

Диференційований підхід до діагностики і корекції повторної плацентарної дисфункції

В.І. Бойко, К.М. Лопатка

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі «мати–плацента–плід», причому поєднаного генезу. З огляду на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами удосконалена методика корекції плацентарної дисфункції в жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, діагностика, корекція.

Проблема плацентарної дисфункції (ПД) є однією з найбільш актуальних в сучасному акушерстві [2]. Не дивлячись на те, що багато наукових колективів нашої країни і за кордоном працюють над вирішенням даної проблеми, частота порушень в системі мати–плацента–плід зростає з року в рік і на сьогоднішній день досягає 60–70% [1]. Серед основних причин такої негативної тенденції виділяють збільшення частоти соматичної захворюваності, зростання інфекцій, що передаються статевим шляхом, несприятливий вплив виробничих і екологічних чинників, погіршення матеріально-економічного положення населення і технічного забезпечення родопомічних установ і ін. [3, 4].

На сьогоднішній день особливу групу високого ризику складають жінки, які народжують повторно, в яких при першій гестації мали місце різні акушерські і перинатальні ускладнення [5]. Число таких жінок зростає з року в рік, а конкретні лікувально-профілактичні методики для них відсутні або носять узагальнювальний і фрагментарний характер.

Не дивлячись на багаточисельні наукові дослідження з проблеми ПД, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується розроблення критеріїв профілактики перинатальної патології у жінок з ПД при попередній гестації. Це свідчить про необхідність проведення подальших наукових розроблень, спрямованих на вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги вагітним з дизадаптаційними змінами в системі мати–плацента–плід.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології в жінок з ПД при попередній вагітності на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних, біохімічних, функціональних, психологічних і мікробіологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів на основі диференційованого підходу до діагностики і корекції повторної ПД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно з метою та завданнями даного наукового дослідження було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 134 жінок, з яких:

– контрольна група – 42 акушерські та соматично здорових повторнонароджуючих, розроджених через природні пологові шляхи;

– I група – 47 жінок з ПД при попередній гестації, проведених за загальноприйнятими реабілітаційними та лікувально-профілактичними заходами;

– II група – 45 жінок з ПД при попередній гестації, проведених за вдосконалений нами алгоритмом;

Загальноприйняті реабілітаційні та лікувально-профілактичні рекомендації проводили згідно з рекомендаціями [6] та включали в себе такі моменти:

– комплексне обстеження жінок на етапі планування сім'ї з медико-генетичним скринінгом, функціональним, імунологічним та ендокринологічним обстеженням;

– додаткове обстеження терапевтом, окулістом і невропатологом до і в процесі всього гестаційного періоду;

– профілактика акушерських і перинатальних ускладнень з урахуванням чинників ризику.

Удосконалений нами алгоритм носив диференційований характер з урахуванням причин ПД при попередній гестації:

1. При ПД ендокринного генезу (екстрагенітальна патологія, початкове безпліддя ендокринного генезу) використовували препарати тівортин і глутаргін у загальноприйнятих дозуваннях в 10–14 тиж; 20–24 тиж і 30–34 тиж.

2. При ПД інфекційно-запального генезу (хронічні запальні захворювання генітальної і екстрагенітальної локалізації; інтраамніальне інфікування; обтяжений репродуктивний анамнез) використовували наступні препарати канефрон-Н і поліжінакс (для корекції мікробіоценозу статевих шляхів) в загальнотерапевтичних дозуваннях в такі терміни гестації: 10–14 тиж, 20–24 тиж і 30–34 тиж.

3. При поєднанні описаних вище варіантів ПД використовували всі наведені препарати в ті самі терміни вагітності.

Додатково до описаних лікувально-профілактичних методик була використана консультація перинатального психолога і за необхідності специфічна психотерапія. Питання про використання гормональної корекції (утрожестан, дуфастон) вирішувалося індивідуально під контролем основних ендокринологічних показників.

Для проведення досліджень була розроблена спеціальна карта, до якої були занесені основні особливості преморбідного фону, причини ПД при попередній гестації, дані про клінічний перебіг вагітності, пологів, стану новонароджених, післяпологового та неонатального періодів. Дані цих змін карт заносили до комп'ютера та оброблювали за допомогою програми «Excel».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жінки з ПД при попередній гестації складають групу високого ризику щодо розвитку повторних порушень в системі мати–плацента–плід (57,8%). Ці ускладнення розвивається в 24–28 тиж (51,1%) і 29–32 тиж (33,3%); має різний генез (інфекційно-запальний – 38,5%; поєднаний – 34,6% і ендок-

ринний – 26,9%) з переважанням суб– (33,3%) і декомпенсованих форм (15,6%).

Розвиток повторної ПД у жінок з даною патологією при попередній гестації відбувається на тлі змін ендокринологічного статусу (зниження рівня плацентарного лактогену і естріолу) і вмісту плацентарних білків (збільшення рівня плацентарного α -1-мікроглобуліну при одночасному зменшенні трофічного β -глікопротеїду і α -2-мікроглобуліну фертильності).

Зміни психоемоційного статусу жінок з ПД при попередній гестації супроводяться погіршенням пам'яті, кмітливості і уваги (48,9%); фізичним і психологічним дискомфортом (34,0%); психотравмувальними ситуаціями під час справжньої вагітності (31,9%); занепокоєнням за стан свого здоров'я (31,9%); побоюванням за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим (21,2%); зниженням настрою і відчуттям пригніченості (21,2%); занепокоєнням за матеріальне і соціальне положення, а також за стосунки з родичами (21,2%); проявами напруженості (17,0%); різними порушеннями сну (14,9%) і відчуттями паніки, страху і відчаю (10,6%).

Зміни з боку вегетативної нервової системи у жінок з ПД при попередній гестації відбуваються в умовах автономного контуру, який контролює нормальну роботу серця та вегетативної нервової системи. Надалі, виникає виражене напруження регуляторних механізмів, що проявляється централізацією керування серцевої діяльності та різким підвищенням активності симпатичної нервової системи, а на заключному етапі вплив центрального контуру значно зменшується та знову формується патологічна вегетативна рівновага.

Використання вдосконалених лікувально-профілактичних заходів у жінок з ПД при попередній гестації дозволяє суттєво

знижити частоту повторної ПД (з 57,8% до 20,0%), яка частіше розвивалась після 33 тиж (51,1%), а її структурі лікувального ефекту можна вказати на відсутність випадків декомпенсації і наявність переважно компенсованої форми (88,9%).

При розродженні жінок з ПД в анамнезі завдяки використанню вдосконалених лікувально-профілактичних заходів відбувається зменшення рівня передчасного розриву плодних оболонок (з 44,4% до 26,7%); дистресу-плода (з 48,9% до 20,0%), аномалій пологової діяльності (з 42,2% до 20,0%), кесаревих розтинів (з 31,1% до 11,1%).

При оцінюванні перинатальних наслідків розродження необхідно відзначити зниження сумарної частоти перинатальних втрат (з 66,7% до 22,2%); недоношеності (з 13,3% до 2,2%); середньотяжких форм асфіксії (з 22,3% до 6,7%); макроскопічних ознак інтраамніального інфікування (з 11,1% до 4,4%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 26,2% до 9,1%) та реалізації внутрішньоутробного інфікування (з 14,3% до 4,5%).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень у системі «мати–плацента–плід», причому поєднаного генезу. З огляду на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами удосконалена методика корекції плацентарної дисфункції у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Дифференцированный подход к диагностике и коррекции повторной плацентарной дисфункции В.И. Бойко, Е.М. Лопатка

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что разрешение женщин с плацентарной дисфункцией при предыдущей беременности сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе «мать–плацента–плод», причем сочетанного генеза. В связи с недостаточной эффективностью общепринятых лечебно-профилактических мероприятий нами усовершенствована методика коррекции плацентарной дисфункции у женщин этой группы. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что дает нам право рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, диагностика, коррекция.

The differentiated approach to diagnostics and correction of repeated placental dysfunction V.I. Boyko, E.M. Lopatka

Results of the spent researches testify that delivery of women with placental dysfunction at previous pregnancy «mother-placenta-fetus», and combined genesis is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to considerable level of infringements in system. In spite of insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions we improve a technique of correction of placental dysfunction at women of this group. The received clinical, functional, laboratory, microbiological and virologic results confirm high efficiency of the given technique that grants to us is right recommend it for wide use in practical public health services.

Key words: placental dysfunction, diagnostics, correction.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии Сумской государственной университет, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2. E-mail: gin@med.sumdu.ua

Лопатка Екатерина Мирославовна – Кафедра акушерства и гинекологии Сумской государственной университет, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 78–85.
2. Венцківський Б.М. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної / Б.М. Венцківський, А.Л. Костюк, О.О. Белов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 6. – С. 70–72.
3. Дубосарська З.М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода / З.М. Дубосарська // Тези доповідей науково-

- практичної конференції акушерів-гінекологів України. – Донецьк, 2012. – С. 69.
4. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
5. Колонійцева А.Г. Застосування утрощення в комплексній терапії звичного невиношування вагітності /

- А.Г. Колонійцева, С.П. Писарева, Г.Є. Яремко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 144–146.
6. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность и ее коррекция / В.Е. Радзинский, И.М. Ординец // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 11–16.

Статья поступила в редакцию 16.02.2015