Бойчук А.Г.

ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO СИНТЕТАЗЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НАРУШЕНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Резюме. *Обследованы 18 женщин с бесплодием. Установлено повышение частоты полиморфизмов G894T и 4b / 4a гена eNOS и их неблагоприятных сочетаний у женщин с беплодием и функциональными нарушениями гепатобилиарной системы, что указывает на склонность к развитию эндотелиальной дисфункции. Оценка генетического статуса женщины в перспективе может расширить возможности прогнозирования эффективности репродуктивных технологий, перинатальных осложнений и своевременной профилактики и коррекции таких состояний.*

Ключевые слова: *бесплодие, гепатобиллиарные нарушения, эндотелиальная дисфункция, эндотелиальная NO синтетаза, полиморфизм генов*

Boychuk A.G.

POLYMORPHIC GENE VARIANTS OF ENDOTHELIAL NO SYNTHASE IN WOMEN WITH INFERTILITY AND A HEPATOBILIARY SYSTEM VIOLATION

Summary. *The study included 18 women with infertility. It is found increased frequency of G894T and 4b / 4a gene eNOS polymorphisms and their adverse combinations in women with infertility and a hepatobiliary system functional disorder, which indicates the propensity to develop endothelial dysfunction. Evaluation of the genetic status of women has the potential to expand the capability to predict the effectiveness of reproductive technologies, perinatal complications and timely prevention and correction of such conditions.*

Key words: *infertility, hepatobiliary disorder, endothelial dysfunction, endothelial NO synthase, gene polymorphism.*

Стаття надійшла до редакції 01.12.2014 р.

Бойчук Олександра Григорівна - к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

© Гайструк Н.А.

УДК: 618.3-06-063.71:7126.91-045.6

Гайструк Н.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

СТАН КОМПЛЕКСУ "МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД" ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

Резюме. *Метою дослідження було підвищити ефективність профілактики перинатальних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю на основі розробки діагностичних і прогностичних критеріїв внутрішньоутробної гіпоксії плодів з використанням клініко-біохімічних і функціональних методів досліджень. Проведено ретроспективний аналіз перебігу багатоплідної вагітності та пологів двійнею 80 жінок, Всі пацієнтки розділені на 2 групи залежно від хоріальності: I група - 37 (46,2 ± 30,40 %) пацієнток з монохоріальною діамніотіческими двійнятами; II група - 43 (53,8 ± 26,16 %) пацієнток з діхоріальною діамніотіческими двійнятами. В дослідження включено 25 здорових вагітних жінок (I група) та 60 вагітних з багатопліддям. Вагітні з багатопліддям були розділені на 2 групи: вагітні з багатопліддям (n=20), в яких не спостерігали дистресу плодів та вагітні з багатопліддям (n=40), у яких відмічали дистрес плодів. Дослідження вмісту гомоцистеїну в сироватці крові показало, що у вагітних з багатопліддям відмічається формування синдрому гіпергомоцистеїнемії. У здорових вагітних вміст гомоцистеїну коливається в межах 4,5 - 14,4 мкмоль/л і в середньому становив 8,67 мкмоль/л, тоді як у вагітних з багатопліддям цей показник був вищий і складав 40,0 та 55,0% (p<0,01). Результати проведених досліджень показали, багатоплідна вагітність є чинником ризику розвитку плацентарної недостатності. Для своєчасної діагностики й ефективного контролю за лікувально-профілактичними заходами, що проводяться, необхідно використовувати динамічні ехографічні та доплерометричні дослідження. Багатоплідна вагітність є універсальним чинником ризику розвитку плацентарної недостатності з високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності. Вагітні з багатоплідною вагітністю повинні проходити ультразвуковий скринінг в другій половині вагітності. Для зниження частоти перинатальної захворюваності, смертності при багатоплідній вагітності необхідно проводити адекватну оцінку функціонального стану фетоплацентарного комплексу.*

Ключові слова: *багатоплідна вагітність, плацентарна недостатність.*

Вступ

За останні три десятиріччя у світі відбулося різке зростання частоти багатоплідної вагітності, яка досі вважалась певною біологічною константою. Така тенденція характерна в першу чергу для економічно розвинутих країн, але поступово поширюється і на інші країни. Частково це пов'язується зі збільшенням відсотку вагітностей у жінок віком понад 35 років, частково - з розширенням застосування гормональних препаратів з метою стимуляції овуляції при лікуванні безпліддя, а також - з розвитком репродуктивної медицини і більш доступним використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Згідно літературними даними, лише за період з 2000 по 2010 рр. в Україні відбулося зростання частоти багатоплідних пологів більш ніж на 30%, при цьому пологи двійнею складають майже 95%, а інші 5% припадає на пологи трійнею і багатопліддя більш

високого порядку. Отже проблема "епідемії багатоплідця" є доволі актуальною, оскільки її наслідки можуть призвести до суттєвого зростання акушерської і перинатальної патології в нашій країні.

Патогенез перинатальної патології при багатоплідній гестації не може вважатись повністю дослідженим. І досі відсутні чіткі дані про особливості формування та функціональний стан фетоплацентарного комплексу залежно від причин і характеру багатоплідця, недостатньо розроблені методи оцінки стану плодів, моніторингу їх внутрішньоутробного розвитку, антенатального догляду та прогнозування перинатальних наслідків у вагітних із багатоплідцям різного генезу. Окрему проблему представляє собою ведення багатоплідних пологів, де питання вибору тактики і термінів розродження щільно пов'язані з організацією акушерської допомоги, матеріальним і кадровим забезпеченням лікувальних закладів, що можуть брати на себе відповідальність за розродження вагітних із багатоплідцям. Водночас, охорона здоров'я вагітних жінок та внутрішньоутробних пацієнтів набуває загальнодержавного значення, позаяк ВООЗ оцінює якість надання медичної допомоги населенню, дієвість та своєчасність заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, спираючись зокрема й на показники акушерської і перинатальної захворюваності та рівень перинатальних втрат. Таким чином, збільшення частоти багатоплідця впливає на акушерські та перинатальні показники, висуваючи проблему багатоплідної вагітності в ряд найбільш актуальних питань сучасного акушерства та перинатології [Кулаков и др., 2007].

Багатоплідною називають вагітність, при якій в організмі жінки розвивається два плоди або більше. Народження двох та більше дітей називають багатоплідними пологами.

Виділяють два різновиди двійні: двояйцеву (дизиготну) і однояйцеву (монозиготну).

При однояйцевій двійні запліднюється одна яйцеклітина. Кількість плацент, що формуються, при цьому типі двійні залежить від строку поділу єдиної запліднених яйцеклітини. Якщо поділ відбувається протягом перших 72 годин після запліднення (до стадії морули), то формуються два ембріони, два амніони, два хоріони/плаценти. Міжплідна перегородка, як і при двояйцевій двійні, складається з чотирьох шарів. Таку однояйцеву двійню також називають дихоріальна діамніотична. Якщо поділ яйцеклітини відбувається в інтервалі 3-8 діб після запліднення (на стадії бластоцисти), то формуються два ембріони, два амніони, але один хоріон/плацента. Міжплідна перегородка при цьому складається з двох шарів амніону. Такий тип однояйцевої двійні називають монохоріальним діамніотичним [Blickstein, Keith, 2009].

При розділенні яйцеклітини в інтервалі 8-13 днів після запліднення формуються один хоріон і два ембріони, оточені єдиною амніотичною оболонкою, тобто міжплодова перегородка відсутня. Таку однояйцеву двійню називають монохоріальна моноамніотична. Результатом поділу запліднених яйцеклітини в більш пізній термін (після 13-го дня), коли вже сформовані ембріональні диски, є зрощені двійні. Таким чином, дихоріальною може бути як двояйцева, так і однояйцева двійня, у той час як монохоріальною - тільки однояйцева.

Уже на цьому етапі закладається стан функціонування фетоплацентарного комплексу, особливо у монохоріальній двійні. Усім жінкам повинне бути проведене УЗД в ранній термін вагітності, оптимальним терміном для проведення УЗД є 10-13 тижнів вагітності, що визначає жєттездатність та кількість плодів, тип плацентації і її функціональність, товщину комірцевого простору та вродженні вади розвитку [Кулаков и др., 2007]. При моноамніотичних двійнях зростає ризик ускладнень і внутрішньоутробної загибелі внаслідок СФФТ, порушення кровообігу при колізії (сплетення з утворюванням вузлів) пуповин між собою.

Оскільки багатоплідна вагітність є високим ризиком як для матері, так і для плода, вказане збільшення частоти багатоплідця впливає на акушерські і перинатальні показники, ставлячи проблему багатоплідної вагітності в ряд найбільш актуальних проблем сучасної допомоги породіллі [ACOG Practice Bulletin № 101..., 2009].

Метою дослідження було підвищити ефективність профілактики перинатальних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю на основі розробки діагностичних і прогностичних критеріїв внутрішньоутробної гіпоксії плодів з використанням клініко-біохімічних і функціональних методів досліджень.

Матеріали та методи

Даними медичної документації (обмінних карт форми № 113/о , історій пологів форми №096/о , висновків патогістологічного дослідження форми №014/о) проведено ретроспективний аналіз перебігу багатоплідної вагітності та пологів двійнею 80 жінок, госпіталізованих і згодом пологорозрішенних на базі Клінічного пологового будинку № 2 м. Вінниці за періодз 2009 по 2011 р. Для вирішення поставлених завдань проаналізовано історії пологів жінок зі спонтанно насталою багатоплідною вагітністю. Всі пацієнтки розділені на 2 групи залежно від хоріальності: І група - 37 (46,2 ± 30,40 %) пацієнток з монохоріальною діамніотіческими двійнятами; ІІ група - 43 (53,8 ± 26,16 %) пацієнток з діхоріальною діамніотіческими двійнятами.

Результати. Обговорення

Аналіз анамнестичних даних показав, що середній вік обстежених пацієнток обох груп склав 27,02 ± 9,19 років, при цьому пацієнтки І групи були молодші(25,33 ± 10,61 років), ніж пацієнтки ІІ групи (28,07 ± 4,95 років).

Особливий інтерес представляють дані репродуктивного анамнезу обстежених жінок. У першу чергу слід вказати на той факт, що першовагітних було 42,0%, практично половина спостережень. З даних анамнезу, 36,0% вагітностей завершилися терміновими пологами, у

28,0% - артифіційними і 10,0% - мимовільними абортами. Усі останні варіанти репродуктивних результатів мали незначний рівень. Серед основних аспектів преморбідного фону ми вирішили вивчити початкову генітальну й екстрагенітальну патологію. Так, виходячи з отриманих даних, у структурі гінекологічних захворювань переважали хронічні запальні процеси (14,0%) і патологія яєчників (4,0%), що призводило до високого рівня початкового безпліддя - 10,0%. При оцінці частоти супутньої соматичної захворюваності частіше за інших мали місце серцево-судинні захворювання - 51,0%, вегето-судинна дистонія - 47,0%, тиреоїдна патологія - 24,0% і захворювання нирок - 20,0%. Усі останні варіанти зустрічалися набагато рідше. Клінічний перебіг вагітності ускладнювався анемією - 63,0% (I ст. - 42,0%), загрозою переривання - 47,0%, прееклампсією - 44,0% (легкого ступеня - 26,0%) і плацентарною дисфункцією - 41,0%. Безумовно, всі ці ускладнення є взаємопов'язаними і взаємодоповнюючими в усіх терміни гестаційного періоду.

Унаслідок такого високого рівня акушерських і перинатальних ускладнень сумарна частота абдомінального розродження склала 36,0%, причому цей показник істотно виріс за останній рік, що вивчався, - 45,0%. У структурі основних показань у кожному третьому випадку (32,0%) кесарів розтин проводили у зв'язку з тазовим передлежанням одного плода. Дещо рідше мали місце такі показання, як допоміжні репродуктивні технології (19,0%), рубець на матці (13,0%) і гострий дистрес плода (12,0%). На завершальному етапі було проведено детальний аналіз перинатальних втрат при багатоплідній вагітності. Розглядаючи порівняльні аспекти одно- і багатоплідної вагітності, необхідно відзначити, що за період, що вивчається, сумарні перинатальні смертності при багатоплідній вагітності були вище в порівнянні з одноплідною вагітністю в 3,1 разу (37,7‰ і 12,0‰ відповідно); мертвонародження - в 3,4 разу (25,2‰ і 7,4‰), рання неонатальна смертність - в 2,7 разу (12,6‰ і 4,6‰), пізня неонатальна смертність - в 12,6 разу (6,3‰ і 0,5‰) і неонатальна смертність - в 3,7 разу (18,9‰ і 5,1‰ відповідно). Таким чином, результати проведених клініко-статистичних досліджень наочно свідчать, що багатоплідна вагітність є істотним чинником ризику розвитку перинатальної патології, основною причиною якої є плацентарна дисфункція.

Специфічні ускладнення монохоріальної вагітності (синдром фето-фетальної трансфузии (СФФТ), синдром зворотної артеріальної перфузії (сзап), дискордантний ріст плодів (ДРП), затримка росту плода (ЗРП), антенатальна загибель одного з плодів) відмічені у 15 (18,8 ± 45,96 %) вагітних: у 9 (24,3 ± 19,79 %) I групи і у 6 (13,5 ± 26,16 %) II групи. СФФТ діагностовано у 1 (2,7 ± 5,45 %) вагітної I групи. СЗАП виявлено у 1 (2,7 ± 5,45 %) вагітної I групи. Один випадок антенатальної загибелі плода зареєстрований у 1 (2,3 ± 9,69 %) пацієнтки II групи. ДРП з різницею між передбачуваними масами плодів більше 20% виявлений у 12 (15,0 ± 48,08 %) пацієнток: у 7(18,9 ± 21,21 %) в I групі і у 5 (11,6 ± 26,87 %) - у другій. ЗРП визначили у 1 (2,7 ± 5,45 %) вагітної I групи. У I групі народилися 49 хлопчиків і 25 дівчаток, у II групі - 39 хлопчиків і 47 дівчаток. Оцінка новорожденних за шкалою Апгар в I групі на першій хвилині склала6,19 ± 0,71 бала, на п'ятій хвилині - 7,16 ± 2,12 бала, в II групі: на першій хвилині - 6,71 ± 1,32 бала, на п'ятій хвилині - 7,45 ± 1,14 бала. Маса новонароджених в I групі: 500-1499 г - 14; 1500-2999 г - 53; 3000-4000 г - 7; в II групі: 500-1499 г - 8; 1500-2999 г - 69; 3000-4000г - 9.

Як було вже відмічено вище, для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу було проведено динамічні ехографічні і доплерометричні дослідження. Під час ехографічного обстеження виконували фетометрію і плацентографію, визначали вид передлежання 1 і 2 плодів. Після вимірювання основних фетометричних показників визначали кількість і локалізацію плацент, їх товщину і структурність, ідентифікували амніотичну перегородку, визначали кількість навколоплідних вод при діамніотичних двійнятах у кожному амніоні. При ультразвуковій оцінці внутрішніх органів плода виключалися вроджені вади розвитку.

При доплерометричному дослідженні кровотік у спіральних артеріях успішно був виявлений у 88,7% у центральних ділянках плацентарного ложа. Спіральні артерії ідентифікувалися шляхом кольорового картирування на їх анатомічній позиції.

В усіх випадках криві швидкості кровотоку (КШК) маткових артерій, середньої мозкової артерії, артерії пуповини і її термінальних гілок були успішно отримані при використанні кольорового доплерометричного устаткування. Кровотік у спіральних артеріях при фізіологічному перебігу багатоплідної вагітності мав двофазний спектр і харатеризувався низькою пульсацією і високими швидкостями діастол.

У випадках затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВР), а також у меншого близнюка при дисоційованому розвитку і сприятливому результаті вагітності значення систоло-діастолічного відношення (СДВ), індексу резистентності (ІР) і плацентарного індексу (ПІ) кровотоку в спіральних артеріях були достовірно вище ($p<0,05$). Компонент діастоли КШК спіральних артерій центру плацентарного ложа знижений, а СДВ, ІР і ПІ були підвищені ($p<0,05$). Слід зазначити, що у плодів із ЗВР і асфіксією, значення СДВ, ІР і ПІ спіральних артерій були ще вищими, але відмінності не були достовірними ($p>0,05$).

Виявлено, що у плодів із ЗВР та у менших плодів при дисоційованому розвитку, як при сприятливих результатах пологів, так і при гіпоксії значення СДВ, ІР і ПІ артерії пуповини і її термінальних гілок були достовірно вище, ніж у плодів з нормальною масою тіла ($p>0,05$). Крім того, при сприятливих результатах багатоплідної вагітності СДВ, ІР і ПІ термінальних гілок артерії пуповини до артерії пуповини було <1. При тяжкому ступені внутрішньоутробної гіпоксії плода це відношення було

>1. При фізіологічному перебігу вагітності двійнятами індекси судинного опору поступово знижуються упродовж III триместру. При стражданні плода відмічено підвищення швидкості діастоли кровотоку і значення СДВ, ІР і ПІ були знижені (p<0,05). Слід зазначити, що у плодів із ЗВР і асфіксією значення СДВ, ІР і ПІ середньої мозкової артерії були ще нижчими, але відмінності не були достовірними (p>0,05). Представляє особливий інтерес дані взаємозв'язки СДВ, ІР і ПІ середньої мозкової артерії до артерії пуповини <1, тобто централізація кровотоку, що спостерігалася у 8 (56,6%) плодів трьох клінічних груп, які перенесли тяжку асфіксію.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За результатами проведених досліджень, багатоплідна вагітність є чинником ризику розвитку плацентарної недостатності. Для своєчасної діагностики й ефективного контролю за лікувально-профілактичними заходами, що проводяться, необхідно використовувати динамічні ехографічні та доплерометричні дослідження.

2. Багатоплідна вагітність є універсальним чинником ризику розвитку плацентарної недостатності з високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності. Вагітні з багатоплідною вагітністю повинні проходити ультразвуковий скринінг в другій половині вагітності.

Для зниження частоти перинатальної захворюваності, смертності при багатоплідній вагітності необхідно проводити адекватну оцінку функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Список літератури

Национальное руководство. Гинекология; под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. - 1063 с.

ACOG Practice Bulletin № 101. Ultrasonography in Pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2008. - Vol.113, № 2, Part 1. - Режим доступу: doi:15.5480/531621793485654159

Multiple Pregnancy. Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome; edited by I. Blickstein and L. G. Keith. - Informa UK Ltd., 2005. - 946 p.

Neilson J. P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2008, Issue 4 / Neilson J. P. -Режим доступу: doi:35.6450/551842947863452178.

Гайструк Н.А

СОСТОЯНИЕ КОМПЛЕКСА "МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД" ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме. *Целью исследования было повысить эффективность профилактики перинатальных осложнений у женщин с многоплодной беременностью на основе разработки диагностических и прогностических критериев внутриутробной гипоксии плодов с использованием клинико-биохимических и функциональных методов исследований. Проведен ретроспективный анализ течения многоплодной беременности и родов двойней 80 женщин. Все пациентки разделены на 2 группы в зависимости от хориальности: I группа - 37 (46,2 ± 30,40 %) пациенток с монохориальных диамниотическимы двойней, II группа - 43 (53,8 ± 26,16 %) пациенток с дихориальною диамниотическимы двойней. В исследование включено 25 здоровых беременных женщин (I группа) и 60 беременных с многоплодием. Беременные с многоплодием были разделены на 2 группы: беременные с многоплодием (n=20), у которых не наблюдали дистресса плодов и беременные с многоплодием (n=40), у которых отмечали дистресс плодов. Исследование содержания гомоцистеина в сыворотке крови показало, что у беременных с многоплодием отмечается формирование синдрома гипергомоцистеинемии. У здоровых беременных содержание гомоцистеина колеблется в пределах 4,5 - 14,4 мкмоль/л и в среднем 8,67 мкмоль/л, тогда как у беременных с многоплодием этот показатель был выше и составлял 40,0 и 55,0 % (p < 0,01). Результаты проведенных исследований показали, что многоплодная беременность является фактором риска развития плацентарной недостаточности. Для своевременной диагностики и эффективного контроля за лечебно-профилактическими мероприятиями, которые проводятся, необходимо использовать динамические эхографические и допплерометрического исследования. Многоплодная беременность является универсальным фактором риска развития плацентарной недостаточности с высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности. Беременные с многоплодной беременностью должны проходить ультразвуковой скрининг во второй половине беременности. Для снижения частоты перинатальной заболеваемости, смертности при многоплодной беременности необходимо проводить адекватную оценку функционального состояния фетоплацентарного комплекса.*

Ключевые слова: *многоплодная беременность, плацентарная недостаточность.*

Gaistruk N.A

STATE OF COMPLEX "MOTHER-PLACENTA-FETUS" IN MILTIPLE PREGNANCY

Summary. *The aim of the study was to increase the effectiveness of prevention of perinatal complications in women with multiple pregnancy through the development of diagnostic and prognostic criteria of intrauterine fetal hypoxia using clinical and biochemical and functional methods of research. A retrospective analysis of the course of multiple pregnancy and birth with twins 80 women, all patients divided into 2 groups according to chorionity: I group - 37 (46,2 ± 30,40%) patients with monohorial diamniotic twins; II group - 43 (53,8 ± 26,16%) patients with dihorial diamniotic twins. In study included 25 healthy pregnant women (group I) and 60 pregnant women with a multiple pregnancy. Pregnant women with multiple pregnancy were divided into 2 groups: pregnant women with multiple pregnancy (n=20), which is not observed in fetal distress and pregnant women with multiple pregnancy (n=40), who noted fetal distress. The study homocysteine serum showed that pregnant women with multiple pregnancy syndrome observed the formation of hyperhomocysteinemia. In healthy pregnant homocysteine ranges from 4,5 - 14,4 mmol / L and averaged 8.67 mmol / l, whereas in pregnant women with a multiple pregnancy , the figure was higher and amounted to 40,0 and 55,0 % (p<0,01).*

The results of these studies showed that multiple pregnancy is a risk factor for placental insufficiency. For timely diagnosis and efficient monitoring of therapeutic and preventive measures undertaken must use dynamic ultrasound and doppler study. Multiple pregnancy is a universal risk factor for placental insufficiency with high perinatal morbidity and mortality. Pregnant women with a

multiple pregnancy should undergo ultrasound screening in the second half of pregnancy. To reduce the rate of perinatal morbidity and mortality in multiple pregnancies is necessary to adequately assess the functional state of the fetoplacental complex.
Key words: *multiple pregnancy, placental insufficiency.*

Стаття надійшла до редакції 10.12.2014 р.

Гайструк Наталія Анатоліївна - д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 050 383-20-80; anata21g@gmail.com

© Галаченко О.О. , Очередько О.М. , Галаченко В.В.
УДК: 614.2: 616.12-005.8
Галаченко О.О.*, Очередько О.М.**, Галаченко В.В.***
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, * кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи, ** кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000), *** клінічний санаторій "Хмільник" (вул. Курортна, 2, м. Хмільник, Вінницька обл., Україна, 22003)

ВПЛИВ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ НА ВІРОГІДНІСТЬ ПРОДОВЖЕННЯ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЗАКЛАДІ

Резюме. *Наведені результати когортного дослідження 1122 пацієнтів, госпіталізованих з приводу вперше в житті встановленого гострого інфаркту міокарда в кардіологічне відділення м. Вінниці протягом 2006-2008 рр. Аналітичний фрейм базувався на лог-лінійному моделюванні з основною тестовою статистикою хі-квадрат. Показано достовірне збільшення вірогідності продовження реабілітаційного процесу у спеціалізованій санаторно-курортній установі під впливом різних модифікацій кардіореабілітаційних програм, застосованих в умовах стаціонару 2(1)=30,98; p<0,0001. При цьому не вдалося виявити достовірних розбіжностей у дії варіантів призначення реабілітаційних програм (когорти 1-3) на вірогідність наступного санаторного етапу відновлювального лікування постінфарктних хворих.*
Ключові слова: *гострий інфаркт міокарда, кардіореабілітаційні програми, стаціонарний етап, санаторно-курортна установа.*

Вступ

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є одним з головних клінічних станів, включених до кардіореабілітаційних програм (КРП) у Європі. Складові КРП - це клінічна оцінка стану пацієнта, програми фізичної активності, план дієти/характеру їжі, контроль ваги, корекція порушень ліпідного обміну, моніторінг артеріального тиску, припинення куріння, психосоціальна допомога, тобто поняття КРП значно ширше, ніж просто відновлення фізичного стану, та містить в собі вторинну профілактику ішемічної хвороби серця [Наказ МОЗ України, 2014; McManus, 2011; Roger, 2012]. За даними метааналізу, проведеного R. Teylor зі співав. [2004], застосування таких КРП призвело до достовірного зниження смертності від усіх причин на 20%, від серцево-судинних - на 26%.

Як відомо, кардіореабілітація здійснюється послідовно. Після гострої серцево-судинної катастрофи перший етап відбувається в стаціонарі. Тривалість стаціонарного лікування в середньому становить 18-19 днів (в наших дослідженнях - 17,8±0,13) [Галаченко, 2014]. Фаза ж реконвалесценції проходить в спеціалізованому реабілітаційному відділенні санаторно-курортної установи (СКУ) - санаторний етап. При аналізі ефективності санаторної реабілітації (СР) більш ніж у 12 тис. хворих, що перенесли ГІМ, встановлено істотне поліпшення стану, показників діяльності серцево-судинної системи та фізичної працездатності [Аронов, 2010]. Однак, направлення на цей етап потребує певної підготовки у стаціонарі. Загалом, ця підготовка вимагає тривалішої госпіталізації, ніж у Європейських країнах, але багаторічний досвід роботи інфарктних та реабілітаційних відділень виправдовує цю затримку.

Звісно, особливі вимоги до КРП необхідні для пацієнтів старшого віку, хворих зі специфічними коморбідними станами, такими як транзиторні ішемічні атаки або інсульти, хронічне обструктивне захворювання легенів та хронічна ниркова недостатність [Hamm, 2011; Wijns, 2010]. Успіх реабілітації і вторинної профілактики залежить від високого рівня індивідуального ведення пацієнта та підтримки і оцінки кардіоваскулярних функцій, включаючи психосоціальний статус.

Традиції в системі надання медичної допомоги та економічні можливості відрізняються в різних країнах. Приміром, за даними американських дослідників, участь у КРП покращує виживаність пацієнтів після ГІМ майже на 30% [Brandi, 2004]. Проте навіть у США цей резерв використовує лише кожний третій вибувший зі стаціонару. Мета роботи - вивчити питання впливу різних варіантів КРП, призначених в стаціонарі, на вірогідність наступної реабілітації в спеціалізованих СКУ.

Матеріали та методи

У проспективному когортному дослідженні обстежено 1122 хворих з вперше діагностованим ГІМ. КРП