

УДК:616-084+618.46+618.56

Римарчук М.І.

**Профілактика плацентарної дисфункції у жінок з локальним непрогресуючим відшаруванням нормально розміщеної плаценти**

Кафедра акушерства та гінекології ПО

Івано-Франківський національний медичний університет

**Резюме.** В останні роки в літературі зустрічаються наукові ствердження щодо ролі сполучнотканинних дисплазій з порушенням процесу плацентациї, одним із проявів якого є локальне відшарування хоріону та плацентарної тканини. Тому на сьогодні актуальним залишається не тільки питання пошуку чутливих тестів для контролю за ефективністю лікування ретрохоріальних гематом та локальних форм передчасного відшарування плаценти, але й розробка та впровадження лікувально-профілактичних програм.

Проведено аналіз перебігу вагітності і пологів у 80 жінок у віці від 20 до 40 років з вагітністю та локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та нормально розміщеної плаценти, які були розподілені на дві групи залежно від запропонованого лікувально-профілактичного комплексу в програмі оптимізації супроводу вагітності. Контрольну групу склали 20 відносно здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Доцільним і патогенетично виправданим є комплексний вплив на порушені гомеостатичні процеси, розпочинаючи з прегравідарного етапу. Це зумовило включення в лікувальну програму комплексу вітамінних середників, поліненасичених жирних кислот та індукторів ангіогенезу. Для вирішення цього завдання прегравідарну підготовку даної категорії пацієнток доповнено полівітамінним комплексом з фолієвою кислотою, середниками - індукторами оксиду азоту та поліненасиченими жирними кислотами, що дозволило отримати не тільки сукупний ефект від лікування, але і підвищити ефективність кожної складової лікувальної програми.

Аналіз поширеності НДСТ дозволив виділити стабільно високу питому вагу жінок з клінічно значимим диспластичним фенотипом – 63 жінок (78,75 %), в результаті чого отримані дані стали переконливим свідченням, що матково-плацентарна апоплексія асоційована із вродженою слабкістю сполучної тканини (ОР - 18,17; 95% ДІ; 6,3-36,5,  $p < 0,001$ ). Як продемонстрували проведені нами аналітичні дослідження, із 80 вагітних з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти у 54 (67,5%) жінок спостерігались при вагітності різноманітні ускладнення – прееклампсія, плацентарна дисфункція, загроза передчасних пологів, маткові кровотечі тощо. Слід відзначити наявність значної кількості випадків дистресу плода, що в певній мірі пов'язана з наявними ускладненнями під час вагітності і в пологах та фетоплацентарною дисфункцією.

Аналіз наслідків завершення вагітності показав вагоме зниження частоти невиношування. Так, серед обстежених жінок основної групи мимовільні викидні відзначено у 3,5 рази менше та передчасні пологи - у 2 рази, ніж у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Таким чином, у 32 (80,0%  $\pm 6,32$ ) вагітних основної групи вдалося створити необхідні умови для розвитку та пролонгувати вагітність і завершити її своєчасними пологами проти 22 (55,0%  $\pm 7,87$ ) у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Також використання запропонованих нами лікарських середників дозволило зменшити розвиток таких ускладнень вагітності як хронічна плацентарна недостатність у 2 рази, пізніх гестозів та багатоводдя у 2,5 рази. Модифікація комплексного базового лікування шляхом включення в його склад запропонованих мембраностабілізуючих та антиоксидантних середників, а також застосування вказаних профілактичних заходів на етапах плацентациї та імовірного формування плацентарної недостатності сприяли зменшенню відсотку переривання вагітності та розвитку негативних репродуктивних та перинатальних втрат.

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

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

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 [1,4]. Вагітність і пологи у жінок з дефіцитом сполучної тканини поєднані з високим ризиком ускладнень як зі сторони матері, так і зі сторони плода [2,6].

Для досягнення успіху гестаційного процесу у таких пацієнток найбільш ефективним та безпечним є мультидисциплінарний підхід з ретельним динамічним спостереженням та проведенням комплексу профілактичних заходів з обов'язковою есенціальною мікронутрієнтною, антиоксидантною та антиагрегантною корекцією, що не тільки покращує колагеноутворення, метаболічний та енергетичний потенціал гомеостазу, але і нормалізує коагуляційні та мікроциркуляторні порушення.

В останні роки у літературі зустрічаються наукові ствердження щодо ролі сполучнотканинних дисплазій з порушенням процесу плацентациї, одним із проявів якого є локальне відшарування хоріону та плацентарної тканини [2,6]. Локальне передчасне відшарування хоріону та 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. Серед основних факторів ризику даного гестаційного ускладнення розглядають підвищену проникність та ламкість судин, що спостерігаються при пізніх гестозах, захворюваннях печінки, нирок, цукровому діабеті, артеріальній гіпертензії, гострих та хронічних інфекціях [2,6].

Відомим залишається ствердження, що порушення матково-плацентарно-плодової гемодинаміки в ранні терміни вагітності обумовлює розвиток первинної плацентарної недостатності і, як наслідок, сприяє генезу різних ускладнень вагітності [2,6]. І саме первинний дефект плацентациї призводить до порушення серцево-судинної адаптації та зниженню перфузії плаценти. Терапевтичні заходи, спрямовані на покращення стану плода, традиційно проводяться при ускладненому перебігу вагітності в II-III триместрах, тобто тоді, коли період плацентациї і формування вторинних плацентарних ворсин уже завершений, що знижує імовірність позитивного впливу на плацентарний кровотік.

Питанням вивчення діагностики та лікування гестаційних ускладнень, зокрема розвитку плацентарної недостатності на тлі локального передчасного відшарування плаценти у жінок високого перинатального ризику присвячено чимало робіт [1,6]. Однак, отримані результати наукових пошуків, в основному, дають можливість лише констатувати факт відшарування плаценти та визначити обсяг ураження, а причину, що сприяла виникненню цієї патології, встановити не завжди представляється можливим. Тому на сьогодні актуальним залишається не тільки питання пошуку чутливих тестів для контролю за ефективністю лікування ретрохоріальних гематом та локальних форм передчасного відшарування плаценти, але і розробка та впровадження лікувально-профілактичних програм.

**Метою дослідження** стало пошук шляхів зниження частоти акушерських ускладнень та перинатальних втрат у вагітних при локальному передчасному відшаруванні хоріону та плаценти шляхом впровадження диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів, розпочинаючи з преекспозиційного етапу.

**Матеріал і методи дослідження**

Проведено аналіз перебігу вагітності і пологів у 80 жінок у

віці від 20 до 40 років з вагітністю та локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та нормально розміщеної плаценти, які були розподілені на дві групи в залежності від запропонованого лікувально-профілактичного комплексу в програмі оптимізації супроводу вагітності. Контрольну групу складала 20 відносно здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Діагноз локального непрогресуючого відшарування хоріону та плаценти був верифікований за допомогою ультразвукового сканування з використанням кольорового доплерівського картування на апаратах «Aloka 1700» та «Toshiba 550 Nemio» (Японія), з використанням абдомінального та вагінального датчиків частотою власне 3,5 та 7,5 мГц.

Критеріями включення в основну групу були: відсутність тяжкої акушерської патології в анамнезі, відсутність тяжкої соматичної патології, інформована згода на участь в дослідженні. Критеріями виключення були: тяжка акушерська та соматична патологія, відмова жінки від дослідження.

Всі вагітні оглядалися терапевтом для виявлення вісцеральної патології, яку б можна було співставити з ознаками симптомокомплексу недиференційованої дистрофії сполучної тканини (НДСТ). З цією метою проводився пошук функціональних та оціночних проб, запропонованих В.М. Яковлевим [4,10,12]. Клінічно значимим було наявність у вагітної 5 і більше стигм дисембріогенезу.

З нашої точки зору доцільним і патогенетично виправданим є комплексний вплив на порушені гомеостатичні процеси розпочинаючи з прегравідарного етапу. Це обумовило включення в лікувальну програму комплексу вітамінних середників, поліненасичених жирних кислот та індукторів ангіогенезу [3,5]. Для вирішення цього завдання прегравідарну підготовку даної категорії пацієнток доповнено полівітамінним комплексом з фолієвою кислотою, середниками - індукторами оксиду азоту та поліненасиченими жирними кислотами, що дозволило отримати не тільки сукцесний ефект від лікування, але і підвищити ефективність кожної складової лікувальної програми [9,11,13].

Основна група пацієнток (40 вагітних з групи ризику щодо невиношування та розвитку плацентарної дисфункції) на етапі прегравідарної підготовки отримувала запропоновану нами програму, до якої входили вітамінно-мінеральний комплекс з фолієвою кислотою в дозі 800 мкг на добу в поєднанні з поліненасиченими жирними кислотами по 1 капсулі перорально на добу протягом 90 днів, для корекції ендотеліальної дисфункції та імовірної індукції ангіогенезу – донатору оксиду азоту – аргінін під час їди по 1 мірній ложці (1 г препарату) 6 раз на добу протягом 2 тижнів.

Враховуючи той факт, що в основі локального непрогресуючого відшарування хоріону та плаценти лежить порушення інвазії трофобласту з подальшим розвитком плацентарної дисфункції, даній категорії пацієнток рекомендовано гормональну підтримку шляхом застосування до 20 тижнів вагітності препарату дідрогестерон 10 мг двічі на день перорально, при збереженні явищ загрози переривання вагітності гормональна підтримка була продовжена з використанням мікронізованого прогестерону по 200 мкг інтравагінально щоденно до 34 тижнів вагітності [7].

Корекцію порушень здійснювали шляхом проведення 3 курсів, на етапі підготовки до вагітності, в терміні 12-16, 28-30 тижні гестації, а також на момент поступлення в стаціонар в комплексі загальноприйнятих середників лікування загрози переривання вагітності на тлі відшарування хоріону та плаценти. Підхід до вибору термінів ґрунтувався на основі даних сучасної літератури та з урахуванням особливостей етапів формування плацентарного комплексу і відповідно до загальноприйнятих критичних періодів у перебігу гестації у жінок з групи підвищеного перинального ризику.

Загальноприйнята терапія у групі порівняння (40 пацієнток) включала стандартні підходи, визначені Наказом МОЗ України № 417, 676.

### Результати дослідження та їх обговорення

Появу перших симптомів локального відшарування хоріону та плаценти у 62 (77,5%) пацієнток обох дослідних груп відзначено в терміні від 8 до 22 тижнів вагітності. З них у 36 (58,1 %) вагітних кров'янисті виділення відзначено в терміні до 12 тижнів, у 26 (41,9 %) - після 12 тижнів вагітності, в основному в терміні від 12 до 22 тижнів вагітності. У 27 жінок (43,5%) було відзначено кілька (два та більше) епізодів кров'янистих виділень в динаміці гестації.

Згідно з сучасними уявленнями НДСТ проявляється слабо вираженими гетерогенними симптомами і синдро-

мами, що об'єднуються в назві «стигми дисембріогенезу». Це власне і є предиктори функціональної та органічної патології, що дають можливість прогнозувати розвиток захворювання у даної категорії пацієнток [10]. Не дивлячись на те, що фенотипічні прояви НДСТ у вагітних з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти відрізнялися вираженою гетерогенністю та полісистемністю, проведені нами дослідження відзначили переважання у них достовірного відсотку уражень зубо-челюстного апарату, лицевого черепу, опорно-рухового апарату, вузький таз, гіпермобільність суглобів тощо. Вісцеральні прояви були представлені плоскою стопою, варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, пролапсом мітрального клапану, сколіозом тощо.

Аналіз поширеності НДСТ дозволив виділити стабільно високу питому вагу жінок з клінічно значимим диспластичним фенотипом – 63 жінок (78,75 %), в результаті чого отримані дані стали переконливим свідченням, що матково-плацентарна апоплексія асоційована із вродженою слабкістю сполучної тканини (ОР -18,17; 95% ДІ; 6,3-36,5,  $p < 0,001$ ).

У 46 (57,5%) жінок був обтяжений акушерський анамнез: у 24 – 30,0% були штучні медичні аборти, завмирання попередніх вагітностей – у 9 (11,25 %) жінок, ускладнений перебіг пологів – у 21 випадках (26,25 %).

Як продемонстрували проведені нами аналітичні дослідження, із 80 вагітних з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти у 54 (67,5%) жінок спостерігались при вагітності різноманітні ускладнення – преeklampsія, плацентарна дисфункція, загроза передчасних пологів, маткові крововтечі тощо. Мимовільним викиднем у ранні терміни гестації завершилася вагітність у 7 пацієнток (8,75 %), пізнім мимовільним викиднем – у 6 (7,5 %) випадках. Термінові пологи відзначено у 54 випадках (67,5 %), передчасні пологи – у 13 жінок (16,25 %). Із 67 пацієнток, у яких вагітність завершилася народженням живих дітей, 42 (62,68 %) - народжені через природні пологи шляхи, 21 (37,31%) вагітність завершилася шляхом операції кесаревого розтину. Слід відзначити наявність значної кількості випадків дистресу плоду, що в певній мірі пов'язана з наявними ускладненнями під час вагітності і в пологах та фето-плацентарною дисфункцією.

В ході оцінки ефективності використання запропонованої нами лікувально-профілактичної програми у жінок з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти ми співставили результати обстеження двох порівнюваних груп вагітних між собою та контрольною групою. Аналіз наслідків завершення вагітності прослідкував вагоне зниження частоти невиношування. Так, серед обстежених жінок основної групи, мимовільні викидні відзначено у 3,5 рази менше та передчасні пологи - у 2 рази, ніж у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Таким чином, у 80 % вагітних основної групи вдалося створити необхідні умови для розвитку та пролонгувати вагітність і завершити її своєчасними пологами проти 55 % у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Також використання запропонованих нами лікарських середників дозволило зменшити розвиток таких ускладнень вагітності як хронічна плацентарна недостатність у 2 рази, пізніх гестозів та багатоводдя у 2,5 рази. Такий ефект при лікуванні пацієнток основної групи ми пояснюємо потенціюванням дії препаратів як між собою, так і з медикаментозними середниками базової терапії (особливо гормональними препаратами), яка базується на антиоксидантних та мембраностабілізуючих властивостях застосованих нами засобів.

Підсумовуючи отримані результати дослідження можна зробити висновок, що широко вживані традиційні підходи до прееконтцепційної підготовки у жінок з групи ризику виявилися недостатньо адекватними, особливо стосовно метаболічних механізмів патології. В той час, як модифікація комплексного базового лікування шляхом включення в його склад запропонованих мембраностабілізуючих та антиоксидантних середників, а також застосування вказаних профі-

лактичних заходів на етапах плацентажі та імовірного формування плацентарної недостатності сприяли зменшенню відсотку переривання вагітності та розвитку негативних репродуктивних та перинатальних втрат.

На основі проведених досліджень розроблені критерії ранньої діагностики і прогнозування недоношування у вагітних з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону і плаценти та алгоритм супроводу вагітності у даної категорії пацієнток.

### Висновки

На сьогодні чітко доведено, що ДСТ відіграє важливу роль в патогенезі судинних порушень на етапі плацентажі. Це підтверджують і результати нашого дослідження, що вказують на перевагу у відсотковому відношенні у жінок з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти симптомів та синдромів, що вкладаються в симптомокомплекс недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Особливістю перебігу вагітностей, що супроводжуються локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти були розвиток тяжких форм прееклампсії, зростання відсотку недоношування, плацентарної дисфункції та маткових кровотеч, а перинатальні наслідки характеризуються високим рівнем дистресу плоду та гіпотрофії різного ступеня вираженості.

Існуючі дані фундаментальних та клінічних досліджень, а також результати наших наукових пошуків вказують на значний потенціал використання стандартизованих форм омега-3-ПНЖК у комплексі з фолатотерапією та аргініном при моніторингу вагітності у жінок з недиференційованими сполучногнаними дисплазіями, розпочинаючи з прекоцепції, коли профілактичні можливості персоналізованої корекції дефіциту вітамінів та мікроелементів є максимальними. В ході оцінки ефективності використання запропонованої нами лікувально-профілактичної програми у жінок з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти результати обстеження двох порівнюваних груп вагітних між собою дозволили підтвердити принципову правильність та доцільність включення в комплекс прекоцепційної лікувально-профілактичної програми у даної категорії жінок вказаних препаратів.

Таким чином, результати дослідження показали високу частоту проявів НДСТ у вагітних з локальним непрогресуючим відшаруванням хоріону та плаценти.

### 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. Баркаган З.С. Геморрагические мезенхимальные дисплазии: новая классификация нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, Г.А. Суханова // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2004. — № 1. — С. 14—16.
2. Бороздина Е.С. Влияние ретрохориальной гематомы на исход беременности / Е.С. Бороздина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2011. - Т.1, № 1. — С.13.
3. Громова О.А. Применения витаминов у беременных в разных странах/ О.А. Громова, И.Ю.Торшин, Н.В. Авдеева, В.Б. Спиричев // Вопросы перинатологии, акушерства и гинекологии. — 2011. - №11. — С.12-15.
4. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазии соединительной ткани. Руководство для врачей. СПб.: Элби-СПб, 2009. — 704 с
5. Кадурина Т.И. Принципы реабилитации больных с дисплазией соединительной ткани / Т.И.Кадурина, Л.Н. Аббакумова // Лечащий врач. — 2010. — Т. 40. — С.10—16.
6. Кирющенко П.А. Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хориона и плаценты на ранних сроках беременности П.А.Кирющенко, Д.М.Белоусов, О.С.Александрова //

Гинекология. — 2010. — Т.12, № 1. — С.12-15.

7. Об опыте применения L-аргинина (Тивортин) при нарушениях гемодинамики в системе мать-плацента-плод / Н.С.Луценко, И. А. Евтерева, Л. Р. Гераскина [и др.] // Зб. наук. пр. Асоц. акушерів-гінекологів України. — Київ : Інтермед, 2011. — С. 552—554.

8. Серов В.Н. Использование препарата Омегамма 9 месяцев» при нарушениях процессов регуляции воспаления и тромбофилии у беременных / В.Н. Серов // Информационное письмо РОАГ (Российского общества акушеров-гинекологов). — 2012ю - № 08. - С. 1.

9. Скальная М.Г., Нотова С.В. Макро- и микроэлементы в питании современного человека; эколого-физиологические и социальные аспекты. — М.: РОМЭМ, 2004. — 310 с.

10. Смольнова Т.Ю. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин / Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев и др. // Клиническая медицина. 2003. № 8. С. 42-48.

11. Тутельян В.А. Микронутриенты в питании здорового и больного человека: справочное руководство по витаминам и минеральным веществам./ В.А.Тутельян, В.Б.Спиричев, Б.П.Суханов., В.А. Кудашева// М.: Колос, 2002. — С. 174—175.

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 pro-resolution lipid mediators / C.N. Serhan, N. Chiang, T.E. Van Dyke// Nat Rev Immunol.- 2008. - № 8(5). — P. 349-361.

*Римарчук М.И.*

### Профилактика плацентарной дисфункции у женщин с локальным непрогрессирующим отслоением нормально расположенной плаценты

Кафедра акушерства и гинекологии ПО

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

**Резюме.** В последние годы в литературе встречаются научные утверждения о роли соединительнотканых дисплазий с нарушением процесса плацентации, одним из проявлений которого является локальное отслоение хориона и плацентарной ткани. Поэтому сегодня актуальным остается только вопрос поиска чувствительных тестов для контроля за эффективностью лечения ретрохориальных гематом и локальных форм преждевременной отслойки плаценты, но и разработка и внедрение лечебно-профилактических программ.

Проведен анализ течения беременности и родов у 80 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с беременностью и локальным непрогрессирующим отслоением хориона и нормально расположенной плаценты, которые были разделены на две группы в зависимости от предложенного лечебно-профилактического комплекса в программе оптимизации сопровождения беременности. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых женщин с физиологическим течением беременности. Целесообразным и патогенетично оправдано комплексное воздействие на нарушенные гомеостатические процессы начиная с прегравидарного этапа. Это обусловило включение в лечебную программу комплекса витаминных стимуляторов, полиненасыщенных жирных кислот и индукторов ангиогенеза. Для решения этой задачи прегравидарную подготовку данной категории пациенток дополняли поливитаминными комплексами с фолиевой кислотой, индукторами оксида азота и полиненасыщенными жирными кислотами, что позволило получить не только совокупный эффект от лечения, но и повысить эффективность каждой составляющей лечебной программы.

Анализ распространенности НДСТ позволил выделить стабильно высокий удельный вес женщин с клинически значимым диспластическим фенотипом - 63 женщины (78,75%), в результате чего полученные данные стали убедительным свидетельством того, что маточно-плацентарная апоплексия ассоциированная с врожденной слабостью соединительной ткани (ОР 18, 17; 95% ДИ; 6,3-36,5,  $p < 0,001$ ). Как показали проведенные нами аналитические исследования, из 80 беременных с локальным непрогрессирующим отслоением хориона и плаценты у 54 (67,5%) женщин наблюдались при беременности разнообразные осложнения - преэклампсия, плацентарная дисфункция, угроза преждевременных родов, маточные кровотечения. Следует отметить наличие значительного количества случаев дистресса плода в определенной степени связанных с имеющимися осложнениями во время беременности и в родах и фетоплацентарной дисфункцией.

Анализ последствий завершения беременности отметил важное снижение частоты невынашивания. Так, среди обследованных женщин основной группы, самопроизвольные выкидыши отмечено в 3,5 раза меньше и преждевременные роды - в 2 раза, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Таким образом, в 80% беременных основной группы удалось создать необходимые условия для развития и пролонгировать беременность и завершить ее своевременными родами против 55% в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Также использование предложенных нами лечебных средств позволило уменьшить развитие таких осложнений беременности как хроническая плацентарная недостаточность в 2 раза, поздних гестозов и многоводие в 2,5 раза. Модификация комплексного базового лечения путем включения в его состав предложенных мембраностабилизирующих и антиоксидантных стимуляторов, а также применение указанных профилактических мероприятий на этапах плацентации и вероятного формирования плацентарной недостаточности, способствовали уменьшению процента прерывания беременности и развития негативных репродуктивных и перинатальных потерь.

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

*M.I. Rymarchuk*

#### **Prevention of Placental Dysfunction in Women with Local Non-Progressive Abruption of a Normally Positioned Placenta**

Department of Obstetrics and Gynecology of Postgraduate Medical Education Faculty

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Abstract.** In the scientific sources of recent years one can find statements about the role of connective tissue dysplasia with placental disorders one of the manifestations of which is a local abruption of chorion and placental tissue. At present it is important not only to search for sensitive tests to control the effectiveness of treatment of retrochorionic hematomas and local forms of premature placental abruption but also to develop and implement treatment-and-prevention programs.

We analyzed the course of pregnancy and labor in 80 women between 20 – 40 years of age with local non-progressive abruption of chorion and a normally positioned placenta, who were divided into two groups depending on the suggested complex of treatment and prevention in the program of optimization of pregnancy management. The control group included 20 relatively healthy women with a phys-

iological course of pregnancy. It was reasonable and pathogenetically justifiable to start applying complex treatment of disturbed homeostatic processes from the pregestational stage. This accounted for the introducing a complex of vitamin agents, polyunsaturated fatty acids and angiogenic inductors into the treatment program. To achieve this goal, the pregestational preparation of this category of patients was complemented with a polyvitamin complex with folic acid, nitric oxide inductors and polyunsaturated fatty acids, which influenced not only the total effect of treatment but also increased the effectiveness of each component of the treatment program.

The analysis of the prevalence of undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD) identified a constantly high percentage of women with a clinically significant dysplastic phenotype – 63 women (78.75 %), providing convincing evidence of the fact that uterine-placental apoplexy was associated with congenital weakness of connective tissue (OR -18.17; 95% DI; 6.3-36.5,  $p < 0.001$ ). According to the analytical research, 54 out of 80 pregnant women (67.5%) with local non-progressive abruption of chorion and placenta developed various complications in the course of pregnancy – preeclampsia, placental dysfunction, threat of premature labor, uterine hemorrhage, etc. One should also note a considerable number of cases of fetal distress, which was to a certain extent associated with the existing complications in the course of pregnancy and labor and fetoplacental dysfunction.

The analysis of the results of pregnancy completion showed a significant reduction in the prematurity rate. For instance, in women of the basic group, spontaneous abortion was observed 3.5 times less often and premature labor 2 times less often than in the comparison group ( $p < 0.05$ ). Thus, in 80 % of pregnant women of the basic group the necessary conditions were created to develop and prolong their pregnancy and complete it with term labor whereas in the comparison group the percentage was 55 % ( $p < 0.05$ ). Besides, the use of the agents suggested by us enabled a decrease in the development of such gestational complications as chronic placental insufficiency by 2 times, late gestosis and hydramnion by 2.5 times. Modification of the basic complex treatment by introducing the suggested membrane-stabilizing and antioxidant agents as well as the use of the indicated preventive measures at the stages of placental and probable development of placental insufficiency helped decrease the percentage of abortions and the development of negative reproductive and perinatal losses.

**Keywords:** pregnancy, undifferentiated connective tissue dysplasia, placental abruption, vitamins and polyunsaturated fatty acids

Надійшла 25.05.2015 року.

УДК 615.272+616-08+616.12-008.331.1+616.379-008.64

*Сердюк Н.М., Деніна Р.В.*

#### **Соли магнію та калію глюконової кислоти: новий ефективний засіб у лікуванні коморбідного стану – артеріальної гіпертензії в поєднанні з цукровим діабетом**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

roksolana.dog@ Rambler.ru

**Резюме.** Артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) залишаються одними із найбільш поширених захворювань у цілому світі. Вивчення особливостей клінічного перебігу даного «коморбідного стану», методів їх лікування та профілактики є актуальною проблемою. Обстежено 40 хворих на АГ з ЦД. Проводилось комплексне клінічне дослідження з урахуванням скарг хворих, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, результатів додаткових інструментальних (ЕКГ, ДМАТ) та лабораторних (глюкоза крові, С-пептид, HbA1c) методів дослідження. Аналізуючи результати клінічного обстеження хворих у обох групах, встановили покращення без виключення всіх досліджуваних характеристик. Зокрема, встановлено нормалізацію середньодобових САГ і ДАТ упродовж 30 днів лікування. Спостерігалось зниження рівня глюкози в сироватці крові на 21,18% ( $p < 0,05$ ) в основній групі. Рівень С-пептиду у хворих основ-

ної групи в процесі лікування знизився на 36,48% ( $p < 0,05$ ), у контрольній групі – на 20,49% ( $p < 0,05$ ). Глікозильований гемоглобін знижувався на 58,94% ( $p < 0,05$ ) в основній групі і на 36,16% у хворих контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Соли магнію і калію глюконової кислоти доцільно рекомендувати хворим на АГ із супутнім цукровим діабетом, оскільки є не лише ефективним доповненням до стандартної терапії АГ і ЦД, але й безпечними для тривалого вживання в амбулаторно-поліклінічній практиці з метою потенціювання антигіпертензивного та антидіабетичного ефектів.

**Ключові слова:** ритмокор, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** У сучасній науковій літературі активно обговорюється про-