

# Плацентарна дисфункція у вагітних з сифілітичною інфекцією

**А.П. Прищеп**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що додаткове використання антигомотоксичної терапії для корекції плацентарної дисфункції у пацієнок із сифілітичною інфекцією дозволяє покращити акушерські і перинатальні результати розродження за рахунок поліпшення функціонального стану фетоплацентарного комплексу і корекції системного імунітету. Отримані результати дозволяють рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** сифілітична інфекція, плацентарна дисфункція.

Сифіліс в умовах сьогодення є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини у зв'язку з надзвичайно високою захворюваністю ним в Україні, країнах Східної Європи і США [1–7]. За даними ВООЗ протягом року в світі реєструють близько 300 млн нових випадків найбільш поширених інфекцій, що передаються статевим шляхом, з яких близько 12 млн. випадків припадає на сифіліс. В Україні безпрецедентне безперервне зростання захворюваності на сифіліс зареєстровано в період 1990–1997 рр., що перевищило дані 1989 р. в 50 разів [6]. Не дивлячись на тенденцію до зниження захворюваності на сифіліс, що спостерігалася останніми роками, до 2012 р. прогнозують її подальше зростання. У всьому світі значущість проблеми сифілісу не була оцінена повною мірою до появи даних про високий ступінь поширеності його серед вагітних. Встановлена частота сифілісу в популяції вагітних коливається від 2% в розвинених до 13% в країнах, що розвиваються [6].

Поєднання вагітності з сифілітичною інфекцією є вкрай обтяжливим моментом через високу перинатальну смертність. Не дивлячись на досягнуті в останні десятиліття успіхи в лікуванні сифілісу, думки акушерів-гінекологів і венерологів до сьогодні розходяться при обговоренні теми, що стосується виліковності сифілісу під час вагітності [2, 3]. Як що дерматовенерологами піднімається питання про виключення сифілісу як медичного показання для переривання вагітності, то акушери-гінекологи вважають, що останній не проходить безслідно, залишаючи за відсутності явних клінічних ознак анатомо-функціональні зміни, що реалізуються у вигляді різноманітних порушень у перебігу вагітності і пологів [4, 5]. Також очевидно, що вважається достатньою в даний час терапія сифілісу не здатна запобігти неспецифічним порушенням структури і функції системи мати–плацента–плід, внутрішньоутробного розвитку плода і ранньої постнатальної адаптації новонародженого не лише при даній вагітності, але і при подальших.

У даний час плацентарна дисфункція є однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, яка є предметом багаточисельних наукових досліджень в нашій країні і за рубежом [1–7]. Серед різних теорій етіології і патогенезу порушень в системі мати–плацента–плід істотна роль належить несприятливому впливу хронічної інфекції, яка передається статевим шляхом, що спричинює серйозні труднощі під час проведення лікувально-профілактичних заходів.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень по кожній з цих проблем, питання плацентарної дисфункції

раніше не вивчалися, хоча їх необхідність і своєчасність не викликає сумнівів.

Усе викладене вище з'явилося для нас підставою до проведення наукових досліджень в даному напрямку, що дозволить поліпшити перинатальні наслідки розродження.

**Метою** дослідження було зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з сифілітичною інфекцією на основі вивчення в них клініко-мікробіологічних, імунологічних, ендокринологічних і функціональних особливостей, а також удосконалення комплексу діагностичних лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети та завдання цього наукового дослідження було обстежено 90 вагітних із сифілітичною інфекцією, яких було розподілено на три групи:

I група – 30 вагітних із сифілітичною інфекцією та плацентарною недостатністю;

II група – 30 вагітних із сифілітичною інфекцією, які одержували загальноприйнятті лікувально-профілактичні заходи щодо корекції порушень в системі мати–плацента–плід;

III група – 30 вагітних із сифілітичною інфекцією, які одержували розроблену нами лікувально-профілактичну методику щодо корекції плацентарної недостатності.

Контрольну групу склали 30 першородящих без акушерської та соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

При вирішенні питання про тактику ведення вагітності необхідно відзначити, що в основні групи були включені жінки, у яких під час даної вагітності була діагностована сифілітична інфекція, однак жінки відмовились від дострокового переривання вагітності.

Ведення вагітних перших двох груп проводили згідно із загальноприйнятими положеннями [1–7]. З антибактеріальних препаратів використовували препарати пеніцилінового ряду у звичайних дозах. Для корекції можливих порушень в системі мати–плацента–плід застосовували рекомендації низки авторів [6], згідно з якими використовували антиоксиданти, антиагреганти, мембраностабілізатори, блоксинтезувальні засоби та комплекси вітамінів–мікроелементів–мінералів.

Запропонована нами лікувально-профілактична методика полягала у використанні антигомотоксичної терапії, починаючи з моменту діагностики сифілітичної інфекції з індивідуальним підбором препаратів (коензим композитум, плацента композитум, траумель тощо).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними медико-соціальними чинниками ризику сифілітичної інфекції під час вагітності є ранній початок статевого життя (36,7%); незадовільний економічний стан (36,7%); часта зміна статевих партнерів (26,7%); відсутність спеціальності (23,3%) та низький рівень санітарної культури (20,0%).

Під час вагітності сифілітична інфекція частіше діагностується в 23–30 тиж (53,3%) в порівнянні з 32–33 тиж

(20,0%); 34–35 тиж (20,0%) і лише в поодиноких випадках (6,7%) – до 22 тиж гестації.

У структурі основних форм сифілітичної інфекції під час вагітності переважають прихований ранній (33,3%) і вторинний сифіліс (30,0%) на відміну від вторинного рецидивного (20,0%) і первинного сифілісу (16,7%).

Клінічний перебіг вагітності і пологів у жінок з сифілітичною інфекцією характеризується високою частотою плацентарної дисфункції (63,3%); гестаційної анемії (53,3%); преєклампсії (23,3%); передчасного розриву плодних оболонок (36,7%); аномалій пологової діяльності (30,0%) і як наслідок цього – передчасних пологів (16,7%) і кесаревих розтинів (33,3%). Серед основних перинатальних аспектів розродження можна виділити значний рівень середньотяжкої асфіксії (23,3%); постгіпоксичної енцефалопатії (20,0%); реалізації внутрішньоутробного інфікування (20,0%) і непрямих ознак сифілітичної інфекції (13,3%).

Для плацентарної дисфункції у жінок із сифілітичною інфекцією характерна затримка внутрішньоутробного розвитку плода за асиметричним варіантом (зменшення розмірів голівки та живота), відставанням дозрівання плаценти, зниженням ендокринної функції плаценти та кровообігу перед розродженням.

Використання вдосконаленого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту плацентарної дисфункції в 1,6 разу; передчасних пологів – в 2,0 разу; аномалій пологової діяльності – в 1,6 разу; середньоважких форм асфіксії – в 1,5 разу; постгіпоксичної енцефалопатії – в 1,7 разу і реалізації внутрішньоутробного інфікування – в 3,0 разу.

Для практичної охорони здоров'я ми рекомендуємо враховувати такі моменти:

1. Жінки з сифілітичною інфекцією, яку діагностують під час вагітності, складають групу високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції, аномалій пологової діяльності і перинатальної патології інфекційного і гіпоксичного генезу.

2. З метою зниження частоти плацентарної дисфункції і перинатальної патології у жінок з сифілітичною інфекцією, яку діагностують під час вагітності, необхідне додаткове використання антигомотоксичної терапії, починаючи з моменту діагностики сифілітичної інфекції з індивідуальним підбором препаратів.

3. Для контролю за ефективністю лікувально-профілактичних заходів, що проводяться, необхідне динамічне вивчення імунологічних, мікробіологічних, ендокринологічних, ехографічних і доплерометричних показників.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, додаткове використання антигомотоксичної терапії для корекції плацентарної дисфункції у пацієнток із сифілітичною інфекцією дозволяє покращити акушерські і перинатальні результати розродження за рахунок поліпшен-

ня функціонального стану фетоплацентарного комплексу і корекції системного імунітету. Отримані результати дозволяють рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

## Плацентарная дисфункция у беременных с сифилитической инфекцией А.П. Прищеп

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что дополнительное использование антигомотоксической терапии для коррекции плацентарной дисфункции у пациенток с сифилитической инфекцией позволяет улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения за счет улучшения функционального состояния фетоплацентарного комплекса и коррекции системного иммунитета. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** сифилитическая инфекция, плацентарная дисфункция.

## Placental dysfunction at pregnant women with a syphilitic infection A.P. Prishchepa

Results of the spent researches testify, that additional use антигомотоксической for correction of placental dysfunction at patients with a syphilitic infection allows to seize therapies obstetrical and perinatal outcomes of delivery at the expense of improvement a functional condition fetoplacental complex and correction of system immunity. The received results allow recomend given a technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** a syphilitic infection, placental dysfunction.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Александрова С.Г. Обоснование профилактики врожденного сифилиса при введении прокаин-пенициллина беременным / С.Г. Александрова, О.К. Лосева, И.А. Кабанова // Клин. дерматол. и венерол. – 2009. – № 1. – С. 27–30.
2. Бакуридзе Н.А. Физическое и психомоторное развитие детей первого года жизни, родившихся у матерей, больных или болевших сифилисом / Н.А. Бакуридзе, О.К. Лосева, Г.М. Демьенъева, Т.В. Бондаренко, Н.П. Сувальская // Вестник дерматол. и венерол. – 2005. – № 3. – С. 81–83.
3. Борисенко К.К. К вопросу о лечении сифилиса у беременных / К.К. Борисенко, О.К. Лосева, О.В. Доля // Заболевания, передаваемые половым путем. – 2007. – № 5. – С. 58–59.
4. Вдовиченко Ю.П. Шляхи зниження акушерської і перинатальної патології при поєднанні сифілітичної і хламідійної інфекції у вагітних / Ю.П. Вдовиченко, Н.І. Генік // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 4. – С. 72–76.
5. Губенко Т.В. Сифилис у беременных: современное состояние проблемы / Т.В. Губенко // Журнал дерматол. и венерол. – 2000. – № 1. – С. 71–72.
6. Дерев'яно Л.А. Аналіз захворюваності на ранній уроджений сифіліс в Україні / Л.А. Дерев'яно // Дерматол. та венерол. – 2006. – № 1. – С. 49–53.
7. Дудченко М.О. Перебіг вагітності, пологів та неонатального періоду у дітей під впливом сифілітичної інфекції / М.О. Дудченко, К.В. Васильєва, В.І. Камєнев, А.А. Дудченко, Т.М. Дудченко // Дерматол., косметол., сексопатол. – 2006. – № 1–2 (9). – С. 167–169.