

Профілактика плацентарної дисфункції у вагітних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород

Мета – проаналізувати ефективність проведеної профілактики плацентарної дисфункції в жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі згідно з лабораторними, інструментальними, імуногістохімічними та гістологічними показниками.

Матеріали та методи. Для проведення поставлених нами завдань жінки були розподілені на дві групи. Основну групу сформували 70 вагітних, ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. Контрольна група – 30 здорових вагітних. Клінічно-лабораторне дослідження проводили відповідно до Наказу МОЗ України.

Результати та висновки. Оцінюючи позитивні результати з боку гормональної, білокпродукувальної системи, даних інструментального, морфологічного та імуногістохімічного дослідження у вагітних із застосуванням запропонованої нами профілактики плацентарної дисфункції (ІВ підгрупі) можна дійти висновку, що традиційні методи профілактики плацентарної дисфункції не спроможні суттєво вплинути на порушення та покращення показників до фізіологічного рівня. Водночас запропонована власна методика дозволяє досягти кращих результатів щодо більшості показників, а стосовно окремих процесів у плаценті дозволяє довести їх до рівня фізіологічної вагітності.

Ключові слова: вагітність, недиференційована диспазія сполучної тканини, відшарування плаценти, вітаміни та поліненасичені жирні кислоти.

Вступ

Плацентарна дисфункція може розвиватися під впливом різних причин. Порушення формування і функції плаценти можуть бути обумовлені захворюваннями серцево-судинної системи вагітної (вади серця, недостатність кровообігу, артеріальна гіпер та гіпотензія), патологією нирок, печінки, легень, крові, хронічною інфекцією, захворюваннями нейроендокринної системи (цукровий діабет, гіпо- і гіперфункція щитовидної залози, патологія гіпоталамуса і наднирників) та іншими патологічними станами. ПД при анемії обумовлена зниженням рівня заліза як у материнській крові, так і у самій плаценті, що призводить до пригнічення активності дихальних ферментів і транспортування заліза до плода [3].

За останній час помітно розширилися уявлення про етіологію та патогенез розвитку гестаційних ускладнень у вагітних жінок, однак ні одна із більшості теорій не дає повного пояснення всіх причин їх виникнення. Особливо на значну увагу заслужила теорія системної дисплазії сполучної тканини, як окремого прояву поліорганної недостатності сполучної тканини на рівні репродуктивної системи [8]. Вагітність і пологи у жінок з дефіцитом сполучної тканини поєднані з високим ризиком ускладнень як зі сторони матері, так і зі сторони плоду [6].

В останні роки у літературі зустрічаються наукові ствердження щодо ролі сполучнотканинних дисплазій з порушенням процесу плацентазії, одним із проявів якого є передчасне відшарування плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, незважаючи на відносно низьку частоту (за різними

даними, від 0,8 до 2%), у порівнянні з іншими ускладненнями вагітності, залишається актуальною проблемою сучасного практичного акушерства.

Мета роботи – проаналізувати ефективність проведеної профілактики плацентарної дисфункції в жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі згідно з лабораторними, інструментальними, імуногістохімічними та гістологічними показниками.

Матеріали та методи

Для проведення поставлених нами завдань жінки були розподілені на дві групи. Основну групу сформували 70 вагітних, ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. Контрольна група – 30 здорових вагітних. Клінічно-лабораторне дослідження проводили відповідно до Наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. "Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги".

Для оцінки ефективності профілактики плацентарної дисфункції проведено дослідження визначення рівня гормонів: естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену, кортизолу в сироватці крові вагітних. Показники ендокринної функції визначали методом твердо фазового імуноферментного аналізу з використанням тест-систем, що ґрунтуються на дії моноклональних антитіл (ДИАМЕБ, Україна).

Білоксинтезувальну функцію вивчали методом твердофазового імуоферментного аналізу з використанням тест-систем, що ґрунтуються на дії моноклональних антитіл. Дослідження концентрації специфічних трофобластичного β 1-глікопротеїну (ТБГ) та плацентарного α 1-мікроглобуліну (ПАМГ) білків у сироватці крові у вагітних основної та контрольної груп [12].

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили з використанням УЗД-апарата «АЛОКА-1400» із застосуванням датчика з частотами 5,0 та 7,5 МГц. Обстеження виконували в термінах 20-24, 28-32 та 36-38 тижнів вагітності, яке включало фотометрію, оцінку стану плода, виявлення маркерів хромосомних аномалій і внутрішньоутробного інфікування плода, плацентографія, оцінку якості навколоплідних вод, доплерометрію. Макроскопічну характеристику плаценти здійснювали описовим методом, згідно з органо метричними параметрами, які є найбільш інформативними для оцінки плацентарної недостатності. Проводили імуногістохімічні методики на плацентарний лактоген та ТБГ.

Результати дослідження та їх обговорення

Основну групу сформували 70 вагітних, ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. Контрольна група – 30 здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Наведені результати ефективності проведеної профілактики плацентарної дисфункції у жінок групи ризику, які оцінені завдяки клінічним, лабораторним, інструментальним, імуногістохімічним та гістологічним методами досліджень.

Під час аналізу нами було встановлено, що середній вік жінок у двох досліджуваних групах статистично не відрізнявся і становив у контрольній – $27,23 \pm 0,76$ року, в основній – $27,12 \pm 0,44$ року. Половина осіб у двох групах були віком 25–30 років, практично однакову частку становили жінки віком до 25 та понад 30 років.

При виявленні плацентарної дисфункції у вагітних жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі, до комплексу лікувальних профілактичних заходів слід призначати препарати, які поліпшують МПК і ФПК, які дають змогу пролонгувати вагітність, оптимізувати гомеостаз, інтенсифікувати газообмін, коригувати реологічні та коагуляційні властивості крові, усунути гіповолемію та гіпропротеїнемію, нормалізувати судинний тонус та скоротливу активність матки, посилити антиоксидантний захист, нормалізувати метаболічні та обмінні процеси, підготувати вагітну до розродження в оптимальні терміни [13].

Метаболічна терапія ПД в амбулаторних умовах включає застосування Актотегіну. Амбулаторно його можна призначати для профілактики ПД вже у І триместрі вагітності по 1 таблетці (200 мг) 2–3 рази на день протягом 3 тижнів і далі у групах ризику розвитку ПД. Основою фармакологічної дії Актотегіну є його вплив на процеси внутрішньоклітинного метаболізму, поліпшення транспортування глюкози і поглинання кисню в тканинах.

Доведено нейропротекторний ефект Актотегіну щодо головного мозку плода, який знаходиться в умовах гіпоксії. Цей лікарський засіб має анаболічну дію. Аналогічні схеми рекомендують для лікування гіпотрофії плода І–ІІ ступенів.

При порушенні кровообігу у мозкових артеріях плода призначають 80–160 мг (2–4 мл) Актотегіну + 2 мл Інстенона на 200 мл 57% глюкози протягом 5–10 днів під контролем доплерометрії з наступним переходом на амбулаторний прийом таблеток. Приймання Актотегіну при вагітності із соматичною патологією (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет), а також при акушерських ускладненнях (загроза переривання вагітності, пізній гестоз) дає змогу поліпшити стан матері та внутрішньоутробний розвиток плода. А це знижує частоту дострокового розродження [12].

Після 22–23 тижнів вагітності з метою профілактики плацентарної дисфункції (ПД) у комплексному лікуванні вагітних із ПД використовували препарат Цитофлавін та озонований 0,9% розчин NaCl. Препарат Цитофлавін застосовували зважаючи на низку обґрунтованих клінічно-лабораторних та морфологічних ланок патогенезу ураження фетоплацентарного комплексу (ФПК). До складу діючої речовини 1 мл Цитофлавіну входить 100 мг бурштинової кислоти, нікотинамід 10 мг, рибоксину 20 мг, рибофлавіну мононуклеотиду (рибофлавіну) 2 мг. Фармакологічний ефект зумовлений комплексним впливом антигіпоксичних речовин, які входять до складу компонентів препарату Цитофлавін. Препарат стимулює дихання й енергоутворення в клітинах, поліпшує процеси утилізації кисню тканинами, відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту [10]. Цитофлавін активує внутрішньоклітинний синтез білка, сприяє утилізації глюкози, жирних кислот і ресинтезу в нейронах гамма-аміномасляної кислоти. Стимулює синтез АТФ, підсилює проліферацію пошкоджених клітин, ангиогенез, створює сприятливі умови для синтезу колагену і росту грануляційної тканини, покращує обмін у тканинах, підтримує і відновлює енергетичний метаболізм та окисне фосфорилування, забезпечує високоенергетичними фосфатами клітини, які знаходяться в умовах дефіциту живлення. Цитофлавін призначали жінкам основної групи по 10 мг (1 мл) у 200 мл 0,9% ізотонічного розчину NaCl або 5% розчині глюкози 1 раз на добу через день [11].

Поєднання медичного озону на тлі комплексної терапії покращує матково-плацентарний та плодово-плацентарний кровообіг за рахунок нормалізації судинної резистентності в маткових, спіральних та плацентарних артеріях. Механізмом дії озонованого фізіологічного розчину є активація біоенергетичних процесів на клітинному рівні, покращання мембранного стану формених елементів крові і зниження їхньої агрегаційної здатності, позитивний вплив на гемореологію і периферичну гемодинаміку, що призводить до нормалізації мікроциркуляції, покращення віддачі кисню тканинам. Під впливом озону відбувається активний ріст тонкостінних судин з розширенням та збільшенням їхньої довжини [12]. Останній сприятливо впливає на функцію органів

(міометрій, плацента), які перебувають у стані гіпоксії. Застосування медичного озону не тільки позитивно впливає на перебіг вагітності та плацентарний комплекс.

Для поліпшення матковоплодово-плацентарного кровообігу ефективно застосувати Пентоксифілін (трентал). Препарат має судинорозширювальну дію, знижує периферичний судинний опір, посилює колатеральний кровообіг і капілярний кровотік, зменшує в'язкість крові та поліпшує її реологічний стан.

Невід'ємною частиною комплексу терапевтичних заходів є використання лікарських засобів, направлених на поліпшення метаболічних і біоенергетичних процесів, гемодинаміки, газообміну та інших функцій плаценти (віт. В6, кокарбоксілаза, фолієва кислота). Використовують препарат «Фоліо» – поєднання фолієвої кислоти та йоду, застосовують 1 раз на день під час їди.

Зниженню тонуусу і резистентності судинної стінки сприяє прийом Магне В6. Іони Mg зменшують збудливість нейронів і сповільнюють нервово-м'язову передачу, а також беруть участь у різних метаболічних процесах разом із піридоксином. МагнеВ6 призначають по 2 таблетки 2–3 рази на день.

Важливе значення в терапії плацентарної дисфункції має нормалізація антиоксидантного захисту (віт. Е, С) [2]. У комплексному лікуванні ПД доцільно використовувати гепатопротектори (ессенціале), враховуючи важливу детоксикаційну функцію печінки. Ессенціале поліпшує перебіг ферментних реакцій, функцію печінки, мікроциркуляцію. Під його впливом у плаценті нормалізуються процеси ліпідного обміну, біосинтез циклічних нуклеотидів, білків та інших речовин [3].

Під час вивчення інфекцій, які передаються статевим шляхом, у контрольній групі не було виявлено жодного випадку на відміну від основної групи. Практично у кожній четвертій вагітній з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі був уреоплазмоз – 34 пацієнтки (28,33±4,11%), у 19 (15,83±3,33%) – гарднерельоз. З однаковою частотою у цих групах констатовано хламідіоз та трихомоніаз – по 10 випадків (8,33±2,52%). Половина вагітних основної групи (51,67±4,56%) були інфіковані грибами роду Candida, а в контрольній групі була тільки третина таких жінок (33,33±8,81%).

При гормональному дослідженні рівень естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену при проявах ПД був значно нижчим, ніж при фізіологічній вагітності (контрольна група), але запропонована нами методика профілактики дозволила вірогідно підвищити показники (P<0,05). Рівень вказаних гормонів порівняно зі стандартною методикою профілактики (ІА підгрупа) підвищувався [1].

Зокрема, рівень естрадіолу в жінок ІВ підгрупи був вищим при запропонованій методиці профілактики 44,7±1,14 (нмоль/л) порівняно з жінками ІА групи 41,4±1,12 (нмоль/л), рівень прогестерону у жінок ІВ підгрупи становив 579,1±4,86(нмоль/л) проти 538,6±4,14 (нмоль/л), рівень плацентарного лактогену становив у підгрупі ІВ 277,0±4,11 (нмоль/л) проти 258,4±4,02 (нмоль/л) [9]. Водночас рівень кортизолу при застосованій нами профілактиці плацентарної дисфункції, на відміну від інших гормонів, особливо не відрізнявся (p>0,05) (таблиця).

Таблиця

Динаміка змін рівнів гормонів плаценти у жінок досліджуваних груп залежно від виду лікування

Гормон	Строк гестації, тиж	ІА група	ІВ група
Естрадіол, нмоль/л	27-28	41,4±1,12	44,7±1,14
	32-33	42,2±1,10	45,3±2,12
Прогестерон, нмоль/л	27-28	538,6±4,14	579,1±4,86
	32-33	539,2±2,12	583,6±2,32
Плацентарний лактоген, нмоль/л	27-28	258,4±4,02	277,0±4,11
	32-33	260,0±1,12	286,9±3,42

Примітки: * – достовірність різниці відносно контрольної групи (p<0,05); ** – достовірність різниці між I та II групами (p<0,05).

Оцінюючи показники білок продукувальної функції плаценти встановлено, що рівень ТБГ при застосуванні запропонованої методики профілактики був вищим (ІВ) 10,30±0,080 нг/мл, ніж при стандартній методиці профілактики 9,52±0,075 нг/мл (ІА). При цьому запропонована методика профілактики дозволила досягти рівень ТБГ майже до цифр контрольної групи 10,34±0,074 нг/мл. Інші закономірності були відзначені за ПАМГ. Зокрема, запропонована методика профілактики дозволила більш суттєво знизити рівень ПАМГ, а саме: для групи ІВ 62,11±0,27 нг/мл порівняно з жінками підгрупи ІА 80,1±0,52 нг/мл.

При імуногістохімічному дослідженні встановлено, що концентрація плацентарного лактогену в трофобласті хоріональних ворсин у підгрупі ІВ дещо покращила показники даного гормону 0,295±0,0127 у. о. опт. густ. порівняно із стандартною методикою профілактики (група ІА) 0,241±0,0154 у. о. опт. густ. При визначенні плацентарного лактогену в інвазивному трофобласті матково-плацентарної ділянки відзначені позитивні результати у групі ІВ (0,298±0,0123 у. о. опт. густ.) порівняно з групою ІА (0,221±0,0125 у. о. опт. густ.). Позитивний результат відзначений у підгрупі ІВ при дослідженні ТБГ у трофобласті хоріональних ворсинок (0,325±0,0126 у. о. опт. густ.). Проте концентрація ТБГ порівняно з жінками, які

отримували стандартну схему профілактики ПД (ІА), становила $(0,279 \pm 0,0134$ у. о. опт. густ.).

Морфологічні зміни в плацентах дали змогу обґрунтувати окремі ланки патогенезу більш високої ефективності запропонованого методу профілактики порівняно зі стандартним методом. Так, у відношенні до показника «середня кількість цитотрофобластичних клітин» запропонований метод профілактики виявився ефективним. Показник «середня кількість цитотрофобластичних клітин» нормалізувався і значно перевищував величину показника у групі зі стандартною профілактикою ПД $28,4 \pm 0,94$ (ІВ підгрупа) проти $16,2 \pm 0,64$ (ІА підгрупа). Визначаючи оптичну щільність специфічного імуногістохімічного дослідження протеїну ВАХ у цитоплазмі цитотрофобластичних клітин матково-плацентарної ділянки, встановлено, що даний показник знижувався в підгрупі ІВ $0,332 \pm 0,0034$ порівняно з підгрупою ІА $0,423 \pm 0,0061$. Застосування цитофлавіну, у комплексному поєднанні з озонованим фізіологічним розчином, зменшує інтенсивність ВАХ-залежного апоптозу інвазивного цитотрофобласта матково-плацентарної ділянки до фізіологічного рівня $0,329 \pm 0,0086$, що дає змогу зберегти необхідну кількість клітин цитотрофобласта для здійснення його інвазивних функцій.

Оцінюючи частоту ПД, відзначено, що в підгрупі ІВ значно менше траплялися акушерські ускладнення порівняно з жінками, яким застосовували традиційну методику профілактики дисфункції плаценти (ІА). Так, частота гіпотрофії плода та показник СЗРП І ступеня (симетрична форма) траплялися менше на 7,1% у групі ІВ, гіпоплазія плаценти рідше спостерігалася в жінок підгрупи ІВ на 1,4%. Помірне багатоводдя значно менше (на 15,7%) було відзначено у підгрупі ІВ.

Найбільш доказові зміни при КТГ дослідженні відзначено для наступних показників: базальна частота серцевих скорочень (БЧЧ), кількість, амплітуда та тривалість акселерації і децелерації. Відзначено, що в жінок, які отримували специфічну профілактику ПД, значно кращі результати були зареєстровані КТГ

дослідження порівняно з жінками, які отримували традиційну профілактику дисфункції плаценти. Так, БЧСС на 9,8% перевищувала показники у підгрупі ІВ порівняно з показниками жінок ІА підгрупи. Відзначено, що кількість, амплітуда та тривалість акселерацій значно більше спостерігались у жінок ІВ підгрупи, що характеризувало позитивний внутрішньоутробний стан плода. Кількість акселерацій у групі ІВ перевищувала показники на 41,9%, амплітуда акселерацій ІВ підгрупи перевищувала показники на 18%, триваліші акселерації були зареєстровані у жінок із проведеною специфічною профілактикою дисфункції плаценти – у підгрупі ІВ – на 31,8%. Встановлено, що кількість, амплітуда та тривалість децелерацій значно підвищувалися в жінок із традиційною методикою профілактики ПД (ІА), що свідчило про негативний внутрішньоутробний стан плода.

Ефективність проведеної нами профілактики плацентарної дисфункції оцінювали за показниками досліджень у жінок ІА та ІВ основної групи. Слід відзначити, що в жінок ІВ групи (з проведеною специфічною профілактикою дисфункції плаценти) лабораторні, інструментальні, імуногістохімічні та гістологічні дані позитивно відрізнялися від показників ІА групи.

Висновки

Запропонована методика профілактики порушень плацентарного комплексу дозволяє досягти кращих результатів щодо більшості показників, а у відношенні до окремих процесів у плаценті дозволяє довести їх до рівня фізіологічної вагітності.

Перспективи подальших досліджень

Отримані дані дозволяють уточнити та доповнити патогенетичну концепцію даного захворювання у вагітних жінок та відкрити нові напрямки лікування та профілактики гестаційних ускладнень, що зумовлює перспективу подальших досліджень.

Література

1. *Беседін В.М.* Стан гормональної функції плаценти у немолодих першородячих, можливості комплексної терапії фетоплацентарної недостатності / В.М. Беседін, М.В. Дорошенко-Кравчик // Вісн. наук. досліджень. – 2006. – № 2 (35). – С. 227-229.
2. *Громова О.А.* Применения витаминов у беременных в разных странах / О.А. Громова, И.Ю.Торшин, Н.В. Авдеева // Витамины в акушерстве и гинекологии С.156-158.
3. *Спиричев //* Вопросы перинатологии, акушерства и гинекологии. – 2011. - №11. – С.12-15.
4. *Жук С.І.* Плацентарна дисфункція та натуропатичні методи її лікування / С.І. Жук, Н.О. Данкович, Е.Ш. Абляева // Здоровье женщины. – 2012. – № 2. – С. 96–99.
5. *Зарубина Е.Н.* Современный подход к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности / Е. Н. Зарубина, О. А. Бермишева, А. А. Смирнова // Вестник Рос. ассоциации акушеникологов. – 2000. – № 4. – С. 61–64.
6. *Каліновська І.В.* Дослідження рівня плацентарного $\alpha 1$ -мікроглобуліну в материнській сироватці крові при плацентарній формі фетоплацентарної недостатності у різні терміни вагітності / І.В. Каліновська // Одес. мед. ж. – 2008. – № 2. – С. 53-55.

7. *Кирющенко П.А.* Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хориона и плаценты на ранних сроках беременности / П.А. Кирющенко, Д.М. Белоусов, О.С. Александрина // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 1. – С.12-15.
8. *Липатов И.С.* Прогнозирование и диагностика плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции апоптоза и клеточной пролиферации / И.С. Липатов, Ю.В. Тезиков // Саратов. науч. мед. журн. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 52–59.
9. *Рец Ю.В.* Гормонально-гистометрические корреляции при хронической плацентарной недостаточности / Ю.В. Рец // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 12-15.
10. *Филиппов О.С.* Прогностическая значимость различных методов диагностики фетоплацентарной недостаточности / О.С. Филиппов, А.А. Казанцева // Пробл. репродукции. – 2007. – № 3. – С. 60-63.
11. *ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics.* Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists // *Obstet. Gynecol.* – 2007. i Vol.109.iQ.1007-1019.
12. *Persicov A.V., Brodsky B.* Unstable molecules form stable tissues // *Proc. Natl. Acad. Sci.* – 2002. – Vol. 99 (3). – P. 1101–1103.
13. *Serhan C.N.* Resolving inflammation: dual anti-inflammatory and proresolution lipid mediators / C.N. Serhan, N. Chiang, T.E. Van Dyke // *Nat Rev Immunol.* – 2008. – № 8 (5). – P. 349-361.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.06.2018 р.

Профилактика плацентарной дисфункции у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в анамнезе

О.О. Корчинська, О.Ю. Чонко

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии, Ужгород

Цель – проанализировать эффективность проведенной профилактики плацентарной дисфункции у женщин с преждевременным отслоением нормально расположенной плаценты в анамнезе согласно лабораторным, инструментальными, иммуногистохимическими и гистологическими показателями.

Материалы и методы. Для проведения поставленных нами задач женщины были разделены на две группы. Основную группу сформировали 70 беременных, ИА (n=35) – беременные с проявлениями плацентарной дисфункции без специфической профилактики плацентарной дисфункции, ИС (n=35) – беременные со специфической профилактикой плацентарной дисфункции.

Контрольная группа – 30 здоровых беременных. Клинико-лабораторное исследование проводили в соответствии с приказом МЗ Украины.

Результаты и выводы. Оценивая положительные результаты со стороны гормональной, белокпродуцирующей системы, данных инструментального, морфологического и иммуногистохимического исследования у беременных с применением предложенной нами профилактики плацентарной дисфункции (ИС подгруппе) можно сделать вывод, что традиционные методы профилактики плацентарной дисфункции не способны существенно повлиять на нарушение и улучшение показателей в физиологического уровня. В то же время предложена собственная методика позволяет достичь лучших результатов по большинству показателей, а по отдельным процессам в плаценте позволяет довести их до уровня физиологической беременности.

Ключевые слова: беременность, недифференцированная диспазия соединительной ткани, отслойка плаценты, витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.

Prevention of placental dysfunction in pregnancy with prevalent distribution of normally located placenta in anamnesis

O.O. Korchynska, O.U. Chonko

Uzhgorod National University, Faculty of Medicine,
Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod

Purpose – to analyze the effectiveness of the prevention of placental dysfunction in women with premature detachment of a normally located placenta in the history according to laboratory, instrumental, immunohistochemical and histological parameters.

Materials and methods. To accomplish our tasks, women were divided into two groups. The main group formed 70 pregnant women, IA (n=35) – pregnant with manifestations of placental dysfunction without specific prophylaxis of placental dysfunction, IV (n=35) – pregnant women with specific prophylaxis of placental dysfunction. Control group –

30 healthy pregnant women. Clinical and laboratory research was carried out in accordance with the Order of the Ministry of Health of Ukraine.

Results. Assessing the positive results from the hormonal, protein production system, data instrumental, morphological and immunohistochemical studies in pregnant women using the proposed prophylaxis of placental dysfunction (IV subgroup), we can conclude that traditional methods of preventing placental dysfunction can not significantly affect the violation and improvement of the indicators before physiological level. At the same time, the proposed own technique allows to achieve better results in relation to most indicators, and in relation to individual processes in the placenta allows them to reach the level of physiological pregnancy.

Key words: pregnancy, undifferentiated connective tissue dispassion, placental ablation, vitamins and polyunsaturated fatty acids.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Чонко Ольга Юрївна – лікар акушер-гінеколог Рахівської районної лікарні(90600, Закарпатська обл., Рахівський р-н, м. Рахів, вул. Карпатська, асистент кафедри акушерства та гінекології УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.