

УДК 618.2-055.28+618.4-07

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ У БАГАТОНАРОДУЮЧИХ ЖІНОК

ІВАНЮТА С.О., МАЙДАННИК І.В., САЛЛАМІ МОХАМЕД АМІН, БОЙЧУК Ю.І.

м. Київ

ВООЗ стверджує, що численні пологи і часті вагітності віднесені до групи універсального ризику як для матері так і плода, через високу частоту ускладнень вагітності, пологів, післяродового і неонатального періодів.

Багатонароджуючі відрізняються тим, що у них короткі інтервали між пологами, підвищена частота соматичної та акушерської патології, низький рівень життя, інтенсивна праця, відсутність можливості приділити належну увагу своєму здоров'ю, вони старші за віком. Питома вага багатонароджуючих серед породіль, за даними різних авторів, коливається в межах від 3,1% до 38,8% [1, 2, 3].

Розвиток аномалій пологової діяльності у багатонароджуючих спричиняє велику частоту оперативних втручань в пологах як в інтересах матері так і плода, підвищує частоту родового травматизму, патологію перебігу послідового і раннього післяпологового періоду. Приблизно кожен третій кесарів розтин проводять з приводу аномалій родової діяльності.

Матеріал і методи дослідження

З метою вивчення стану фетоплацентарної системи у 250 багатонароджуючих нами проведено ряд досліджень, що включали визначення біофізичного профілю плода (БФПП), кардіотокографію (КТГ), пре- і інтранатальну ультразвукову фетометрію, доплерометричне дослідження судин системи мати-плацента-плід.

Результати дослідження та їх обговорення

Патологічна оцінка БФПП у багатонароджуючих зустрічалася в 2 рази частіше, ніж у першо- і повторнородячих, і склала 5,5% проти 3,3% у першонароджуючих.

Доплерометричне дослідження кровотоку проводилося в маткових артеріях, артерії пуповини та середній мозковій артерії плода, починаючи з 23-24 тижнів вагітності. Аналізуючі отримані данні ми прийшли до висновку, що незважаючи на відсутність екстрагенітальної патології у багатонароджуючих відзначаються порушення гемодинаміки які найбільш виражені в матково-плацентарній ланці. Причому у багатонароджуючих без супутньої соматичної патології показники у всіх ланках кровотоку набагато кращі, ніж у багатонароджуючих з патологією.

Нами відзначено, що оцінка кривих швидкостей кровотоку в середній мозковій артерії плода дає кращі результати в діагностиці внутрішньоутробної гіпоксії, ніж при аналогічній оцінці артерії пуповини. Так, при зміні показників судинного опору в середній мозковій артерії, що свідчить про розвиток гіпоксії плода, оцінка БФПП не перевищувала 6-7 балів. Тоді як при виявленні підвищення індексів судинного опору в артерії пуповини БФПП в 44,5% випадків оцінювався, як нормальний або задовільний. З іншого боку, це доводить, що доплерівське дослідження плодового кровотоку дозволяє дещо раніше діагностувати внутрішньоутробне страждання плода, ніж визначення БФПП.

Висновки

Проводячи зіставлення БФПП і кровотоку в артеріях плода і матки, відзначили, що доплерівське дослідження забезпечує, у порівнянні з нестресовим тестом і БФПП, більш ранню і пряму вказівку на гіпоксію і не є специфічним для оцінки характеру і ступеня тяжкості страждання плода.

Таким чином, доплерографічне дослідження фетоплацентарного комплексу слід використовувати для прогнозування і виявлення груп вагітних високого ризику з перинатальною патологією, заснованого на зміні кривих швидкостей кровотоку (вагітні цієї групи підлягають динамічному комплексному спостереженню і лікуванню), а в постановці діа-

гнозу внутрішньоутробної гіпоксії ми віддали перевагу оцінці біофізичного профілю плода. Хоча гемодинамічні порушення, які можуть бути виявлені при доплерометричному дослідженні, спостерігались в переважній більшості спостережень ФПН, не всі форми ФПН супроводжуються істотними змінами матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровоплину. З цим, мабуть, буває пов'язано більшість помилково негативних результатів доплерометрії при цій патології. Тому слід ще раз наголосити на необхідності комплексного обліку даних трьох основних взаємодоповнюючих методів дослідження в акушерській клініці: УЗД, КТГ і доплерометрії.

Відзначено прямо-пропорційний зв'язок між ступенем гемодинамічних порушень у системі мати-плацента-плід і частотою затримки розвитку плода, внутрішньоутробною гіпоксією, абдомінальним розродженням, важким станом новонародженого і перинатальними втратами а також тривалістю перерв між вагітностями та пологами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нурмагомедова С.С. Прогнозирование риска развития задержки внутриутробного развития плода у многоплодных // Медицина. наука и Практика.- Махачкала. - 2000. - №1. - С. 43-48.
2. Breborowicz G., Spazzynak N. Komputerowa analiza zmiennosci czestosci serca oraz profilu bipfizycznego plodu w czasie ciary w aspekcie oceny stanu pkladu i noworodka. II Wartosci prognostyczne parametrow profilu bipfizycznego ploda. //Gynecol.pol.- 2008.- 58.- n5. - P.300-305.
3. Klerman L.V., Cliver S.P., Goldenberg R.L. The impact of short interpregnancy intervals on pregnancy outcomes in a low- income population. // Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. - 2002. - Feb 10; 101(1): 22-25.

УДК УДК 618.12 - 27

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ФАКТОРОВ РОСТА В ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ МАТЬ – ПЛАЦЕНТА - ПЛОД

КЛИМОВ В.А.

г. Луганск

Факторы роста – биологически активные соединения, стимулирующие или ингибирующие деление и дифференцировку различных клеток и являющиеся основными переносчиками митогенного сигнала клетки. Такие важные физиологические процессы, как рост, дифференцировка, инвазия и миграция трофобласта, регулируются местными факторами роста. Основными факторами роста в системе мать – плацента – плод являются фактор роста плаценты (ФРП), инсулиноподобный фактор роста (ИФР), сосудисто-эндотелиальный фактор роста (СЭФР).

Цель исследования – изучение значения нарушения продукции факторов роста в развитии плацентарной недостаточности в различные сроки беременности.

Материалы и методы исследования

В основную группу вошли 225 беременных с плацентарной недостаточностью (ПН). Диагноз плацентарной недостаточности устанавливался на основании клинического, лабораторного, инструментального и морфологического исследования. У пациенток основной группы проведено исследование уровня факторов роста (фактор роста плаценты, сосудисто – эндотелиальный фактор роста, рецепторы к сосудисто – эндотелиальному фактору роста 1-го и 2-го типа, ангиогенин, ангиопоэтин-2, инсулиноподобный фактор роста) в сыворотке крови с использованием метода твердофазного иммуноферментного анализа с использова-