

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Сюсюка В.Г.

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ

Запорізький державний медичний університет

Ураження вен кінцівок займає одне з перших місць у загальній структурі захворювань серцево-судинної системи вагітних (50 %), чому сприяють зниження тону гладкої мускулатури венозної стінки і підвищення внутрішньочеревного та венозного тиску під час вагітності.

Варикозна хвороба є поліетіологічним захворюванням, формування якого визначається сумарним впливом сприятливих та пускових механізмів. До цього часу не вдалося створити універсальну теорію її етіології та патогенезу. Головним пусковим фактором виникнення варикозної хвороби у жінок є саме вагітність. За даними літератури, варикозна хвороба зустрічається у 20-40 % вагітних. Огляд вен, проведення ряду функціональних ортостатичних проб – реовазографія, функціональна флебографія (в деяких випадках), визначення біохімічних показників дозволяють чітко діагностувати варикоз, його клінічні стадії та форми хронічної венозної недостатності. В той же час визначити справжню функціональну недостатність клапанного апарату вен, ступінь поширення процесу до глибоких вен неможливо без урахування реактивності судинної системи вагітної і впливу матки, яка росте, на кровообіг у порожнині тазу, матці, фетоплацентарному комплексі, нижніх кінцівках і на загальну гемодинаміку. Крім того необхідно враховувати те, що захворювання вен небезпечно частим розвитком ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду. Це зумовлено високим ризиком розвитку тромбофлебітів,

флеботромбозів, тромбемболічних ускладнень, розривом варикозних вузлів зовнішніх і внутрішніх статевих органів. При варикозній хворобі відмічається висока частота формування таких ускладнень, як фетоплацентарна недостатність (10-18 %), аномалії прикріплення плаценти та обвиття пуповиною (24 %) і як наслідок, розвиток хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плоду (10 %) (М.М. Шехтман, 1999; М.С. Золотухін, 2000; А.Я. Сенчук, 2001; В.М. Астахов, 2002).

Метою дослідження було з'ясувати особливості перебігу вагітності і характер змін в плаценті у вагітних з варикозною хворобою. Нами проведений аналіз перебігу вагітності та пологів, а також даних гістологічного дослідження плацент у 65 вагітних з варикозною хворобою. На підставі даних функціональних методів обстеження (ультразвукове дослідження та кардіотокографія), формування фетоплацентарної недостатності встановлено у 24 випадках, що склало 37 %. Гістологічно у 10 випадках (15 %) виявлена хронічна фетоплацентарна недостатність та хронічна гіпоксія. Інволютивно-дистрофічні зміни мали місце у 30 гістологічних дослідженнях (46 %), хоріодецидуїт – у 5 (7,5 %). Виявлені зміни свідчать, що вагітні з варикозною хворобою складають групу високого ризику з формування фетоплацентарної недостатності. Такий контингент вагітних потребує детального, динамічного обстеження фетоплацентарного комплексу та внутрішньоутробного стану плода.

Беляєва Т.М.

ПОКАЗНИКИ КРОВОТОКУ В СУДИНАХ ПЛОДА ТА МАТКОВІЙ АРТЕРІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ФІЗІОПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ВАГІТНИХ ДО ПОЛОГІВ

Запорізький державний медичний університет

Гемодинамічні процеси у системі мати-плацента-плід є одним з провідних факторів, що забезпечує нормальний перебіг вагітності, ріст та розвиток плода. Порушення кровообігу у цій системі відіграє головну роль у патогенезі фетоплацентарної недостатності, що є однією з основних причин перинатальної захворюваності та смертності. Тому дуже важливим є вивчення механізмів регуляції гемодинаміки у системі мати-плацента-плід та підтримка їх на фізіологічному рівні. Для кращого розуміння цього питання слід згадати, що стан будь-яких кровоносних судин залежить від багатьох факторів, серед яких чи не найважливіше місце займає рівень психоемоційної напруженості (ПЕН) людини.

Зважаючи на те, що регуляція кровообігу у фетоплацентарній системі здійснюється за тими ж принципами, що й організму у цілому, можливо припустити, що зниження рівня ПЕН вагітних здатне позитивно вплинути на стан гемодинаміки фетоплацентарного комплексу (ФПК). Одним з шляхів зниження ПЕН у вагітних є проведення фізіопсихопрофілактичної підготовки (ФППП) до пологів. Проте достатніх відомостей щодо впливу ФППП вагітних до пологів на стан гемодинаміки ФПК в доступній нам літературі не було.

Таким чином, мета роботи – вивчення стану гемодинаміки ФПК при проведенні ФППП вагітних до пологів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходилося 65 першовагітних соматично здорових жінок, які були розділені на 2 клінічні групи: I – 23 жінки, які з

різних причин відмовилися від проходження ФППП; II – 42 жінки, які, починаючи з 12 тижнів вагітності, відвідували заняття з ФППП. З метою підвищення ефективності цих занять вони проводилися окремо у жінок з різними типологічними характеристиками, що визначалися за допомогою опитувальника Айзенка. Стан гемодинаміки ФПК вивчався двічі за вагітність (у 23-25 та 30-34 тижні гестації) за допомогою апарату HDI-4000. При цьому визначалися систолодіастолічне відношення (С/Д), пульсацийний індекс (ПІ) та індекс резистентності (ІР) у аорті плода, артерії пуповини та правій матковій артерії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ При вивченні гемодинаміки ФПК у 23-25 тижнів вагітності більшість показників в зазначених групах достовірно не відрізнялася.

Що ж стосується параметрів кровотоку у системі мати-плацента-плід у 30-34 тижнів вагітності, то звертає на себе увагу достовірне зменшення майже всіх показників, що характеризують гемодинамічні процеси як у судинах плода, так і у маткових артеріях у II клінічній групі. Це є показником підвищення діастолічного компонента кровотоку, що свідчить про зниження периферичного судинного опору у судинах ФПК на тлі проведення диференційованої ФППП вагітних до пологів.

ВИСНОВОК Проведення диференційованої ФППП вагітних до пологів сприяє зниженню діастолічного тиску у судинах ФПК, що, відповідно, призводить до збільшення діастолічного компонента кровотоку та покращання перфузії у системі мати-плацента-плід.