

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗАТВЕРДЖЕНО
Протокол Вченої ради
№ 8 від 22 грудня 2022 року

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я

Чернівці 2023

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет

Автори:

Кравченко Олена Вікторівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології, д.мед.н., професор

Міністерство охорони здоров'я України
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

№ 1-2023

Рецензенти:

- А.Г.Волянська - професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор
- Л.М. Маланчук - завідувач кафедри акушерства та гінекології №1 Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського д.мед.н., професор

напрямок впровадження:
акушерство і гінекологія

**Спосіб диференційної діагностики плацентарної дисфункції
в I триместрі гестації у вагітних різних груп ризику**

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК:

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

АВТОРИ:

О.В. Кравченко

Спосіб диференційної діагностики плацентарної дисфункції в I триместрі гестації у вагітних різних груп ризику

Олена Вікторівна Кравченко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Суть впровадження: Спосіб диференційної діагностики плацентарної дисфункції в I триместрі гестації у вагітних різних груп ризику.

Пропонується для впровадження в закладах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) акушерсько-гінекологічного профілю спосіб диференційної діагностики плацентарної дисфункції в I триместрі гестації у вагітних різних груп ризику.

Плацентарна дисфункція – це поліетіопатогенетична патологія. Частота виникнення плацентарної дисфункції у практично здорових вагітних становить 15-35% випадків, при наявності акушерської та соматичної патології цей показник сягає 24-80%. При загрозі переривання вагітності плацентарна дисфункція розвивається у 50-77% пацієнток, у вагітних з інфекційною патологією даний діагноз верифікується в 60% випадків.

У зв'язку з цим, актуальним є формування вагітних групи ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції ще в I триместрі гестації. На нашу думку, ретельному обстеженню в I триместрі мають підлягати вагітні: з клінічними ознаками загрози переривання вагітності; аномальною плацентацією; верифікованою інфекційною патологією статевих шляхів; майбутні матері, які мають гормональні порушення в анамнезі та важку екстрагенітальну патологію.

Найбільшу інформативність і цінність в діагностиці плацентарної дисфункції на ранніх термінах вагітності, безумовно, має ультразвукова оцінка стану екстраембріональних структур.

Під спостереженням було 110 вагітних груп ризику, щодо формування первинної плацентарної дисфункції, які перебували на обліку в жіночій консультації з 6-8 тижнів гестації. З обстежених 22 вагітних були з гормональними порушеннями в анамнезі, 19 пацієнток з епізодами невиношування в анамнезі, 24 жінка – з аномальним розміщенням хоріону, 4 пацієнтки – з важкою екстрагенітальною патологією, 28 – з клінічними ознаками невиношування в даній вагітності, 13 – з ознаками інфекції статевих шляхів.

Критеріями виключення з групи досліджень була багатоплідна вагітність, вагітність, яка настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, аномалії розвитку плода та внутрішніх статевих органів матері.

Діагноз плацентарної дисфункції встановлювали за даними ультразвукової оцінки стану екстраембріональних структур в 7-8, 12-13 тижнів. Верифікаційними критеріями плацентарної дисфункції були зменшення об'єму плідного яйця ($V_{\text{пЯ}}$), кровотік в жовтому тілі яєчників у вигляді локусів, зменшення об'єму хоріону ($V_{\text{х}}$) та індексу васкуляризації (VI) на 15% і більше. У обстежених вагітних дані показники суттєво відрізнялися, що і слугувало диференційно-діагностичним критеріями розвитку плацентарної дисфункції у пацієток різних груп ризику.

Так, у жінок з гормональними порушеннями в анамнезі в 40,9% випадків відмічалось зменшення об'єму плідного яйця, у вагітних з клінічними ознаками невиношування цей показник становив 46,4%, майже таким самим він був у жінок з невиношуванням в анамнезі та у пацієток з аномальним розміщенням хоріону (відповідно 42,1% та 37,5%). У інших вагітних груп ризику патологічних змін плідного яйця не було виявлено.

Що стосується змін кровотоку в жовтому тілі у вигляді «локусів», то ми спостерігали його у 33,6% всіх обстежених, при чому у вагітних з гормональними порушеннями та з невиношуванням в анамнезі цей показник був приблизно однаковим (відповідно 31,8%, 31,6%), у пацієток з аномальним розміщенням хоріону порушення кровотоку в жовтому тілі зустрічалось у 25% випадків, у вагітних з клінічними ознаками невиношування даний показник був найвищим (60,7%). Майже у всіх вагітних з екстрагенітальною патологією та інфекцією статевих шляхів кровотік у жовтому тілі візуалізувався у вигляді суцільного кільця, що відповідало фізіологічній нормі.

Об'єм хоріону у всіх обстежених коливався від 120-162 см³. У пацієток з клінічними ознаками невиношування зменшення об'єму хоріону спостерігалось у 75,0%, у жінок з обтяженим ендокринологічним та акушерським анамнезом – відповідно 50,0% та 52,6%, у вагітних з розміщенням хоріону в ділянці внутрішнього вічка – у 41,7%, у обстежених з екстрагенітальною патологією та інфекцією статевих шляхів даний показник був найменшим (25,0%; 23,1%).

У обстежених вагітних індекси васкуляризації визначалися в межах 12,6-17,1. Даний показник був знижений у 78,6% жінок з клінічними ознаками невиношування, у 57,9% вагітних із невиношуванням в анамнезі, у 40,1% пацієнток з гормональними порушеннями в анамнезі, у 37,5% - з аномальним розміщенням хоріону. Менш значні зміни цей показник зазнав у вагітних з екстрагенітальною патологією та інфекцією статевих шляхів (відповідно 25,0% та 30,8%).

Показання до застосування: вагітні різних груп ризику в I триместрі гестації.

Висновки: Визначення стану екстраембріональних структур, а саме в 7-8 тижнів вагітності – об'єму плідного яйця, характеру кровотоку в жовтому тілі; в 12-13 тижнів – об'єму хоріону, індексу його васкуляризації може слугувати диференційно-діагностичними критеріями розвитку плацентарної дисфункції у вагітних різних груп ризику.

Більш значущими показниками розвитку плацентарної дисфункції у жінок з гормональними порушеннями та невиношуванням в анамнезі були зменшення об'єму плідного яйця та об'єму хоріону. У пацієнток з клінічними ознаками невиношування в даній вагітності, з аномальним розміщенням хоріону більш достовірними верифікаційними критеріями плацентарної дисфункції було зменшення об'єму хоріону та індексу його васкуляризації. У переважної більшості вагітних з екстрагенітальною патологією та інфекцією статевих шляхів показники стану екстраембріональних структур в I триместрі гестації не відрізнялись від норми.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Розробка диференційованого лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи високого перинатального ризику» № держреєстрації 0121U110022 (01.01.2021-31.12.2025 рр.)

За додатковою інформацією з проблеми звертатися до авторів листа: Буковинський державний медичний університет, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, професор Кравченко Олена Вікторівна (58029, м. Чернівці, вул. Суворова, 16/1; моб. тел. 095-659-35-54).

Підписано до друку 16.01.2023. Формат 60х84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Обл.-вид. арк. 0,22. Ум.-друк. арк. 0,5.
Тираж 112 пр. Зам. №3-2023.
Віддруковано ФОП Лівак У.М. Реєстр № ДК-7505.
58018, м. Чернівці, вул. Головна 244/5.

Видавництво БДМУ
Свідоцтво державного реєстру
Серія ДК, №2610 від 12.09.2006 р.