

Діагностика та профілактика плацентарної дисфункції у юних жінок, які народжують уперше

В.І. Бойко, М.А. Болотна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що при використанні вдосконаленого нами алгоритму корекції дизадаптаційних порушень у фетоплацентарному комплексі у юних вагітних, які складають групу високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції (ПД), включаються всі структурні механізми адаптації плаценти, які дозволяють зберегти морфометричні та дифузійні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом, який дозволяє підтримувати життєздатність плода. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм діагностики та профілактики ПД у юних жінок, які народжують уперше, для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, діагностика, профілактика, юні жінки, які народжують уперше.

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), що призводить до високої частоти перинатальної смертності і захворюваності [2, 6]. Серед основних причин такої негативної тенденції виділяють наявність ускладненого репродуктивного анамнезу, високу частоту екстрагенітальної патології, несприятливий вплив екологічних і економічних чинників, а також вагітність в несприятливі терміни для народження дітей (до 18 і після 40 років) [3, 7].

На жаль, останніми роками вагітність у дівчат віком молодше 18 років стає все більш частим явищем, що пов'язують з раннім початком статевого життя, частою зміною статевих партнерів, відсутністю знань з основних моментів контрацепції тощо [1, 8]. При цьому в даний час юний вік (до 18 років) відносять до чинників ризику акушерської і перинатальної патології, особливо у зв'язку з біологічною негативністю материнського організму і високим рівнем інфекцій, що передаються статевим шляхом [4].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми плацентарної дисфункції (ПД), з одного боку, а також вагітності і пологів у юних жінок, які народжують уперше, ціла низка наукових завдань далека від вирішення. На нашу думку, одним з таких завдань є наявність ПД у юних жінок, які народжують уперше, при тому, що публікації в даному напрямі є поодинокими, несистематизованими і носять фрагментарний характер, що не дозволяє досить ефективно вирішувати це наукове завдання. Усе це в сукупності свідчить про актуальність вибраної тематики для проведення наукових досліджень, спрямованих на зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

Мета дослідження: зниження частоти ПД та перинатальної патології у юних вагітних на підставі вивчення клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування ФПК, а також розроблення та впровадження вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Роботу виконували в Державній установі Медичний інститут Сумського державного університету на кафедрі акушерства та гінекології. Дослідження проводили в динаміці вагітності.

Спостереження за вагітними здійснювали спільно з терапевтом, кожна вагітна консультувалась суміжними спеціалістами за необхідності.

Відповідно до мети і завдань даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне обстеження 90 вагітних, які народжували вперше та були розділені на такі групи:

Контрольна група – 30 вагітних, які народжують уперше у віці 20–25 років, без акушерської та соматичної патології, народжених через природні пологові шляхи;

I група – 30 вагітних, які народжують вперше у віці 13–18 років, які одержували загальноприйнятну профілактику ПД;

II група – 30 вагітних, які народжують уперше у віці 13–18 років, у яких була використана вдосконалена нами методика профілактики ПД.

Для проведення аналізу складена карта дослідження, яка включає такі параметри: соціально-біологічна характеристика; скарги; анамнез життя, включаючи матеріально-побутові умови; акушерсько-гінекологічний анамнез, що містить докладні дані про репродуктивну функцію (перебіг, результат попередніх вагітностей); проспективний аналіз перебігу даної вагітності, пологів і післяпологового періоду та характеристика немовляти (масо-зростові показники, оцінка загального стану за шкалою Апгар, основні параметри перебігу раннього неонатального періоду).

Проведене дослідження не суперечить загальноприйнятим біоетичним нормам і виконане з урахуванням відповідних принципів Гельсінської Декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини та відповідних законів України про проведення експериментальних і клінічних досліджень [2].

Профілактика ПД у юних вагітних I групи, які народжують уперше, проводили відповідно до загальноприйнятих рекомендацій [5], при цьому в комплекс лікувально-профілактичних заходів включали препарати, які посилюють матково-плацентарний кровообіг, препарати, які нормалізують метаболізм та білковий обмін, а також адаптогени.

Основною відмінною рисою розробленої нами методики профілактики ПД у юних вагітних, які народжують вперше, було використання препарату аргініну гідрохлориду. Препарат використовували профілактично у формі сиропу по 25 мл 3 рази на добу трьома курсами по 10 днів. Терміни вагітності були: 16–17 тиж; 26–27 та 36–37 тиж.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, мікробіологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку ПД у юних першороділей є наявність в анамнезі високого рівня інфекційних захворювань в дитячому та підлітковому віці (56,7%), соматичної патології (36,7%), гінекологічної патології (66,7%); носійство хронічної урогенітальної інфекції (100,0%); низький рівень зареєстрованих шлюбів (23,3%); висока частота шкідливих навичок (33,3%); відсутність будь-якої професії (70,0%); небажання чоловіка і його батьків мати дитину (76,7%) і недостатнє матеріальне забезпечення (76,7%).

Основними ускладненнями перебігу вагітності і пологів у юних жінок є ПД (63,3%), загроза передчасних пологів (43,3%), затримка розвитку плода (26,7%; $p < 0,05$), дистрес плода (16,7%), що призводить до високої частоти абдомінального розродження (26,7%).

Перинатальні наслідки розродження у юних вагітних характеризуються достовірно високим рівнем середньотяжких форм асфіксії новонародженого (20,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (23,3%). Сумарні перинатальні втрати складають 33,3%.

Особливості формування і функціонування ФПК у юних вагітних характеризуються порушенням плодової гемодинаміки: збільшення швидкості кровообігу у венозній протоці (до $74,44 \pm 2,25$; $p < 0,05$), підвищення пульсового індексу в маткових артеріях (до $1,612 \pm 0,03$; $p < 0,05$) та в середньомозковій артерії (до $1,526 \pm 0,03$; $p < 0,05$) і одночасній появі дистормональних порушень: зменшення рівня естріолу (до $24,3 \pm 1,8$ нмоль/л; $p < 0,01$); плацентарного лактогену (до $301,8 \pm 14,4$ нмоль/л; $p < 0,05$) і прогестерону (до $349,2 \pm 14,6$ нмоль/л; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу (до $988,6 \pm 12,6$ нмоль/л; $p < 0,01$). Ці результати свідчать про початок субкомпенсованих змін функціонального стану ФПК.

Морфо-функціональний стан послідів у юних породілій характеризується наявністю суттєвих порушень компенсаторно-приспосувальних механізмів в плаценті, що проявлялося значним відставанням у формуванні ворсинчастого дерева за рахунок збільшення об'єму міжворсинчастого фібриноїду ($2,8 \pm 0,01$ бала), псевдоінфарктів ($4,0 \pm 0,02$ бала), афункціональних зон ($2,8 \pm 0,02$ бала), міжворсинчатих крововиливів ($2,6 \pm 0,02$ бала) та кальцифікатів ($4,2 \pm 0,03$ бала), що свідчить про стан загального морфо-функціонального напруження плаценти та подальше виникнення ПД. Основним патогенетичним механізмом форму-

вання ПД у юних жінок, які завагітніли вперше, є відносна та патологічна незрілість ворсинчастого дерева.

Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє нормалізувати гормонсинтезувальну функцію плаценти, покращити матково-плацентарний кровообіг, активувати структурні механізми адаптації плаценти, зберегти морфометричні та дифузійні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом для підтримки життєздатності плода.

Додаткове включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів глютаргінну гідрохлориду дозволило знизити частоту ПД в 2,4 разу, передчасних пологів в 1,7 разу, передчасного розриву плодової оболонки в 2,2 разу, затримки росту плода в 1,8 разу, дистресу плода в 2,5 разу, частоти кесаревих розтинів в 1,6 разу, що в свою чергу дозволило достовірно знизити частоту перинатальних ускладнень: асфіксії новонароджених в 2,3 разу та постгіпоксичної енцефалопатії в 1,7 разу, а також попередити перинатальну смертність.

ВИСНОВКИ

Таким чином, на підставі отриманих даних можна вважати, що при використанні вдосконаленого нами алгоритму корекції дизадаптаційних порушень у фетоплацентарному комплексі в юних вагітних, які складають групи високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції (ПД), включаються всі структурні механізми адаптації плаценти, які дозволяють зберегти морфометричні та дифузійні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом, який дозволяє підтримувати життєздатність плода. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм діагностики та профілактики ПД у юних жінок, які народжують уперше, для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Диагностика и профилактика плацентарной дисфункции у юных первородящих В.И. Бойко, М.А. Болотная

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при использовании усовершенствованного нами алгоритма коррекции дизадаптационных нарушений в фетоплацентарном комплексе у юных беременных, которые составляют группу высокого риска по развитию плацентарной дисфункции (ПД), включаются все структурные механизмы адаптации плаценты, которые позволяют сохранить морфометрические и диффузные показатели ворсинчатого дерева на уровне стойкой компенсации, что является наиболее важным приспособительным средством, которое поддерживает жизнедеятельность плода. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать усовершенствованный алгоритм диагностики и профилактики ПД у юных первородящих для широкого применения в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, диагностика, профилактика, юные первородящие.

Diagnostics and preventive maintenance of placental dysfunction at young first-labour women V.I. Boyko, M.A. Bolotnaya

Results of the spent researches testify that at use of the algorithm of correction improved by us dysadaptation infringements in a fetoplacental complex at young pregnant women who make group of high risk on development of placental dysfunction, all structural mechanisms of adaptation of placenta which allow to keep morphometrical and diffusion indicators of tree at level of proof indemnification that is the most important adaptive means which supports fruit ability to live join. The received results allow us to recommend advanced algorithm of diagnostics and preventive maintenance of placental dysfunction at young first-labour women for wide application in practical public health services.

Key words: placental dysfunction, diagnostics, preventive maintenance, young first-labour women.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии Медицинского института Сумского государственного университета, 42000, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (050) 307-35-63

Болотная Марина Анатольевна – Кафедра акушерства и гинекологии Медицинского института Сумского государственного университета, 42000, г. Сумы, ул. Санаторная, 31

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П. Ультразвукова діагностика затримки росту плода на фоні плацентарної недостатності в групах з високим ризиком / Ю.П. Вдовиченко, С.В. Дудка // Ехографія в перинатології та гінекології. – Кривий Ріг. – 2013. – С. 25–27.
2. Запорожан В.М. Плацентарна недостатність та її вплив на плід / В.М. Запорожан, Л.І. Даниленко, Р.Ф. Макульїн // Одеський мед. журнал. – 2009. – № 4. – С. 82–84.
3. Маркин Л.Б. Мониторные системы в родовспоможении / Л.Б. Маркин, М.П. Павловский. – К.: Здоров'я, 2010. – 158 с.
4. Парашук Ю.С., Грищенко О.В., Лакно И.В. Ведення вагітності та пологів при

- фетоплацентарній недостатності. – Харьков: Торнадо, 2011. – 116 с.
5. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность при гестозе / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 11–16.
6. Романенко Т.Г. Иммунологичні аспекти профілактики, прогнозування та лікування невиношування вагітності / Т.Г. Романенко,

- А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 6. – С. 117–119.
7. Чайка В.К. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения. / В.К. Чайка, Т.Н. Демина. – Севастополь: Вебер, 2011. – 268 с.
8. Anamey E.R., Hednee W.R. The prevention of adolescent pregnancy // JAMA. – 2012. – № 5. – P. 78–82.

Статья поступила в редакцию 15.09.2015