозна хвороба, захворювання легенів, нирок, печінки, спадкові і набуті тромбофілії, антифосфоліпідний синдром.

Акушерсько-гінекологічні: інфантилізм, вади розвитку та пухлини матки, ендометріоз, порушення менструального циклу, операції на органах малого таза, безпліддя, запальні захворювання матки та її придатків, мимовільне та штучне переривання вагітності, звичне невиношування, ускладнений перебіг вагітності та пологів, антенатальна загибель плода або народження дітей з низькою масою тіла в анамнезі.

Ускладнення цієї вагітності: загроза переривання, прееклампсія, багатоплідна вагітність, передлежання

плаценти, уrogenітальні інфекції, ізосенсибілізація крові матері та плода [2, 7, 11].

Етіологія

Дослідження по визначенню причин невиношування вагітності дозволили виокремити такі фактори: у 72,2% виявлені інфекції, що передаються статевим шляхом, причому у 74,4% із них патогенна флора носила змішаний характер; у 59,3% випадків відмічалась гіперкоагуляція в плазменній та тромбоцитарній ланках гемостазу; спадкові тромбофілії виявлені у 43,9% пацієнтів; недостатність лютетінової фази менструального циклу – у 22,8%; антифосфоліпідний синдром – у 21%; гіперандрогенія різного генезу – у 14%; гіпергомоцистеїнемія – у 12,3%; внутрішньоматкова патологія виявлена у 10,5%; дефіцит вітаміну В12 – у 3,5%. Змішаний генез невиношування був виявлений у 54,4% пацієнтів. Невизначена причина була у 12,3% [1, 13].

Ендокринні порушення у вигляді недостатності лютетінової фази супроводжуються зниженням інвазійної здатності трофобласту. Лейоміома, вади розвитку, стани після операції на матці зумовлюють недорозвинення судинної стінки ендометрію. Екстрагенітальні захворювання, асоційовані з артеріальною гіпертензією, зумовлюють спазм маткових судин. Варикозна хвороба, набряковий синдром під час вагітності є причиною погіршення венозного відтоку від матки та закономірного зниження рівня гемодинамічних процесів у фетоплацентарній системі. Останніми роками збільшилось значення екологічно та соціально індукованої плацентарної дисфункції, а також встановлено роль підвищеної репродуктивної активності, хронічного стресу та синдрому хронічної втоми в її генезі. Тільки врахування та детальний аналіз всіх вказаних факторів ризику та можливих причин розвитку ПД дозволяє провести комплекс заходів щодо їх усунення та попередження розвитку ПД під час наступної вагітності, шляхом фокусної корекції кожного тригерного механізму в кожному конкретному випадку [1, 7].

Прегравідарна підготовка – це консультування та обстеження майбутніх батьків до зачаття. Вона включає пошук та, за можливості, мінімізацію поведінкових, біомедичних і соціальних факторів ризику несприятливого закінчення вагітності як для матері, так і для плода. Дані заходи охоплюють обстеження стану здоров'я подружжя і, за необхідності, лікування та стабілізацію патології, яка може підвищити ризик ускладнень вагітності та пологів, а також мінімізацію та корекцію негативного впливу соціальних, екологічних, психоемоційних факторів, хронічної інтоксикації, професійних шкідливостей, які порушують гомеостаз організму. Також проводять консультування щодо харчування та впливу лікарських препаратів на організм. В основі прегравідарної підготовки лежать кілька основних напрямків – це діагностика та лікування соматичної та генітальної патології подружньої пари. Медичне дослідження із застосуванням необхідних лабораторних досліджень та консультації фахівців з урахуванням анамнестичних даних; корекція харчування

з застосуванням всіх необхідних компонентів та використання вітамінно-мінеральних комплексів. За основу прегравідарної підготовки для жінок із неускладненим анамнезом запропоновано застосування вітамінів та мікроелементів протягом 3–4 менструальних циклів. У жінок із супутньою соматичною патологією та обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом необхідною умовою прегравідарної підготовки є корекція наявних та виявлених змін (корекція соматичної патології під спостереженням фахового спеціаліста, курс комплексної протизапальної терапії, з подальшою розсмоктувальною терапією, санаторно-курортним лікуванням). Обов'язковою умовою та запорукою успіху є комплексне лікування подружньої пари [6].

Особливості прекоценційної підготовки

Антифосфоліпідний синдром, генетичні форми тромбофілії індукують ендотеліальну дисфункцію та порушення матково-плацентарного кровотоку на тлі гіперкоагуляції та підвищеного рівня вазоконстрикторів. У випадку наявності антифосфоліпідного синдрому прегравідарна підготовка включає ацетилсаліцилову кислоту 75 мг/добу, низькомолекулярний гепарин у дозі 2500 МО 1 раз на добу, натуральний мікронізований прогестерон 100 мг на ніч вагінально у другу фазу менструального циклу. Тривалість проведення терапії залежить від ефективності лікування та зникнення маркерів тромбофілії, після чого планують вагітність [8].

Окрему групу причин непліддя та плацентарної дисфункції становлять інфекційні фактори, оскільки плодове яйце є ідеальним середовищем для розмноження бактерій, вірусів і найпростіших. На тлі хронічних запальних захворювань статевих органів (ХЗЗСО) виникають зміни в ендокринній системі, які вже є факторами ендокринної безплідності та плацентарної дисфункції. З найбільшою частотою при ХЗЗСО реєструються грампозитивні коки (епідермальний та золотистий стафілокок, ентерокок, стрептококи різних серологічних груп). Кокова мікрофлора має здатність адаптуватися до несприятливих умов зовнішнього середовища, антисептиків, антибіотиків. Домінуючі позиції займають стафілококи, які мають великий спектр факторів агресії та власного захисту. Золотистий стафілокок синтезує летальний токсин, дермонекротоксин, лейкоцидин, гемолізін та ентеротоксин. До факторів патогенності стафілококів відносять також їх здатність продукувати плазмокоагулазу, лецитиназу, викликати гемоліз еритроцитів. Також збудниками інфекційних процесів можуть бути грамнегативні палички кишкової групи та анаероби різних видів. Вірулентність ентеробактерій пов'язана з бактеріальними екзо- та ендотоксинами. Вони спричиняють лізис еритроцитів і лейкоцитів, а також призводять до протеолізу клітин. Поряд із бактеріями у формуванні запальних процесів беруть участь гриби роду *Candida*. Розвиток кандидозу посилюється гормональними порушеннями, вірусним інфікуванням, імунodefіцитами, змінами обміну речовин, неадекватною терапією. У розвитку кандидозу піхви важливими етапами є філаментация та наступна адгезія

Candida до слизової оболонки піхви. Основним фактором вірулентності грибів *Candida* є їх генотипічна й фенотипічна нестабільність, а також секреція протеїназ, що призводить до адгезії й інвазії збудника в слизову оболонку. Факторами, що спричиняють активізацію адгезивних властивостей грибів *Candida*, є лікарські препарати, які досить часто використовуються в акушерсько-гінекологічній практиці. Антибактеріальні препарати збільшують вірулентність грибів за рахунок супресорного впливу на імунологічну реактивність. Із високою частотою в жінок фертильного віку зустрічаються гарднерели. Ці факультативно-анаеробні бактерії мають здатність продукувати токсичні біопродукти: муколітичні ферменти та гемолізін. При зростанні проліферації *Gardnerella vaginalis* на фоні пригнічення її головних антагоністів — лактобактерій вона набуває патогенних властивостей, які проявляються в продукуванні деякими штамами ферменту спалідази, активної до глобулярних лікопротеїдів слизової оболонки піхви. Вважають, що лейкотоксичний фактор, продукований гарднерелою, викликає структурні та функціональні порушення лейкоцитів. Розроблені методи лікування ХЗСО у жінок із безпліддям та репродуктивними втратами в анамнезі довели свою високу ефективність. У зв'язку з цим важливим є проведення лікувально-профілактичних заходів щодо запобігання рецидивів ХЗСО та підготовки жінок до безпечного материнства. З метою підготовки до вагітності жінкам призначається комплексна прегравідарна підготовка, яка включає прийом гормональних препаратів гестагенного ряду з 5-го по 21-й день менструального циклу. Імуномодулююча терапія протягом 10 днів. Антибактеріальна терапія макролідами по схемі. Повторне обстеження на наявність інфекції проводиться через 3 місяці після проведення курсу лікування. У жінок із проявами гострої HSV-інфекції в комплексну терапію прегравідарної підготовки включають противірусні препарати. Після повторного визначення титрів IgM курс прегравідарної підготовки проводять через 3 місяці. Вагітність дозволяється через 6 місяців після лікування [5, 9].

Комплексна прегравідарна підготовка у пацієнок з ожирінням та синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) повинна враховувати ступінь ожиріння, зміни ліпідного спектра, порушення в системі гомеостазу. Для корекції виявлених порушень рекомендовано застосування, крім базової терапії, препаратів омега-3-поліненасичених жирних кислот, дієти та відповідно розроблених фізичних вправ. При ефективності прегравідарної підготовки і настанні вагітності з комплексу необхідно виключити фізичні навантаження, дієту збагатити білками [6, 12].

Особливе занепокоєння викликає перебіг вагітності та пологів у жінок із дисгормональними розладами, при яких вагітність супроводжується невиношуванням у ранніх термінах, позаматковою локалізацією вагітності, передчасними пологами, плацентарною дисфункцією, затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, антенатальною загибеллю плода, відшаруванням плаценти, кровотечами в післяпологовому періоді.

У зв'язку з цим особливою актуальністю набуває питання проведення у пацієнок з дисгормональними порушеннями індивідуальної прегравідарної підготовки. Для таких пацієнтів запропонована схема, яка включає застосування препаратів із вмістом екстракту *Agnus castus* BNO 1095 зі стандартизованим вмістом специфічних детерпінів, що мають тропність до допамінових рецепторів нейронів гіпоталамуса, які регулюють синтез пролактину (ПРЛ) у гіпофізі. Такі препарати застосовуються при лікуванні передменструального синдрому і порушення менструального циклу, спричинених недостатністю лютеїнової фази на фоні латентної гіперпролактинемії. В процесі досліджень встановлено, що ці детерпіни мають високу спорідненість до D2 допамінових рецепторів, інгібують виділення ПРЛ із культури пролактотрофних клітин гіпофіза. Такий вплив приводить до нормалізації ритмічної секреції гонадотропних гормонів гіпофіза, усунення естроген-прогестеронового дисбалансу і нормалізації менструального циклу. Застосовуються такі препарати за схемою протягом 5–6 місяців. Така корекція дисгормональних змін у жінок репродуктивного віку є патогенетичною, адекватною та має найменшу кількість протипоказань та побічних ефектів, оскільки передбачає застосування природних рослинних препаратів. Дане лікування рекомендовано для прегравідарної підготовки у пацієнок з дисгормональними розладами, зокрема дисменореєю [4].

У жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі комплекс прегравідарної підготовки включає терапевтичні заходи, які спрямовані на виявлені ланки патогенезу стрес-індукованих порушень репродуктивної функції: функціональну гіперпролактинемію, гіпопрогестеронемію, периферичний вазоспазм, оксидантний стрес, тривожно-депресивні прояви та вегетативний дисбаланс. Курс підготовки включає рекомендації щодо зміни способу життя та психологічної саморегуляції і спрямований на гормональну підтримку лютеїнової фази. Застосовують дуфастон (по 10 мг двічі на день із 16-го по 26-й дні циклу), фолієву кислоту (по 0,001 г 4 рази на день), препарат м'якої дофамінергічної дії та засоби антиоксидантної і антигіпоксичної дії. Диференційовану складову лікування розроблено на основі виявлених психологічних та нейрогуморальних особливостей формування стрес-індукованих розладів у жінок. Пацієнткам із переважанням тривожно-депресивних проявів призначають анксиолітичний препарат адаптол та антидепресант на рослинній основі геларіум гіперікум, а жінкам із високим рівнем астенизації на тлі виснаження адаптивних ресурсів – ноотропний препарат ноофен і препарат метаболічної дії на рослинній основі трибестан [5].

При звичному невиношуванні на прегравідарному етапі загальноприйняті заходи доповнюють елементами індивідуальної психокорекції та формуванням «домінанти вагітності» із застосуванням сеансів електросну, роботи в кабінеті психолога та препарату мебікар, для корекції метаболічних порушень – α-ліпоева

кислота, з метою корекції гормонального дисбалансу – препарат природного походження – сухий екстракт трави якірців сланких, для покращення реологічних властивостей крові та нормалізації цитокинового профілю – ензимотерапія, для корекції депресії місцевого імунітету – препарат інтерферону- $\alpha 2$ інтравагінально [5].

При дефіциті фолатів і вітаміну В12 або порушенні їх обміну накопичення гомоцистеїну призводить до розвитку ендотеліопатії, гіперкоагуляції, тромбозу та розвитку тяжких акушерських ускладнень. Запропоновано схема прегравідарної підготовки жінок з невиношуванням вагітності з гіпергомоцистеїнемією: фолієва кислота 4 мг на добу протягом фертильного циклу, ацетилсаліцилова кислота 75 мг на добу протягом фертильного циклу, комплекси вітамінів групи В по 1 таб. 3 рази на добу протягом фертильного циклу. Дефіцит фолієвої кислоти є причиною різноманітних ускладнень вагітності, таких як мимовільні викидні, передчасні пологи, передчасне відшарування плаценти, ризик гіпотрофії плода та недоношеності. Комплекс вітамінів групи В може бути рекомендований для прегравідарної підготовки протягом 12 тиж. до зачаття, протягом вагітності та до кінця періоду годування грудьми. Щоденне застосування препарату в рекомендованій дозі дозволяє досягти оптимального рівня фолату/фолієвої кислоти у клітинах і тканинах приблизно через 4 тиж. [3, 9].

Триває розробка підходів до нормалізації мікробіологічного складу кишкового та вагінального біоценозів під час прегравідарної підготовки жінок із гіперандрогенією та репродуктивними втратами в анамнезі. Рання прегравідарна підготовка покликана активувати системи детоксикації організму жінки по закінченні невдалого гравідарного періоду. Лікувальна програма включає видалення тих етіологічних чинників, які призводять до патології шлунково-кишкового тракту, відновлення або заміщення секреторної активності залоз, які беруть участь у процесі травлення, відновлення нормальної флори кишечника та стимулювання репаративних процесів у тонкій кишці. Тривалість такої програми складає від 1 до 3 місяців. Ефективність оцінюють мікроскопічним та мікробіологічним дослідженнями через 3 місяці по закінченню терапії [7].

Розвитку плацентарної дисфункції та її клінічних проявів сприяє наявність екстрагенітальної патології, зокрема захворювання серцево-судинної системи. Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

- комплексне обстеження з метою встановлення причини та ступеня ураження структур серця, стадії серцевої недостатності, функціонального класу пацієнтки (за NYHA), діагностики можливих ускладнень, визначення показань до хірургічного лікування;

- радикальне хірургічне лікування основного захворювання та/або його ускладнень (за наявності показань);

- адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на ліквідацію причини захворювання та зменшення ступеня його ускладнень;

- корекцію станів, які обтяжують перебіг кардіологічної патології (анемія, порушення системи гемостазу, тиреоїдна дисфункція тощо);

- санацію вогнищ хронічної інфекції;

- нормалізацію маси тіла;

- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Преконцепційне консультування має на меті інформувати хвору, яка перебуває на диспансерному обліку, щодо таких питань:

- ступінь ризику майбутньої вагітності для здоров'я та життя жінки;

- необхідність продовження медикаментозного лікування під час вагітності і можливий негативний вплив його на плід;

- ризик уродженого захворювання серця в майбутньої дитини;

- очікувана тривалість життя жінки і здатність її здійснювати догляд за дитиною.

Після проведення прекоцепційного консультування хвора і лікар спільно приймають рішення щодо планування вагітності та проведення відповідної підготовки чи контрацепції [1, 2].

Висновки

При проведенні прегравідарної підготовки жінок з обтяженим акушерським анамнезом щодо клінічних проявів синдрому плацентарної дисфункції з метою попередження їх повторення при наступній вагітності слід паралельно вести два напрямки: загальногігієнічні і зміцнюючі заходи та заходи, направлені на корекцію індивідуального етіологічного чинника, що спричинив розвиток ПД у минулому, який, у більшості випадків, при поглибленому обстеженні вдається виявити. Якщо перша група заходів є загальною і не відрізняється від схем прекоцепційної підготовки жінок без ПД в анамнезі, то друга група – для досягнення максимального ефекту, потребує виключно індивідуального підходу.

Перспективи подальших досліджень

Широке розповсюдження клінічних проявів ПД та відсутність етіологічного лікування потребують подальшої розробки нових та удосконалення наявних методів прегравідарної підготовки, ранньої профілактики та лікування цього ускладнення.

Література

1. *Акушерство* : национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева. – Москва, 2009. – С. 263–271.
2. *Гестозы* : руководство для врачей / Б. М. Венцовский, В. Н. Запорожан, А. Я. Сенчук, Б. Г. Скачко. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. – С. 93–114.
3. Жук С. І. Прегравідарна підготовка та патогенетична корекція невиношування вагітності в жінок із гіпергомоцистеїнемією та гестагенною недостатністю / С. І. Жук, С. Б. Чечуга // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 1 (37). – С. 127–131.
4. Жук С. І. Прегравідарна підготовка у жінок із дисгормональними порушеннями репродуктивної системи / С. І. Жук ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. – Київ, 2013.
5. *Коптюх В. І.* Прегравідарна підготовка у пацієнок із завмерлою вагітністю / В. І. Коптюх, Д. М. Дуве ; ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль, 2010.
6. *Корнацька А. Г.* Прегравідарна підготовка жінок з ожирінням та синдромом полікістозних яєчників / А. Г. Корнацька, О. Г. Даниленко, І. В. Овчар ; ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». – Київ, 2015.
7. *Пересада О. А.* Комплексная профилактика и терапия плацентарной недостаточности в амбулаторных и стационарных условиях / О.А. Пересада, Е. А. Писаренко // *Репродуктивное здоровье в Беларуси*. – 2009. – № 1 (01). – С. 49–55.
8. *Подольський В. В.* Прегравідарна підготовка жінок фертильного віку з безпліддям / В. В. Подольський // *Перинатология и педиатрия*. – 2016. – № 3. – С. 53–57.
9. *Прегравідарна підготовка у пацієнок с невынашиванием беременности в анамнезе* [Електронний ресурс] / М. В. Михалева, М. Б. Шаманова, А. П. Кирющенко, Е. Б. Херсонская // *Вестник РГМУ*. – 2011. – № 2 Спецвыпуск. – Режим доступа : <http://www.twirpx.com/file/704319>. – Название с экрана.
10. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – Москва : Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. – С. 223–245.
11. *Радзинский В. Е.* Руководство к практическим занятиям по акушерству : учебное пособие / В. Е. Радзинский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 282–288.
12. *Семенюк Л. М.* Ранняя прегравідарна підготовка жінок із невиношуванням вагітності на тлі гіперандрогенії [Електронний ресурс] / Л. М. Семенюк, М. Є. Яроцький, Т. І. Дашук // *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. – 2013. – № 3. – Режим доступа : <http://jcees.endocenter.kiev.ua/article/view/77852>. – Назва з екрана.
13. *Сидорова И. С.* Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. – 296 с.
14. *Impaired vascular dilatation in women with a history of pre-eclampsia* / К. Н. Lampinen, М. Ronnback, R. J. Kaaja [et al.] // *J. Hypertens*. – 2006. – Vol. 24. – P. 751–756.
15. *Impairment of endothelial function in women with a history of preeclampsia: an indicator of cardiovascular risk* / Р. К. Agatisa, R. B. Ness, J. M. Roberts [et al.] // *Am. J. Physiol. Heart. Circ. Physiol.* – 2004. – Vol. 286. – H1389–H1393.
16. *Sheppard S. J.* Risk factors and mediators of the vascular dysfunction associated with hypertension in pregnancy / S. J. Sheppard, R. A. Khalil // *Cardiovasc. Hematol. Disord. Drug. Targets*. – 2010. – Vol. 10. – P. 33–52.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

Прегравидарная подготовка у женщин с плацентарной дисфункцией в анамнезе

*О.А. Корчинская¹, М.М. Черняк¹,
С. Жултакова², Г. Галдунова², А. Шлоссерова²*
¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина
²Пряшевский университет, г. Пряшев, Словакия

Цель – проанализировать данные современной специализированной литературы по прегравидарной подготовки женщин с плацентарной дисфункцией в анамнезе.

Материалы и методы. Контент-анализ специализированных журналов, монографий, национальных руководств.

Результаты. При подготовке таких женщин к следующей беременности ключевым моментом является определение индивидуального триггерного фактора и, по возможности, его максимальная коррекция до наступления беременности.

Выводы. Адекватная и своевременная коррекция экстрагенитальной патологии, гормонального, иммунного статуса способствует повышению вероятности нормального течения следующей беременности и позволяет избежать повторения нарушений в системе мать–плацента–плод.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, профилактика, прегравидарная подготовка.

Preconception care of women with placental dysfunction syndrome anamnesis

*O.O. Korchynska¹, M.M. Chernyak¹,
S. Zultakova², H. Galdunova², A. Schlosserova²*
¹SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine
²Prešovská univerzita v Prešove, Slovakia

Purpose – to analyze methods of preconception care of women with placental dysfunction syndrome anamnesis by using current specialist literature.

Material and methods: content-analysis of professional journals, monographs, national guidelines.

Results. In preconception care of women with placental dysfunction syndrome the key factor determining individual trigger and, if possible, it's maximum correction before pregnancy.

Conclusions. Adequate and timely correction extragenital pathology, hormonal, immune status improves the probability of the normal course of the next pregnancy and to avoid repetition of disturbances in the mother-placenta-fetus.

Key words: placental dysfunction, preeclampsia, prevention, preconception care.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – д.мед.н, професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Черняк Михайло Михайлович – лікар-інтерн-акушер-гінеколог ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

PhDr **Silvia Žultáková** PhD Vedúca katedry, Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č.15080 01 Prešov, Slovakia.

PaedDr Bc. **Helena Galdunová**, PhD Odborní asistenti, Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č.15080 01 Prešov, Slovakia.

PhDr Bc. **Alena Schlosserová**, PhD Odborní asistenti, Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č.15080 01 Prešov, Slovakia.