

European Association of pedagogues,
psychologists and medics
“Science”



International scientific periodical journal

«THE UNITY OF SCIENCE»

Vienna, Austria, 2020

OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATION IN CASE OF THE PLACENTAL FORM OF PLACENTA DYSFUNCTION**АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ФОРМЕ ДИСФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ****АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ФОРМІ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ****Marynychyna I.N.**

*candidate of medical sciences,
assistant of the Department of Obstetrics,
Gynecology and Perinatology
Higher State Educational Institution of Ukraine
"Bukovinian State Medical University",
Chernivtsi, Ukraine*

Pecheriaha S.V.

*candidate of medical sciences,
assistant of the Department of Obstetrics,
Gynecology and Perinatology
Higher State Educational Institution of Ukraine
"Bukovinian State Medical University",
Chernivtsi, Ukraine*

Маринчина І.Н.

*кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии
Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет»,
Черновцы, Украина*

Печеряга С.В.

*кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии
Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет»,
Черновцы, Украина*

Маринчина І.М.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства, гинекології та перинатології
Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»,
Чернівці, Україна*

Печеряга С.В.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства, гинекології та перинатології
Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»,
Чернівці, Україна*

Summary. The results of the research are indicative of the fact that the placental form of placenta dysfunction stipulates a high level of premature labor — 86,7±3,6%, the frequency of cesarean section due to fetal indications — 67,7±4,9% (including urgent ones — 71,4±6,9%), infant birth with severe asphyxia — 18,9±4,6%, birth of babies with a low body weight — 82,2±4,0%.

Key words: placental dysfunction, fetal distress.

Резюме. Результаты исследования показали, что плацентарная форма дисфункции плаценты сопровождается высоким уровнем преждевременных родов — 86,7±3,6%, частоты операций кесарева сечения за показаниями со стороны плода — 67,7±4,9% (из них в ургентном порядке — 71,4±6,9%), рождения детей в асфиксии тяжелой степени в 18,9±4,6% случаев, рождения детей с малой массой — в 82,2±4,0%.

Ключевые слова: дисфункция плаценты, дистресс плода.

Резюме. Результати дослідження свідчать, що при плацентарній формі дисфункції плаценти спостерігається високий рівень передчасних пологів 86,7±3,6%, частоти операцій кесарева розтину за показаннями з боку плода — 67,7±4,9% (з них в ургентному порядку — 71,4±6,9%), народження немовлят в асфіксії важкого ступеня в 18,9±4,6% випадків, народження дітей з малою масою тіла — у 82,2±4,0%.

Ключові слова: дисфункція плаценти, дистрес плода.

Актуальність проблеми. Охорону здоров'я та суспільство в цілому хвилюють питання низької народжуваності, високої перинатальної смертності та дитячої інвалідності. Суттєвий вклад в розвиток хронічних форм патології та дитячої інвалідності вносить плацентарна дисфункція [2, 4]. Дисфункція плаценти (ДП) — ключова проблема акушерства, неонатології, так як функціональна неспроможність цього органу приводить до загрози переривання вагітності, затримки росту і розвитку плода (ЗВУР) або його загибелі. Тому життєдіяльність плода знаходиться в прямій залежності від функціонального стану плаценти [1, 2]. Плацентарна форма дисфункції плаценти є найбільш тяжкою, оскільки супроводжується високим рівнем (40%) перинатальних втрат [3, 4].

Метою даного дослідження було визначення найбільш вагомих факторів ризику виникнення дезадаптаційних змін в системі мати-плацента-плід при плацентарній формі дисфункції плаценти.

Матеріали і методи. Для реалізації поставленої мети нами проведено аналіз 90 історій пологів жінок із плацентарною формою дисфункції плаценти (діагноз підтверджений гістологічно) та 30 історій пологів жінок із неускладненим перебігом вагітності та пологів та відповідно карт розвитку новонароджених від породіль даних груп.

Результати дослідження та їх обговорення. Перерва між вагітністю та пологами має важливе значення, щодо стану здоров'я жінки та майбутньої дитини. За нашими спостереженнями дана досліджувана вагітність настала після попередніх пологів у терміні до 3-х років у 67,8±5,0% вагітних основної групи й у 13,3±6,2% вагітних контрольної групи (p<0,001), більше ніж через три роки — відповідно у 32,2±5,0% і 86,7±6,2% (p<0,001). У 36,7±5,0% вагітних основної та 3,3±3,3% контрольної груп дана вагітність настала після попередніх абортів (p<0,001), причому в 15,6±3,8% жінок основної групи дану вагітність діагностовано через 3-6 місяців після

аборту. Тільки у двох жінок із плацентарною дисфункцією перебіг вагітності фізіологічний, що становить 2,2±1,5%. Звертає на себе увагу, що групу ризику по розвитку плацентарної форми дисфункції плаценти складають жінки в анамнезі у яких спостерігався високий рівень мимовільних викиднів в I триместрі вагітності 20,0±4,2% (3,3±3,3% в контрольній групі) (p<0,05). Особливо значною була загроза переривання вагітності в другому триместрі 42,2±5,2% проти 10,0±5,5% у групі контролю (p<0,001). Антенатальна загибель плоду в 22-34 тижні (21,1±4,3% і 3,3±3,3%) (p<0,05) та рівень передчасних пологів також були достовірно більшими — 23,3±4,5% і 6,7±4,6% (p<0,05). Вагітність завершилася терміновими пологами в основній групі у 12 (13,3±3,6%) вагітних, передчасними — у 78 (86,7±3,6%) жінок. Аналогічний показник у контрольній групі становив відповідно 90,0±5,5 і 10,0±5,5 (p<0,001).

При УЗД у вагітних з плацентарною формою дисфункції плаценти під час гестації виявлено низьке прикріплення плаценти: у нижньому сегменті матки плацента локалізувалась по передній і задній стінках у 73,76% вагітних, у тілі матки — у 14,37%, у дні матки — у 11,87%. Крім того у 86,25% вагітних даної групи за даними УЗД плацента мала змінену товщину та структуру (петрифікати, лакуни, кальцинати, кісти). У вагітних з розташуванням плаценти в нижньому сегменті матки діти народжувалися переважно з невеликою масою тіла (до 3000 г) у 92,5% випадків.

Слід відмітити, що починаючи з 33 тижнів гестації у вагітних досліджуваної групи виявлено різні стадії зрілості плаценти: в 56,25% випадків — II стадія зрілості, в 36,25% — III стадія зрілості, а починаючи з 35 тижнів гестації — в 80% випадків спостерігається III стадія зрілості.

У переважній більшості (66,7±5,0%) вагітних з плацентарною формою дисфункції плаценти пологи відбулися в терміні 34-36 тижнів гестації, у той час, як у контрольній групі цей показник стано-



вив $10,0 \pm 5,5\%$ ($p < 0,001$). В основній групі пологи з 22 по 33 тижень гестації пов'язані з антенатальною загибеллю плода в $17,8 \pm 4,0\%$ випадків, а в 34-37 тижнів гестації у $2,2 \pm 1,5\%$ випадків відбулась інтранатальна загибель, тоді як у контрольній групі розродження в ці терміни ми не спостерігали. Слід також відмітити, що у вагітних основної групи, які мали термінові пологи ($13,3 \pm 3,6\%$), останні відбулися в терміні гестації 37 тижнів, у той час як у вагітних контрольної групи вони відбулися в 39-40 тижнів і показник становив $90,0 \pm 5,5\%$.

Частота операцій кесарева розтину серед роділь із плацентарною дисфункцією становила $67,7 \pm 4,9\%$, у контрольній групі — $6,7 \pm 4,6\%$ ($p < 0,001$). Звертає на себе увагу, що в ургентному порядку, шляхом кесарського розтину розроджено $71,4 \pm 6,9\%$ вагітних. Причому основними показами для проведення оперативного розродження були покази з боку плоду: дистрес плода під час вагітності та в пологах, затримка внутрішньоутробного розвитку плода.

Новонароджених від матерів з плацентарною дисфункцією оцінювали за шкалою Апгар в 8-10 балів лише в $10,8 \pm 3,6\%$ випадках, у контролі цей показник становив $86,7 \pm 6,2\%$ ($p < 0,001$), $18,9 \pm 4,6\%$ немовлят народились в асфіксії тяжкого ступеня, в контрольній групі дана категорія дітей відсутня.

За нашими даними $82,2 \pm 4,0\%$ дітей від матерів основної групи народилися з малою масою при народженні, а в $68,9 \pm 4,9\%$

були ще й недоношеними, в контрольній групі відповідно — $6,7 \pm 4,6\%$ і $6,7 \pm 4,6\%$ ($p < 0,001$). Середня маса тіла дітей при народженні від матерів основної групи в терміні 33-36 тижнів — $1905,0 \pm 40,1$ г, в терміні 37-40 тижнів — $2290 \pm 28,3$ г, тоді як у контролі цей показник дорівнював відповідно — $3275 \pm 25,0$ і $3609 \pm 22,4$ г ($p < 0,001$). Зменшувалася і довжина тіла новонароджених ($47,3 \pm 1,3$ проти $54,1 \pm 1,6$ см) ($p < 0,01$). На другий етап виходжування переведено $74,3 \pm 7,1\%$ немовлят основної групи, усі немовлята контрольної групи виписані в задовільному стані додому.

Висновки.

1. При плацентарній формі дисфункції плаценти відмічається високий рівень передчасних пологів $86,7 \pm 3,6\%$ (у контролі — $10,0 \pm 5,5\%$) ($p < 0,001$). Причому в переважній більшості вагітних ($68,9 \pm 4,9\%$) пологи відбулися в 33-36 тижнів гестації, у той час як в контрольній групі цей показник становив $10,0 \pm 5,5\%$ ($p < 0,001$).
2. При плацентарній формі дисфункції плаценти значно зростає частота операцій кесарева розтину за показаннями з боку плода — $67,7 \pm 4,9\%$, у контрольній групі — $6,7 \pm 4,6\%$ ($p < 0,001$).
3. При плацентарній формі дисфункції плаценти в $82,2 \pm 4,0\%$ випадків спостерігається народження дітей з малою масою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойчук А.В. Діагностика і корекція порушень у фетоплацентарному комплексі вагітних після лікування неплідності / А.В. Бойчук // Вісник наукових досліджень. — 2005. — №2. — С. 74-74.
2. Зелинский А.А. Перинатальные потери и факторы риска акушерско-гинекологической патологии / А.А. Зелинский, Е.А. Карауш // сб. науч. прац. Асоціації акушерів-гінекологів України / відп. ред. Б. М. Венцківський. — К.: «Інтермед», 2005. — С. 183-187.
3. Маркін Л.Б. Диференційований підхід до корекції гемодинамічних порушень у системі мати-плацента-плід при синдромі фетоплацентарної недостатності / Л.Б. Маркін, К.Л. Шатилевич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2006. — №1(413). — С. 67-72.
4. Милованов А. П. Патология системы мать — плацента — плод. М: Медицина, 1999. — 447 с. REFERENCES

1. Bojchuk A.V. Diagnostika i korekciya porushen' u fetoplacentalnomu kompleksu vagitnih piskya likuvannya neplidnosti / A.V. Bojchuk // Visnik naukovih doslidzhen'. — 2005. — №2. — S. 74-74.
2. Zelinskij A.A. Perinatai'nye poteri i faktory riska akushersko-ginekologicheskoy patologii / A.A. Zeinskij, E.A. Karaush // sb. nauk. prac' Asociačii akusheriv-ginekologiv Ukraini / vidp. red. B. M. Vencivsk'ij. — K.: «Intermed», 2005. — S. 183-187.
3. Markin L.B. Diferencijovaniy pidhid do korekciі gemodinamichnih porushen' u sistemі mati-placenta-piid pri sindromі fetoplacentalnoі nedostatnosti / L.B. Markin, K.L. SHatilovich // Pediatriya, akusherstvo ta ginekologiya. — 2006. — №1(413). — S. 67-72.
4. Milovanov A. P. Patologiya sistemy mat' — placenta — plod. M: Medicina, 1999. — 447 s.

UDC: 616.12-008.331.1:612.821

THE MODERN VIEWS ON ARTERIAL HYPERTENSION PROVOKED BY ADVERSE INFLUENCE OF PSYCHOSOMATIC FACTORS AS A MAJOR CAUSE OF DANGEROUS CARDIOVASCULAR EVENTS

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ АГ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ВЛИЯНИЕМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, КАК ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ОПАСНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Maruschak A.V.

Assistant of the pathological physiology department of Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University"

Марущак А.В.

Ассистент кафедры патологической физиологии Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

SUMMARY. The article shows an analysis of psychosomatic factors' influence on the occurrence and progression of primary hypertension and its complications.

It is noted, that primary hypertension occupies the first place in cardiovascular diseases structure in Ukraine and also has the role of an independent predictor of such diseases as coronary arteries disease, cerebrovascular diseases, chronic heart failure, chronic renal insufficiency. The high prevalence, the trend to increase risk-prognosis values and disabling effects of arterial hypertension on physical condition (incl. for working-age population) make it an important social problem.

Arterial hypertension is rarely represented as a primary disease, it is usually combined with other cardiovascular risk factors (obesity, type 2 diabetes mellitus, atherosclerosis) that are usually diagnosed at the age of 40–50 years.

The achievement of target blood pressure value should be the main task for a clinician. Hence, insufficient adherence to the treatment is usually observed and predominantly caused by its asymptomatic clinical course with insufficient attention paid to the differential influence of psychosocial factors and psychosocial adaptations of urban and rural populations. However, at the same time, it is one of the most important aspects of arterial hypertension successful treatment.

The significant growth in psychosomatic disorders prevalence has become crucial as for mental, as for somatic disorders and, in particular, for the clinical course of arterial hypertension. Social disadaptation has an unfavourable influence on the health of urban and rural populations.