

УДК: 618.36-008.64-036.1-08

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ
ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ**А.В.Семеняк, С.В. Коляндрецька*,
О.А. Андрієць**

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний
університет», КМУ «Міський клінічний
пологовий будинок №1» *
(м.Чернівці, Україна)

Резюме.

Вступ. Частота дисфункції плаценти (ДП) коливається від 20% до 50% в залежності від факторів, які ускладнюють нормальний перебіг вагітності. Незважаючи на доволі великий спектр лікарських засобів, що застосовуються для профілактики та лікування ДП, частота появи, кількість ускладнень, а також розвиток негативних побічних реакцій при лікуванні ДП не зменшуються, що потребує ефективного та безпечного лікування.

Мета. Досягнути зменшення проявів ДП шляхом проведення профілактичного лікування на етапі появи початкових ознак ДП (компенсована форма).

Матеріали і методи. Клініко-лабораторне обстеження вагітних, ультразвукове дослідження плода, біофізичний профіль плода, доплерометрія судин пуповини, імуноферментний метод з використанням сироватки крові, статистичний метод.

Результати дослідження. Проведено обстеження та лікування 50 вагітних із компенсованою формою плацентарної дисфункції. Проводилася профілактика ускладнень плацентарної дисфункції за допомогою лікування основного захворювання та тривалого перорального призначення α -ліпоевої кислоти (тіогама) та α -аміно- d -гуанідиновалеріанової кислоти (тівортин) (перша підгрупа вагітних) або за допомогою призначення α -ліпоевої внутрішньовенно впродовж 5 днів з переходом на таблетовані форми впродовж 7-10 днів, з одночасним застосуванням α -аміно- d -гуанідиновалеріанової кислоти.

Висновки. Ефективність лікування не залежить від шляху введення препаратів. При тривалому застосуванні препаратів до кінця вагітності ефективність лікування є вищою, ніж лікування впродовж кількох тижнів.

Ключові слова: дисфункція плаценти; затримка розвитку плода

Вступ

В сучасному акушерстві та перинатології актуальними є питання, пов'язані з гестаційними ускладненнями, в основі яких є порушення фізіологічної взаємодії між материнським, плацентарним і плодовим компонентами фетоплацентарної системи з розвитком дисфункції плаценти (ДП). Частота ДП коливається від 20% до 50% в залежності від факторів, які ускладнюють нормальний перебіг вагітності. Висока частота ДП обумовлена зростанням соматичної та гінекологічної захворюваності серед жінок репродуктивного віку, початкових порушень репродуктивної функції, кількості вагітних, які мають хронічні бактеріальні та вірусні інфекції. Значну роль відіграють соціально-економічні фактори – урбанізація населення, збільшення техногенного навантаження, несприятливий вплив екологічних чинників, зниження рівня життя окремих груп населення, що є фоном для підвищення рівня захворюваності жінок [1, 2].

Розвиток ДП, обумовлений морфо-функціональними змінами в плаценті, супроводжується дистресом плода, синдромом затримки розвитку плода, невиношуванням вагітності, є однією з основних причин перинатальної захворюваності та смертності. Встановлено, що 20% випадків перинатальної смертності безпосередньо пов'язано з патологією плаценти [2, 3].

Основними моментами профілактики ДП є своєчасне виявлення факторів ризику, що до-

зволяє зменшити вірогідність їх несприятливої дії на фетоплацентарну систему, проведення динамічного нагляду за пацієнтами групи ризику щодо виникнення ДП, підвищення психологічної адаптації вагітних за участю психолога в групах вагітних з високим стресогенним навантаженням і низькою стресостійкістю, своєчасне виявлення акушерських ускладнень і екстрагенітальних захворювань з подальшою госпіталізацією вагітних для проведення стаціонарного лікування [4].

Для профілактики розвитку ускладнень плацентарної дисфункції використовують різноманітні методи, такі як застосування препаратів, що впливають на тонус судин, агрегаційний стан крові, однак, через системний вплив на організм, можуть призвести до перерозподілу крові, зниження маткового кровотоку, дистресу плода, використовують також антиоксиданти, гепатопротектори, ноотропи, адаптогени, комплексні фітопрепарати, що містять екстракт валеріани, глоду, меліси, хмелю, перцевої та лимонної м'яти, новопасит, персен. До комплексної терапії включають ендоназальну гальванізацію, голкорексфлексотерапію, системну ензимотерапію (вобензим). При ДП застосовують розчин актовегіну з метою попередження гіпоксичних пошкоджень органів плода за рахунок збільшення інтенсивності колатерального кровотоку, зниження активації та адгезії тромбоцитів, поліпшення мікроциркуляції в плаценті [4, 5].

Незважаючи на доволі великий спектр лікарських засобів, що застосовуються для профілак-

тики та лікування ДП, частота появи, кількість ускладнень, а також розвиток негативних побічних реакцій при лікуванні ДП не зменшуються, що потребує ефективного та безпечного лікування.

Постійний пошук сучасних методів діагностики та своєчасне лікування дозволить запобігти появі та прогресуванню синдрому затримки розвитку плода, передчасним пологам, тому проблема пошуку нових методів профілактики залишається не вирішеною та актуальною.

Мета дослідження

Досягнути зменшення проявів ДП шляхом проведення профілактичного лікування на етапі появи початкових ознак ДП (компенсована форма).

Матеріал і методи

Клініко-лабораторне обстеження вагітних, ультразвукове дослідження плода, біофізичний профіль плода, доплерометрія судин пуповини, імуноферментний метод з використанням сироватки крові, статистичний метод.

Результати та їх обговорення

Проведено обстеження та лікування 50 вагітних із компенсованою формою плацентарної дисфункції у терміні вагітності 28-34 тижнів, що становили основну групу. Лікування проводилося за умови порушення синтезу вільного естріолу та плацентарного лактогену (зниження показників нижче середньої норми). Показники стану плода (кардіотокографія, доплерометрія, біофізичний профіль плода) були в межах допустимої норми. Вагітних основної групи було розділено на дві підгрупи – першу підгрупу становили 25 вагітних, яким призначалося запропоноване лікування, другу підгрупу (підгрупу порівняння) становили 25 вагітних, яким проводилося загальноприйняте лікування із проведенням внутрішньовенного введення ліків. До групи контролю входило 20 здорових вагітних без ускладнень, пов'язаних із вагітністю.

Всім вагітним основної та контрольної груп проводилося загальноклінічне обстеження, визначення рівня плацентарного лактогену, вільного естріолу, ультразвукове обстеження стану плода, біофізичний профіль, доплерометрія, кардіотокографія.

Вагітним основної групи першої підгрупи проводилася профілактика ускладнень плацентарної дисфункції за допомогою лікування основного захворювання та призначення перорально α -ліпоєвої кислоти за схемою: тіогама одна таблетка (300-600 мг) 1 раз на добу впродовж 10-14 днів, одночасно призначався перорально препарат α -аміно-d-гуанідиновалеріанової кислоти за схемою: тівортин – по 5 мл 3-4 рази на добу впродовж 10-14 днів до завершення вагітності періо-

дичними курсами через 7-10 днів.

Вагітним основної групи другої підгрупи проводилася профілактика ускладнень плацентарної дисфункції за допомогою лікування основного захворювання та призначення α -ліпоєвої кислоти за схемою: берлігтон внутрішньовенно 24 мл (600 ОД) у 250 мл 0,9% розчину натрію хлориду впродовж 5 днів або тіагама внутрішньовенно 50 мл впродовж 5 днів, в подальшому призначалися таблетовані форми тіогами по 300-600мг 1 раз на добу впродовж 7-10 днів, одночасно призначався препарат α -аміно-d-гуанідиновалеріанової кислоти за схемою: тівортин – внутрішньо по 5 мл 3-4 рази на добу. Отже, лікування вагітних другої підгрупи основної групи відрізнялося шляхом введення препаратів, зокрема проводилося внутрішньовенне введення розчинів, та тривалістю лікування до двох тижнів.

Встановлено нормалізацію рівня плацентарного лактогену та вільного естріолу у вагітних основної групи першої та другої підгруп після семи днів лікування і невірогідну різницю при порівнянні з вагітними контрольної групи. При подальшому щотижневому визначенні рівня гормонів плаценти спостерігалася позитивна динаміка у вагітних першої підгрупи основної групи та невірогідна різниця при порівнянні з контрольною групою. У вагітних основної групи другої підгрупи спостерігалася прогресуюче зниження гормонів плаценти, що відрізнялося від аналогічних показників вагітних контрольної групи. Показники стану плода (кардіотокографія, доплерометрія, біофізичний профіль плода) були в межах норми у вагітних обох підгруп основної групи та не відрізнялися від аналогічних показників у вагітних контрольної групи.

Висновки

1. Профілактика дисфункції плаценти за допомогою призначення препаратів, що нормалізують обмін речовин, процеси метаболізму в клітинах, володіють антиоксидною та антиоксидантною дією, не залежить від шляху введення препарату, тому, з урахуванням фізіологічних змін у серцево-судинній системі під час вагітності, перевагу слід надавати пероральному введенню препаратів.

2. При тривалому застосуванні препаратів до кінця вагітності спостерігається позитивна динаміка синтезу вільного естріолу та плацентарного лактогену, що свідчить про вищу ефективність тривалого лікування, ніж лікування впродовж кількох тижнів.

Перспективи подальших досліджень

Подальше визначення стану плода у вагітних з проявами дисфункції плаценти, залежно від клінічних симптомів.

Література

1. Плацентарна недостатність: сучасні аспекти патогенезу, діагностики, профілактики та лікування / В.Є. Дашкевич, С.М. Янюта, Т.В. Коломієнко [та ін.] // Мистецтво лікування. – 2004. – №4 (10). – С.22-25.
2. Сучасні аспекти фармакологічної корекції плацентарної дисфункції / А.В. Зайченко, І.М. Риженко,

А.В. Кудина [та ін.] // Провізор – 2008. – №9. – С.15-20.

3. Семеняк А.В. Лікування плацентарної дисфункції / А.В. Семеняк, І.В.Шипчук, А.В. Панчошак // Медичний форум. – 2015. – №6. – С. 128-130.

4. Егоров Я.А. Затримка внутрішньоутробного розвитку плода в перинатальній медицині (огляд) / Я.А. Егоров, В.А.Заболотнов, А.Н.Рибалка // Здоров'я жінки. – 2015. – №4. – С. 48-51.

5. Бойко В.І. Диференційований підхід до діагностики і корекції повторної плацентарної дисфункції / В. І.Бойко, К. М.Лопатка // Здоров'я жінки. – 2015. – №3. – С. 76-77.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ДИСФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ

А.В.Семеняк, С.В.Коляндрецкая, О.А.Андриец*

Высшее государственное учебное заведение
Украины

«Буковинский государственный медицинский
университет»

(Украина, г.Черновцы)

Резюме

Введение. Частота дисфункции плаценты (ДП) колеблется от 20% до 50% в зависимости от факторов, которые осложняют нормальное течение беременности. Несмотря на довольно большой спектр лекарственных средств, применяемых для профилактики и лечения ДП, частота появления, количество осложнений, а также развитие негативных побочных реакций при лечении ДП не уменьшаются, что требует эффективного и безопасного лечения.

Цель. Достичь уменьшения проявлений ДП путем проведения профилактического лечения на этапе появления начальных признаков ДП (компенсированная форма).

Материалы и методы. Клинико-лабораторное обследование беременных, ультразвуковое исследование плода, биофизический профиль плода, доплерометрия сосудов пуповины, иммуноферментный метод с использованием сыворотки крови, статистический метод.

Результаты исследования. Проведено обследование и лечение 50 беременных с компенсированной формой плацентарной дисфункции. Проводилась профилактика осложнений плацентарной дисфункции с помощью лечения основного заболевания и длительного приема назначения α -липоевой кислоты (тиогама) и α -амино-d-гуанидиновалериановой (тивортин) (первая подгруппа беременных) или с помощью назначения α -липоевой внутривенно в течение 5 дней с переходом на таблетированные формы в течение 7-10 дней, с одновременным применением тивортина.

Выводы. Эффективность лечения не зависит от пути введения препаратов. При длительном применении препаратов до конца беременности эффективность лечения является выше, чем лечение в течение нескольких недель.

Ключевые слова: дисфункция плаценты; задержка развития плода

PREVENTION OF COMPLICATIONS OF PLACENTA DYSFUNCTION

A.V.Semenyak, S.V.Koliandretska, O.A.Andriyets'*

Higher state educational establishment of
Ukraine

«Bukovinian State Medical
University»

(Ukraine, Chernivtsi)

Summary

Introduction. The frequency of placental dysfunction (DP) ranges from 20% to 50% depending on factors that complicate the normal course of pregnancy. Despite the rather large range of drugs used to prevent and treat DP, frequency of occurrence, the number of complications and the development of adverse side effects in the treatment of DP is not reduced, which requires effective and safe treatment.

Aim. To achieve a decrease of DP through preventive treatment during the initial appearance of symptoms DP (compensated form).

Materials and methods. Clinical and laboratory examination of pregnancy, an ultrasound of the fetus, fetal biophysical profile, Doppler blood vessels of the umbilical cord, immunoenzyme method using of blood serum, statistical method.

Research results. Conducted the examination and treatment of 50 pregnant females with a compensated form of placental dysfunction. Was performed prevention of placental dysfunction using of treatment of the underlying disease and long-term oral administration of α -lipoic acid (tiohama) and α -amino-d-huanidynovalerianovoyi acid (tivortyn) (first subgroup of pregnancy) or through the appointment of α -lipoic intravenously for 5 days with the transition to tablet form within 7-10 days, while using tivortyn.

Conclusions. Effectiveness of treatment depends on the route of administration of drugs. With long-term use of drugs until the end of pregnancy the effectiveness of treatment was significantly higher than the treatment for several weeks.

Key words: dysfunction of the placenta; fetal growth retardation