

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК: 618.33/.36+618.2+618.4]-053.7

О.В. Бакун

ПОРУШЕННЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ТА ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ І БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЮНИХ ПЕРШОРОДІЛЬ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої і підліткової гінекології
(науковий керівник – д.мед.н., проф. О.М. Юзько)
Буковинської державної медичної академії

O. V. Baku

VIOLATIONS OF THE FETOPLACENTAL COMPLEX AND SOME CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES OF PREGNANCY AND LABOR IN YOUNG PRIMIPARAE

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Проведено комплексне дослідження гормонального статусу, показників коагулограми, морфологічних та біохімічних особливостей крові у системі "мати-плацента-плід". Вивчені морфологічні та ультразвукові особливості плаценти і біофізичний профіль плода. Одержані дані показали, що вагітність і пологи у юних першороділь ускладнюються хронічною фетоплацентарною недостатністю на фоні анемії, гіпопротеїнемії, порушень гемостазу з розвитком перинатальної дистрофії.

Ключові слова: вагітність, пологи, юні першороділі, гормони, гістологія плаценти.

Вступ. Підлітковий вік – це перехідний період від дитинства до дорослого стану, що характеризується психоемоційною, інтелектуальною і соціальною незрілістю дівчини. Статева функція підлітка перебуває у стані формування, яке закінчується лише до 18 років, що визначає відмінність анатомічних та метаболічних характеристик юних і дорослих вагітних уже на ранніх термінах гестації. Крім того, у значному відсотку випадків вагітність у підлітків непланована, що загострює соціальні і медичні аспекти цієї проблеми [6].

За даними літератури, у дівчат, що живуть статевим життям, в анамнезі були штучні переривання вагітності (5,5%), з них у 57% – один аборт, у 28,5% – два аборти, а в 14,5% – відбулися спонтанні аборти [1].

Ю.О.Крупко-Большова [3], вивчаючи цю проблему в неповнолітніх на Україні, відзначила велику кількість кримінальних абортів, з яких 11 закінчилися летально, внаслідок кровотечі та сепсису. Проте вагітність для юних першороділь є сильною психотравмуючою ситуацією [2]. Депресію відзначено приблизно у половини обстежених. Здебільшого вагітні підлітки були замкнені, важко контактували. У незначному відсотку спостерігали ейфорію, зрідка – дебільність.

Психопатій не було. Відзначено також адекватність психічних реакцій юних вагітних. Психози спостерігалися зрідка, найчастіше при згвалтуванні [4].

Однією з основних причин ускладненого перебігу вагітності та пологів у підлітків може бути порушення гормональної функції яєчників на ранніх термінах вагітності, а надалі – фетоплацентарного комплексу. Не можна не враховувати того, що розвиток вагітності у підлітків від самого початку відбувається за несформованості гіпофізарно-яєчникових зв'язків [1].

Вагітність у дівчат-підлітків супроводжується зниженням вмісту естрогенів, прогестерону і плацентарного лактогену відносно показників у дорослих жінок, що свідчить про фетоплацентарну недостатність [4,5]. На відміну від цього, німецькі дослідники не виявили змін концентрації α -фетопротеїну, пролактину, естріолу і специфічного білка вагітності у жінок різних вікових груп. Лише вміст β -хоріонічного гонадотропіну був підвищений у вагітних віком 14-17 років [7].

Мета дослідження. Розробити комплекс заходів, направлених на зменшення ускладнень вагітності та пологів, профілактику порушень у фетоплацентарному комплексі в юних першороділь.

Матеріал і методи. Нами проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 232 юних першороділь під час вагітності, пологів і післяпологового періоду та їх новонароджених і 178 першороділь після 18 років (контрольна група). Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного дослідження (морфологічний стан крові), нами вивчалися показники загального білка рефрактометричним методом, небілкові азотисті компоненти: сечовина і залишковий азот стандартними методиками, креатинін – за методом Поппера; показники коагулограми: фібриноген – за методом Рутберга, протромбіновий індекс – методом Квіка, фібриноген В – в-нафтоловим тестом. Концентрацію естріолу, прогестерону, пролактину та плацентарного лактогену в сироватці крові матері досліджували радіоімунним методом за допомогою наборів “Sea-Ire-Sorin” (Франція). Для оцінки стану плода використовували фетальний біомонітор ВМТ-9141 (Німеччина). На КТГ вивчили середній базальний ритм, амплітуду миттєвих осциляцій, кількість, амплітуду, тривалість акцелерацій та децелерацій з оцінкою в балах за шкалою Fisher W. (1976), ехографічне дослідження плода та плаценти проводили за допомогою апарата Siemens Sonoline Prima (Німеччина) конвексним зондом з частотою 3,5 мГц.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведений аналіз перебігу вагітності і пологів у 232 юних першороділь показав, що кожна друга з них ($46\pm 2,66\%$) не працює, кожна третя ($27,62\pm 2,91\%$) – незаміжня, що в 12 разів перевищує показник контрольної групи.

Низький соціально-економічний рівень більшості обстежених, відсутність динамічного нагляду в жіночій консультації, пізні взяття на облік дали високий показник ($61,0\%$) ускладнень вагітності: загроза переривання вагітності траплялася в 1,95 раза частіше ($10,6\pm 1,95\%$); гестози – в 1,54 раза, що становило $24,1\%$; залізодефіцитну анемію – в 11,6 раза ($26,3\%$). Ускладнення перебігу пологів спостерігали у 70% юних першороділь. Передчасний розрив плідних оболонок у 1,1 раза частіше (26%), слабкість пологової діяльності – у 1,36 (29%), розрив промежини – у 1,75 раза ($2,1\%$) частіше по відношенню до жінок контрольної групи ($P<0,05$).

Маса новонароджених у юних першороділь на $11,9\%$ менша і становила $3125\pm 78,5$ г ($P<0,05$).

Захворювання новонароджених перевищує контрольну групу в 2,5 раза ($P<0,05$).

Гістологічне дослідження плаценти в юних першороділь показало у $43,4\%$ випадків патологічну незрілість, варіантами якої були ембріональні ворсини, гіповаскуляризовані хаотичні ворсини, дисоційований розвиток і облітеруюча ангіопатія.

У $14,4\%$ випадків спостерігали зміни і вади розвитку плаценти, у $13,2\%$ – дифузну анемію, у $13,2\%$ – інфекційні ураження, у $10,5\%$ – різні види відшарування і в $5,3\%$ випадках – інфаркт плаценти.

Виявлені зміни в плаценті призвели до розвитку фетоплацентарної недостатності.

У юних першороділь у третьому триместрі вагітності рівень естріолу знижується на $21,2\%$, прогестерону – на $36,4\%$, плацентарного лактогену – на $35,4\%$, пролактину – на $18,9\%$ ($P<0,05$), що вказує на плацентарну недостатність (табл. 1).

Таблиця 1
Вміст гормонів у плазмі крові юних першовагітних у третьому триместрі вагітності ($M \pm m$)

Групи жінок	Естріол, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л	Плацентарний лактоген, нмоль/л	Пролактин, мкМО/мл
Вагітні після 18 років (n=10)	$66,1\pm 4,7$	$516,9\pm 14,6$	$287,1\pm 18,6$	$6360,9\pm 237,2$
Юні першовагітні (n=25)	$52,1\pm 3,6$	$328,8\pm 5,8$	$185,4\pm 2,39$	$5160,4\pm 301,4$
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Таблиця 2

Показники кардіотокограм у юних першороділь при доношеній вагітності (M ± m)

Показники КТГ	Вагітні після 18 років n = 38	Юні першовагітні n = 50	P
Середній базальний ритм (поштовхів за хвилину)	143,16±1,52	138,6±0,81	<0,05
Амплітуда миттєвих осциляцій (поштовхів за хвилину)	2,895±0,11	3,18±0,12	<0,05
Кількість акцелерацій за 10 хв	1,08±0,11	0,68±0,08	<0,05
Амплітуда акцелерацій (поштовхів за хвилину)	19,86±0,87	23,61±0,69	<0,05
Тривалість акцелерацій (с)	31,96±1,25	24,35±0,73	<0,05
Кількість децелерацій за 10 хв	0,76±0,11	0,40±0,05	<0,05
Амплітуда децелерацій (поштовхів за хвилину)	18,17±0,64	18,9±0,41	<0,05
Тривалість децелерацій (с)	21,89±0,68	18,9±0,29	<0,05
Оцінка кардіотокограм у балах	8,88±0,11	7,44±0,06	<0,05

Аналіз порівнювальних даних КТГ (табл. 2) у вагітних контрольної та дослідної груп показав, що середній базальний ритм знаходиться на рівні контрольної групи (P<0,05). Амплітуда миттєвих осциляцій у юних вагітних виросла на 9,2% (в контролі 3,18±0,12) (P<0,05), кількість акцелерацій знизилася на 37% (в контролі 1,08±0,11) (P<0,05). Амплітуда акцелерацій збільшилася на 19%, до 23,61±0,62 поштовхів за хвилину (P<0,05), тривалість акцелерацій знизилася на 23,9%, до 24,35±0,73 с (P<0,05). Кількість децелерацій зменшилася на 47,4%, до 0,40±0,05, (P<0,05), амплітуда децелерацій знаходилася на рівні контрольної групи (18,17±0,64 поштовхів за хвилину) (P<0,05).

Дані КТГ знизилася на 16,2% (у контролі 8,88±0,11) (P<0,05).

З початком пологової діяльності в юних першороділь внутрішньоутробна гіпоксія плода посилювалась, тоді як базальний ритм знаходився в межах норми 138,96±0,81 поштовхів за хвилину (P<0,05). Разом з тим, амплітуда миттєвих осциляцій знизилася на 37,4% по відношенню до юних першороділь (3,18±0,12 поштовхів за хвилину) (P<0,05), кількість акцелерацій не зменшилась. Амплітуда акцелерацій знизилася на 12,4% (20,68±0,57 поштовхів за хвилину) (P<0,05), тривалість акцелерацій збільшилася на 13,5% (до 28,15±1,23 с) (P<0,05), а кількість децелерацій – на 40,5% (до 0,672±0,085) (P<0,05).

Амплітуда децелерацій при пологах виросла на 6,5% (до 20,2±0,39) (P<0,05), тривалість децелерацій – на 8,1% (до 20,56±0,51) (P<0,05). Показник КТГ у балах знизився на 22,6% (до 5,76±0,1) (P<0,05).

Внутрішньоутробну гіпоксію плода в юних першороділь підтверджують показники тривалості акцелерацій та децелерацій. Тривалість децелерацій збільшилася на 15,8%, а відношення тривалості акцелерацій до децелерацій знизилось на 17,3%.

Нами розроблений комплекс організаційно-профілактичних і лікувальних заходів, направлених на профілактику і зниження ускладнень вагітності та пологів, захворювань новонароджених:

а) організаційно-профілактичні заходи:

– раннє охоплення спостереженням вагітних (терміном до 12 тижнів). При пізньому звертанні (після 28 тижнів) – госпіталізація у відділення патології вагітних для повного клінічного та лабораторного обстежень;

– психологічна та медична підготовки вагітних до пологів, вироблення пологової домінанти;

– терміни госпіталізації у стаціонар – 12, 20-22 і 30-32 тижні вагітності.

б) немедикаментозна терапія:

– індуктоterapia на ділянку нирок, через день, 7-8 процедур з 22 тижня вагітності;

– абдомінальна декомпресія, 10-12 днів, з 22-28 тижнів вагітності;

– дієтотерапія. їжа, багата на тваринний білок, сири, овочі, фрукти, вітаміни.

в) медикаментозна терапія, спрямована на покращання матково-плацентарного кровообігу шляхом:

– розширення судинної системи фетоплацентарного комплексу;

– розслаблення мускулатури матки;

– покращання реологічних і коагуляційних властивостей крові;

– покращання метаболічної функції плаценти.

Для цього ми включали вазоактивні препарати (еуфілін – 2,4%-ний розчин – по 10 мл на 5%-ному розчині глюкози, через день, до 5 разів; компламін – по 0,15 г 3 рази в день, 2 тижні; тиклід – по 0,25 г після прийому їжі, 2 тижні); токолітики (партусистен 0,5 мг в 500 мл 5%-ного розчину глюкози внутрішньовенно 16-20 крапель на хвилину, 3-8 днів, потім в таблетках (0,005 г), протягом 14-18 днів); засоби, що впливають на реокоагуляційні властивості крові (реополіплюкін – по 400 мл внутрішньовенно, 2-3 рази на тиждень, гепарин по 5000 ОД з колоїдними розчинами або фраксипарин в шприц-тюбиках по 0,3 мл один раз на добу в підшкірну клітковину передньої черевної стінки, 7-8 днів); засоби, що покращують газообмін та метаболізм (оротат калію по 0,5 г 3 рази на день, протягом 14-21 дня, рибоксин по 0,2 г 3 рази на добу, протягом 4-6 тижнів, есенціале по 5-10 мл внутрішньовенно на

автокрові через день протягом 10-14 днів); препарати заліза: фероплекс по 2 драже 4 рази на добу; ферамід по 0,1 г 3 рази на добу, протягом 14-30 днів.

Для підвищення порогу збудливості в юних першороділь використовували адаптогени: а) екстракт трави пустирника по 20 крапель 3 рази в день, 2-3 тижні; б) настій валеріани по 20-25 крапель 3 рази в день, 2-3 тижні.

Ефективність даного комплексу медикаментозних засобів контролювалась показниками гормонів, КТГ, морфологічними і біохімічними показниками крові. Після лікування рівень гормонів нормалізувався, спостерігалися достовірні зміни показників КТГ, рівень гемоглобіну виріс на 8,5%, нормалізувалися показники коагулограми.

Висновки.

1. В юних першороділь, які перенесли під час пологів гіпотонічні маткові кровотечі, здебільшого виникають порушення менструального циклу, а також серцево-судинні та ендокринологічні захворювання.

2. Юні першороділлі, які перенесли запальні та геморагічні ускладнення становлять групу високого ризику репродуктивної функції та гінекологічних захворювань. диспансерного спостереження в жіночій консультації або в центрі планування сім'ї впродовж перших двох років після пологів та проведення клініко-ендокринологічного обстеження.

3. До комплексу відновного лікування необхідно включати замісну гормональну корекцію з урахуванням ендокринологічних порушень; препарати, які підсилюють матково-плацентарний кровообіг (еуфілін, курантил, аспірин, тиклід, реополіглюкін-гепарин-тренталову суміш, токолітики), препарати, які нормалізують метаболізм та білковий обмін (оротат калію, фолієва кислота, аскорбінова кислота, токоферолу ацетат, есенціале, препарати заліза), адаптогени (настій валеріани, пустирника).

Література. 1. *Липчанська Л.Ф.* Профілактика непланованої вагітності у дівчат – підлітків: Автореф.дис. ... канд. мед. наук.- К., 1996.- 17 с. 2. *Леонов І.Т., Орел В.І.* Медико-соціальна характеристика здоров'я юних матерей в період вагітності та родов // Вопросы охраны материнства и детства.- 1990.- №4.- С. 47-49. 3. *Крупко-Большова Ю.А.* Беременность и роды у несовершеннолетних на Украине// Акушерство и гинекология.- 1991.- №9.- С. 29-31. 4. *Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А.* Гинекология детей и подростков.- Л.: Медицина,1988.- С. 250-258. 5. *Корнісць Н.Г.* Особливості перебігу вагітності при загрозі її переривання у юних і впершенароджуючих зрілого віку. Автореф.дис. ... канд.мед.наук.- К., 1993.- 16 с. 6. *Сербенко А.Г., Хоміневка З.Б., Петербурзька В.Ф., Дмитрієв Д.В.* Соціально-медичні аспекти і деякі клінічні і біохімічні особливості вагітності у підлітків // Педіатрія, акушерство, гінекологія.- 1998.- №3.- С. 94-98. 7. *Voss P., Linneke P., Haller G. et al.* Keine altersabhängigkeit bei biochemischen parametern in der schwangerschaft // Zbl. Gynkol.- 1986.- Bd.108, №20.- S.1217-1221.