УДК : 618.3-06:616.155.194.8-085

©О. І. Хлібовська, В. В. Сопель, В. Г. Дживак

ДИСФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ТРИВАЛО ЛІКОВАНОГО НЕПЛІДДЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського»

ДИСФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ТРИВАЛО ЛІКОВАНОГО НЕПЛІДДЯ– Комплексне обстеження перебігу вагітності, родів та стану новонароджених у жінок, які завагітніли після консервативно-го чи оперативного тривало лікованого неплідддя. Результати досліджень свідчать про змыни біометричних показників плода, збільшення частоти ультразвукових критеріїв фетоплацентарної недостатності. Запропонована комплексна діагностика та терапія покращує стан внутрішньоутробного плода, та зменшує частоту акушерських і перинатальних ускладнень.

ДИСФУНКЦИЯ ПЛАЦЕНТИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ- Комплексное обследование течения беременности, родов и состояния новорождённых у женщин, у которых беременность наступила после консервативного или оперативного длительного лечения бесплодия. Результаты исследований указывают на изменения биометрических показателей плода, увеличения частоты ультразвуковых критериев фетоплацентарной недостаточности. Предложенная комплексная диагностика и терапия улучшает внутриутробное состояние внутриутробного плода, и снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений.

DISPHUNCTION OF PLACENTAE IN THE PREGNANT WOMEN AFTER CONTINUOS TREATMENT OF INFERTILITY-The couse of pregnancy, delivery and prenatal condicion of fetus and placenta were studied in women, who became pregnant after completion of concervativ and surgical treatment of infertility. The results of invistigetion have revealed a higher incidence of placental inadequecy (as evidenced by ultrasonic examination, reduced rate or grouth of the fetal biometric parametres. The diagosis and treatment conciderably reduces the frequency of obstetric and perinatal complications.

Ключові слова: вагітність, дисфукція, фетоплацентарна недостатність, плацентометрія, плід, новонароджений, ультразвукове обстеження, неплідддя.

Ключевые слова: дисфукция,беременность, фетоплацентарная недостаточность, плацентометрия, плод, новорождённый, ультразвуковое обследование, бесплодие.

Key words: disphunction pregnant, placental inadequecy, infertility, fetus, placentometry, newborn.

ВСТУП. Антенатальна охорона плода та профілактика перинатальної смертності – одна з найважливіших задач сучасної медицини. Вихідний стан гомеостазу організму жінки, преморбідний фон, на якому наступила вагітність, зміни в навколишньому середовищі, може стати пусковим механізмом розвитку патологічних процесів в фетоплацентарному комплексі [1,2,3]. Фетоплацентарна недостатність (ФПН) і пов'язаний з нею високий рівень перинатальної патології, привертає до себе увагу в зв'язку з негативною динамікою демографічних показників приросту населення на фоні погіршення соціально-екологічної ситуації, відбивається на стані плода, веде до затримки його розвитку (ЗРП), частота якої за даними різних дослідників коливається від 3,5 до 27,9 %, а перинатальна смертність при цьому ускладненні складає 35 - 40 ‰ [1,2, 3, 7,8].

Застосування багатокомпонентних засобів консервативної терапії, впровадження в клінічну практику методів ендоскопічної і ре-конструктивної мікрохірургії, досягнення сучасної клінічної фармакологіїі в галузі нейроендокринних взаємозв"язків та успіхи сучасних допоміжних репродуктивних технологій підвищило ефективність комплексного лікування неплідддя [1, 2,4,5]. Актуальною залишається проблема ведення вагітності та родів у жінок після тривалого лікування неплідддя. Етіо патогенетичні фактори, які спричинюють неплідддя, не можуть суттєво не впливати на перебіг вагітності та родів та стан новонародженого.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу перебігу вагітності,стану фето-плацентарного комплексу, внутрішньоутробного плода та плаценти, родів у жінок після лапароскопічної корекції неплідддя. На основі проведеного аналізу покращити ранню діагностику дисфункцію плаценти у вагітних, , удосконалеити методи профілактики і лікування на основі сучасних технологій прогнозування і діагностики для зменшення акушерських і перинатальних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Обстежено 100 вагітних, які були розділені на три групи. Першу групу склало 25 жінок, які завагітніли після консервативного лікування неплідддя, другу-25 жінки, у яких вагітність наступила на протязі 1-2 років після лапароскопічної корекції неплідддя. Контрольну третю групу склало 50 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності в віці 20-26 років без соматичної та акушерської патології.

Вагітні знаходились під динамічним спостереженням лікарів жіночої консультації. Вагітним першої та другої груп в критичні терміни, при ознаках загрози переривання та за 3 тижні до родів проводилась госпіталізація Дана програма передбачала спостереження вагітних у терміни 6-12 тиж., 16-22 тиж., 26-28 тиж. та 34-36 тижнів. Перший огляд в 6-12 тиж. відповідає терміну постановки на облік по вагітності. В цей період проводилась консультація генетика в терміни 6-8 та 8-12 тижнів, перший біохімічний скринінг на вроджені вади розвитку плода. В терміні 16-22 тижні вагітності проводили друге скринінгове обстеження на наявність хромосомних аномалій і вроджених вад розвитку плоду. II скринінг - дослідження в крові рівня α-фетопротеїну, βХГ. Згідно поставленої мети та задач, виконання даного дослідження передбачало різнопланову клінічну оцінку стану ФПК, перебігу вагі-

тності, пологів і оцінку стану новонароджених у жінок. Які тривало лікувались з приводу непліддя. В 34-36 тиж. ми оцінювали функціональний стан ФПК перед пологами з метою правильного вибору тактики і терміну родорозрішення . Всі вагітні обстежуваної першої та другої груп отримували утрожестан в добовій дозі 200 мг, прегнавіт, вітамін Е в добовій дозі 100 мг, магне В6. Для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у жінок 1 та 11 груп, застосовували тівортін у формі розчину для інфузій (по 100 мл один раз на добу курсом 12-14 днів внутрішньовенно) та розчину для перорального застосування – тівортіну аспартат в дозі 5 мл 3-4 рази на добу, курсом 8-15 днів в терміні 6-8 тижнів,12-16 тижнів, 24-28 тижнів, 32-36 тижнів вагітності.

Стан внутрішньоутробного плода та ефективність комплексної терапії оцінювали за даними кардіотокографічного (КТГ), ультразвукового обстеження плода, яке проводилось до лікування та через місяць після лікування, за перебігом родів, післяродового періоду та станом новонароджених. Визначали наступні біометричні показники: біпарієтальний розмір (БПР), лобно-потиличний розмір, окружність живота (ОЖ), окружність грудної клітки, довжину стегна. Визначали величину співвідношення БПР до ОЖ. При плацентографії оцінювали локалізацію плаценти, товщину її та ступінь зрілості. При огляді оцінювали рухову активність плода.

Морфологічна структура плаценти вивчалась за допомогою гістологічних методів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. На основі проведеного аналізу результатів перебігу вагітності, родів та стану новонароджених виявлені наступні результати. Вагітність ускладнилась загрозою переривання у 22,5 % обстежуваних другої групи у різні терміни, дисфункцією плаценти у 34,3 %. У обстежуваних 1 групи вагітність ускладнилась загрозою переривання у 34,5 % у різні терміни, дисфункцією плаценти у 41,3 %. При УЗД відмічалось достовірне зменшення окружності живота плода порівняно з контрольною групою. У 3,5 % першої групи діагностовано гіпоплазію плаценти, у 66,6 % - виявлено передчасне дозрівання плаценти, знижену рухову активність плода виявлено у 55,6 % обстежуваних. Співвідношення БПР/ОЖ у другій групі склало 1,04, в першій групі 1,03 , що свідчить про відставання в розвитку живота при наявності нормальних розмірів голівки і стегна плода. Ця ознака є однією з ранніх діагностичних ознак внутрішньоутробної гіпоксії плода.

При ультразвуковій плацентографії у другій групі у 6,5 % випадків діагностовано гіпоплазію плаценти, гіперплазія – у 10,02 % , у 56,9 % - передчасне дозрівання плаценти, патологічну незрілість –у 3, 7 %, наявність кіст і петрифікатів-у 30,3 %. При оцінці рухової активності плода виявлено знижену рухову активність плода у 54,6 % обстежуваних.

За час обстеження в першій групі 20 вагітностей закінчились родами, з них термінові роди були у 84,1 %. Кесарський розтин проведений у 25 % вагітних. Роди ускладнились передчасним розривом навколоплідної мембрани у 12 % обстежуваних, слабістю родової діяльності у 17 %.

За час обстеження у другій групі 22 вагітності закінчились родами, з них термінові роди були у 87,1 % , передчасні – у 9,2 %. Кесарський розтин проведений у 45 % вагітних. Роди ускладнились передчасним розривом навколоплідної мембрани у 22 % обстежуваних, слабістю родової діяльності –у 8 %.

Новонароджені на першій хвилині життя оцінені за шкалою АПГАР наступним чином: у першій групі – 8,22±0,12 балів, у другій групі-7,92± 0,21 бали та у контролі – 8,88± 0,21 бали, а на 5 хвилині – (8,86 ± 0,13) та (8,42 ± 0,31) бали відповідно. Зниження оцінки за шкалою Апгар було переважно за рахунок рефлексів, кольору шкіри, м'язевого тонусу, що вказувало на порушення компенсаторних та адаптаційних можливостей новонароджених від матерів зліковаим непліддям. Середня маса новонароджених від матерів I групи склала (2660 ± 140) г та II групи - (2860 ± 150) г та (3150 ± 120) г в контролі, зріст доріvнював відповідно (46,2 ±0,3) см, (48,3 ± 0,6) см та (50,7 ± 0,5) см.

ВИСНОВКИ 1. У жінок, у яких вагітність наступила після лікування непліддя має місце дисфункція.

2. Проведення комплексної оцінки стану плода дозволяє визначити характер патології, провести адекватне лікування та оцінивши ризик для плода, вибрати оптимальний метод розродження.

3.Таким чином, своєчасна діагностика та проведення комплексної терапії обстежуваної групи вагітних дозволило знизити перинатальні втрати.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Таким чином, виявлена велика кількість ускладнень перебігу вагітності у жінок з лікованим непліддям, потребує подальшого вивчення факторів ризику та розробку методів ефективної діагностики та ведення вагітності та пологів з метою профілактики та ранньої діагностики дисфункції плаценти.

ЛІТЕРАТУРА

1.Черни А.Х., Натан Л. Акушерство и гинекология. Уч.-пособие .-М.:МЕДпрессинформ,2008.-Т.1.-777 с.

2. Воскресенський С.Л. Оценка состояния плода:кардиотокография, биофизический профильплода.-Минск: Книжний дом,2004,2004.-303 с.

3. Энкин М., Кейс М., НейлсонД. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка.-С.-Петербург,2003.-С.112-113

4. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г.. Ковалёва Т.Г. Плацентарная недостаточность:диагностика и лечение: Учебное пособие.-С.Пб.:Нормед-Издат, 2000.-32 с.

5.Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Бобова М.В. та інш. Розродження жінок з неплідністю в анамнезі //ПАГ,-1999.-№1.- С.109-113.

6. Стрижаков А.И., Здановский В.М., Мусаев З.М., Коломнина Е.А., Витязева И.И. Беременность после екстракорпорального оплодотворения:течение, осложнения, исходы//Акуш. и Гинекология.-2001.-№1,-С.20-23.

7. Наказ МОЗ України від 15 грудня 2003 року №582 «Про затверджен-ня клінічних протоколів з акушерської і гінекологічної патології»

8. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2003 року №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»

Отримано 14.11.11