



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал
31 березень 2022

Одеса
2022

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

31 березень 2022

Виходить тричі на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.

Верстка-дизайн – Калабухова С. Ю.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих у журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.

Засновник журналу: ГО «Південна фундація медицини»

© ГО «Південна фундація медицини», 2022

© Автори наукових статей, 2022

© Оформлення Ткаченко М. С., 2022

Гшовська А. В.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології
Буковинського державного медичного університету

ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Анотація: Стаття присвячена сучасним підходам корекції змін у фетоплацентарному комплексі, матково-плацентарному кровообігу, профілактики і лікування плацентарної дисфункції у вагітних на тлі запальних захворювань жіночих статевих органів для попередження гестаційних ускладнень та перинатальної патології.

Анотация: Статья посвящается современным подходам коррекции изменений у фетоплацентарном комплексе, маточно-плацентарном кровообращении, профилактике и лечения плацентарной дисфункции у беременных на фоне воспалительных заболеваний женских половых органов для предупреждения гестационных осложнений и перинатальной патологии.

Summary: The article is devoted to modern approaches to the correction of changes in the fetoplacental complex, uteroplacental circulation, prevention and treatment of placental dysfunction in pregnant women on the background of inflammatory diseases of the female genital organs to prevent gestational complications and perinatal pathology.

Велика кількість ускладнень вагітності у хворих на тлі запальних захворювань жіночих статевих органів вимагає проведення профілактичних та лікувальних заходів в умовах жіночої консультації та відділення патології вагітних.

Науковці вважають, що профілактика і лікування плацентарної дисфункції у вагітних на тлі запальних захворювань ЖСО повинна розпочинатися з усунення причин, що викликають порушення функції і структури плаценти, а лікувальні заходи, що проводять вагітним, хворим з плацентарною дисфункцією при цій патології, повинні бути своєчасними, патогенетично обґрунтованими та комплексними [13; 16; 17; 21; 23].

Васильєва О.А. та співавт. (2016) пропонують застосовувати для лікування ПД курс комплексного застосування препарату Кардонат, який містить кокарбоксілазу, комплекс амінокислот та коферментів, що дозволяє створити оптимальну метаболічну підтримку функції плаценти та багатосторонній вплив на клітини плаценти в умовах гіпоксії [8; 14; 17; 19; 23]. Останній стимулює окиснення глюкози і жирних кислот, прискорює ріст і стимулює обмінні процеси в організмі плода при синдромі затримки його розвитку, здійснює нейро-, кардіо- і гепатопротекторну дію, знижує вміст холестерину, стимулює процеси росту клітин, і регулює клітинні мітози.

У випадках тяжкої гіпоксії плоду, до комплексу лікування ПД доцільно включати препарат антиоксидантної дії Фітомакс-β, антиоксидантна активність якого у декілька разів перевищує активність вітаміну E₁ і збільшує активність плазми крові, відповідно зменшує шкідливий вплив продуктів пероксидного окиснення ліпідів на організм вагітної. Така фармакогенетика абсолютно відповідає патогенезу ПД, зумовленої інтоксикацією. Препарат рекомендують призначати жінкам із різними формами плацентарної дисфункції [4; 6; 8; 17; 21].

Владимирова Н.Ю. та співавт., (2014) для лікування порушень функції ФПК рекомендують використовувати комплекс препаратів за такою схемою:

курантіл – 0,25 г 3 рази на добу; актовегін по 1 драже 2 рази на добу та фолієву кислоту по 1 табл. 3 рази на добу впродовж 3-4 тижнів. Таке лікування дає можливість покращити матково-плацентарний кровообіг у плода з гіпоксією, метаболічні функції плаценти та знизити перинатальну смертність, що особливо часто трапляється у жінок із запальними захворюваннями ЖСО [18].

Оскільки, провідну роль в патогенезі ПД відіграють розлади матково-плацентарного кровообігу, Маркін Л.Б. та співавт. (2014) пропонують застосовувати венотонічний та ангіопротекторний засіб «Флебодіа», експериментальне використання якого дозволило покращити відтік крові від матки до плаценти, підвищити показники плацентарного кровотоку та функціональний стан фетоплацентарної системи у жінок з вказаною патологією [7; 19; 21; 22; 24].

З метою корекції змін, які розвиваються у фетоплацентарному комплексі при ХПД часто використовують препарат «Coenzyme compositum», який володіє вазодилататорною дією, стимулює і регулює діяльність заблокованих внутрішньоклітинних ферментних систем, зокрема циклу Кребса. При застосуванні комплексного антигомтоксичного препарату Coenzym compositum у вагітних жінок з ХПД і ЗРП знижувалися показники судинного опору в матковій артерії, пупкової артерії, середній мозковій артерії, черевному відділі аорти плода. Очевидно, даний препарат доцільно застосовувати для лікування ПД у жінок на тлі ЗЗЖСО доплерометричні показники у яких мають аналогічний характер [11; 14; 19; 23].

Для зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з чинниками ризику порушень в системі мати-плацента-плід Шубіна Т.І. і співавт., (2019), для корекції плацентарної дисфункції використовували препарат Актовегін. Препарат містить виключно фізіологічні компоненти, що володіють високою біологічною активністю – органічні низькомолекулярні сполуки: амінокислоти, олігопепти-

ди, нуклеозиди, проміжні продукти вуглеводного і жирового обміну: олігосахариди, глікопептиди, електроліти і низку важливих мікроелементів. Дія Актотегіна проявляється його впливом на процеси внутрішньоклітинного метаболізму. Покращується транспорт глюкози і поглинання кисню в тканинах. Включення до клітин значної кількості кисню призводить до активації процесів аеробного окиснення, що збільшує енергетичний потенціал клітини. Активуючи клітинний метаболізм в організмі, Актотегін, посилює кровообіг ішемізованих тканин плаценти, покращує фето- і внутрішньоплацентарний кровообіг; посилює оксигенацію крові, що потрапляє до плода, підвищує стійкість мозкової тканини плода до гіпоксії за рахунок активації церебральних метаболічних процесів. За таких умов Актотегін відповідає основним ланкам патогенезу порушень ФПК на тлі ЗЖСО [13; 17; 18; 21; 24].

Грищенко О.В. і співавт. (2013) з метою профілактики ПД пропонують використовувати Актотегін в термінах 22-24 тижні, 30-32 тижні і 36-38 тижнів вагітності з курсовою дозою – 1600 мг. Спочатку препарат призначають внутрішньовенно на 500 мл 5% розчину глюкози з наступним переходом на таблетовану форму. Таке застосування сприяє зниженню передчасного розриву плідних оболонок у 2,3 рази, гіпотрофії плода в 2,4 рази, перинатальних втрат у 2 рази, затримки внутрішньоутробного розвитку плода за симетричними варіантом у 2,7 рази. Подальші результати морфологічного дослідження плацент показали, що використання Актотегіна у жінок з чинниками ризику ПД призводить до залучення всіх структурних механізмів адаптації плаценти, зберігаються морфометричні дифузні показники ворсинчастого дерева на рівні таких, як за умов фізіологічної вагітності, що є найбільш важливим компенсаторно-приспосувальним процесом, який дозволяє підтримувати життєздатність плода [16; 18; 22].

Паращук Ю.С. та Стрюков Д.В. (2018) для лікування вагітних на тлі ЗЖСО використовували цитохром С у дозі 40 мг на добу (2 рази в день

по 20 мг) впродовж 10 діб, а далі – по 20 мг на добу до 36 тижнів гестації. Оцінку ефективності лікування проводили через місяць за результатами об'єктивного дослідження. При тому спостерігали суттєву нормалізацію процесів ПОЛ-АОС.

Збереження і виношування вагітності, значною мірою залежать від способу життя жінки, соціальної поведінки та ставлення самої вагітної до ЗЖСО захворювань та ускладнень, що зумовлені останнім. Тому однією з функцій акушерської служби є профілактика і лікування ускладнень та впровадження сучасних технологій є досконалою організаційно-методичною роботою жіночих консультацій.

Застосування сучасних антибактеріальних препаратів дозволяють в більшості випадків зберегти здоров'я матері і новонародженого.

Ковганко П.А., і співавт. (2018) вказують, що введення озону значно покращує переносимість антибіотикотерапії, зменшує симптоми інтоксикації. Позитивні зрушення спостерігали також в імунній системі: підвищували клітинна і гуморальна ланки імунітету, покращувалися реологічні властивості крові. Структурні зміни кровоносних судин, які відбувалися під впливом озону в плаценті на тлі інтоксикації, призвели до нормалізації мікроциркуляції, покращання подачі кисню в тканини. При цьому, збільшувалася кількість термінальних ворсин, покращувалися процеси обміну між матір'ю і плодом. Це попереджує розвиток ХПД, хронічної внутрішньоутробної гіпоксії, внутрішньоутробної затримки розвитку плода, передчасного дозрівання плаценти.

Таким чином, ефективність лікування жінок на тлі ЗЖСО із супутньою ПД у більшій мірі залежить від обґрунтованого вибору лікарських засобів, тривалості і системності лікування основного захворювання, перебігу вагітності на тлі специфічної інтоксикації та перинатальних ускладнень, тому профілактика ПД залишається актуальною проблемою сьогодення та потребує проведення подальших наукових розробок, які направлені на вдосконалення схем лікування та методів профілактики.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Годованець Ю.Д. Плацентарна дисфункція: досвід лікування, особливості адаптації новонароджених дітей / Ю. Д. Годованець, С. Є. Касілова // Клінічна та експериментальна патологія. – 2016. – Т. 5, № 4. – С. 21-24.
2. Голяновський О.В. Комплексний підхід щодо лікування трихомонізу у вагітних та породіль / О.В. Голяновський, В.П. Мельник // Укр. пульмонолог. журн. – 2013. – № 4. – С. 31-34.
3. Диагностика и лечение внутриутробного инфицирования / Т.К. Знаменская, А.А. Писарев, О.А. Пояркова [та ін.] // Современная педиатрия. – 2016. – № 4 (13). – С. 135-139.
4. Диагностическое и прогностическое значение комплексного ультразвукового исследования при фетоплацентарной недостаточности / С.В. Новикова, В.И. Краснопольский, Л.С. Логотова [и др.] // Рос. вест. акушер.-гинекол. – 2015. – № 5. – С. 39-42.
5. Доротенко А.Ю. Ультразвуковые плацентарные факторы риска развития фетоплацентарной дисфункции / А.Ю. Доротенко // Пренатальная диагностика. – 2015. – Т. 4, № 3. – С. 237-239.
6. Задорожний В.А. Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів та його корекція / В.А. Задорожний // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2014. – № 2. – С. 74-77.
7. Игнатко И.В. Принципы терапии плацентарной дисфункции и синдрома задержки роста плода / И.В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – Т. 5, № 6. – С. 68-74.
8. Луценко Н.С. Клінічна оцінка фетоплацентарної дисфункції при ускладненому перебігу вагітності / Н.С. Луценко, Л.Р. Гераскіна, і.О. Євтерєва // Вісн. наук. дослідж. – 2013. – № 1. – С. 74-76.
9. Луценко Н.С. Клінічна оцінка фетоплацентарної дисфункції при ускладненому перебігу вагітності / Н.С. Луценко, Л.Р. Гераскіна, і.О. Євтерєва // Вісн. наук. дослідж. – 2013. – № 1. – С. 74-76.
10. Маркін Л.Б. Комплексна оцінка стану функціональної системи мати-плацента-плід при фетоплацентарній дисфункції / Л.Б. Маркін, К.Л. Шатилович // Вісн. наук. дослідж. – 2015. – № 4. – С. 58-61.

11. Москаленко Т.Я. Роль ультразвукової діагностики та кардіотокографії у разі метаболічної форми фетоплацентарної дисфункції / Т.Я. Москаленко // Ультразвукова перинатальна діагностика. – 2014. – № 17. – С. 48-51.
12. Рец Ю.В. Гормонально-гистометрические корреляции при хронической плацентарной дисфункции / Ю.В. Рец // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 12-15.
13. Рец Ю.В. Прогностическое значение регуляторных и адаптационных процессов в системе мать-плацента-плод в исходе беременности и родов / Ю.В. Рец // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 7, № 2. – С. 18-24.
14. Роль иммунного воспаления плаценты в генезе осложненного течения беременности / И.С. Сидорова, Е.И. Боровкова, И.В. Мартынова [и др.] // Вестник Российской АМН. – 2017. – № 9. – С. 32-36.
15. Роль трехмерного доплеровского исследования внутриплацентарного кровотока в оценке эффективности инфузионной терапии плацентарной дисфункции / Л.И. Титченко, В.И. Краснопольский, В.А. Туманова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 16-20.
16. Lanjouw E. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections / E. Lanjouw, J. M. Ossewaarde, A. Stary [et al.] // Int. J. STD AIDS. – 2010. – Vol. 21, No 11. – P. 729-737.
17. Van de Laar M. J. Chlamydia: a major challenge for public health / M.J. Van de Laar, S. A. Morre // Euro Surveill. – 2007. – № 1; 12 (10). – P. 1-2.
18. Sutton M. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States, 1985–2001 / M. Sutton, M. Sternberg, A. Zaidi [et al.] // Sex. Transm. Dis. – 2005. – No 32. – P. 778-784.
19. Мавров И.И. Актуальные медико-социальные проблемы хламидийной инфекции / И. И. Мавров // Дерматология и венерология. – 2009. – № 1 (11). – С. 37-41.
20. Российское общество дерматовенерологов. Инфекции, передаваемые половым путем. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – С. 413-425.
21. Лисеева З.А. Роль хламидийной инфекции в генезе бесплодия / З.А. Лисеева, В.И. Панкратова, Т.М. Потапова // Акуш. и гинекол. – 2001. – № 7. – С. 54-59.
22. Boyer C.B. Evaluation of a cognitive-behavioral, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women / C.B. Boyer, M.A. Shafer, R.A. Shaffer // Prev. Med. – 2005. – Vol. 40, No 4. – P. 420-431.
23. Sugiura-Ogasawara M. Pregnancy outcome in recurrent aborters is not influenced by chlamydia IgA and/or G. / M. Y. Sugiura-Ogasawara, P. Ozaki, T. Nakanishi [et al.] // Am. J. Reprod. Immunol. – 2005. – Vol. 53, No 1 – P. 50-53
24. Sheffield J.S. Spontaneous Resolution of Asymptomatic Chlamydia trachomatis in Pregnancy / J.S. Sheffield, W.W. Andrews, M.A. Klebanoff [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 105, No 3. – P. 557-562.