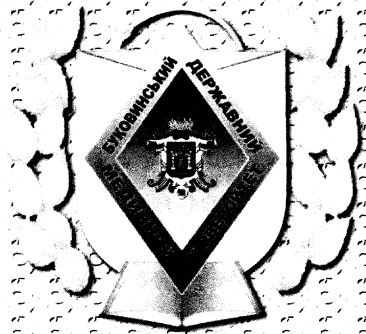


**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

93-ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу**

**БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

14, 15, 20 лютого 2012 року

Чернівці – 2012

Кравченко О.В.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ
ДИСФУНКЦІЇ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Плацентарна дисфункція (ПД) - це гострий або хронічний клініко-морфологічний симптомокомплекс, що розвивається як результат реакції плода і плаценти на різні порушення стану материнського організму.

Частота різних ускладнень плацентарної дисфункції виглядає наступним чином : анте- та інтранатальна загибель плода зустрічається в 50-60 %, перинатальне ураження ЦНС в 70-100 %, невиношування в 40-60 %, внутрішньоутробне інфікування плода в 70-80 %, затримка фізичного розвитку дітей в 60-100 %, затримка психічного розвитку дітей в 40-60 %.

Первинна плацентарна дисфункція виникає в першому триместрі вагітності. Вона пов'язана з порушенням закладки трофобласта, часто асоційована з вадами розвитку плода і його хромосомними аномаліями.

Патогенез первинної ПД обумовлений недостатністю інвазії цитотрофобласта, порушенням матково-плацентарного кровоплину, незрілістю ворсинчастого дерева, порушенням компенсаторно-приспосувальних реакцій в системі мати-плацента-плід, ураженням плацентарного бар'єру.

Основні принципи лікування первинної плацентарної дисфункції в першу чергу пов'язані з ліквідацією гормонального дисбалансу в системі мати – плід, покращенням матково-плацентарного кровообігу та мікроциркуляції, корекцією соматичної патології у матері, покращенням метаболічної функції плаценти.

Гормональна терапія (дуфастон 20мг на добу, утрожестан 200-300 мг з 8 до 18 тижня) показана при всіх видах гормонального дисбалансу в ранні терміни гестації.

Якщо у вагітної діагностована гіперандрогенія до гестагенотерапії додається дексаметазон - 0,25-0,5 мг 1 р./ день) під контролем кортизола, ДЕА-С плазми на 13, 24 і 28 тиж.

При гіпотеріозі здійснюється індивідуальний підбір дози L – тироксіна під контролем ТТГ. Профілактика і лікування йоддефіциту (йодомарин 200 мкг/добу).

При гіперпролактинемії пов'язаної з макраденомою (>1см) прийом агоністів дофаміна продовжують до 12 тиж. під контролем рівня ПРЛ. При появі симптомів зростання аденоми – призначення агоністів дофаміна 2,5 мг 2 р./добу до закінчення терміну гестації.

Курси метаболічної терапії проводять двома циклами по 10-12 днів в 10-11 тижнів, 15-16 тижнів.

Терапія, що покращує матково-плацентарний кровообіг включає в себе гілоба 40 мг 3 рази на день; ериніт 10 таблеток 3 рази на день; Mg B6 по 2 табл. 3 рази на день; фолієва кислота – 200 мг 2 рази на день; вітамін Е – 1 капс (100 мг) 2 рази в день, хофітол 200 мг 10 – 12 днів.

При загрозі переривання вагітності в першому триместрі, яка асоційована з передлежанням хоріону рекомендовано : гемостатична терапія (транексам 200-500 мг в/в 2-3 рази на добу , дигідрон, амбен 2,0 в/м або в таблетках). При наростанні тромбофілічних порушень: антикоагуляційна терапія (клексан 0,2 мл 1 – 2 рази на день), антиагреганти (тромбоас по 1 табл. 2- 3 рази на день чи курантіл 1 табл. 2 – 3 рази на день під контролем агрегації тромбоцитів).

При відшаруванні хоріону гемостатична терапія проводиться в такому ж режимі. З метою прискорення організації розсмоктування гематоми призначається ензимотерапія вобензим 3 драже 3 рази в день 2 тижні.

Дотримання алгоритму корекції первинної плацентарної дисфункції в ранні терміни гестації дає можливість забезпечити якісну інвазію цитотрофобласта, в подальшому повноцінну функцію плаценти, що ефективно впливає на стан системи мати-плацента-плід в цілому.