

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗАТВЕРДЖЕНО

Протокол Вченої ради

№ 10 від 19 червня 2025 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,
призначену для застосування у сфері охорони здоров'я*

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет

Автори:

Юр'єва Ліля Миколаївна – доцентка закладу вищої освіти, кафедри акушерства, гінекології та перинатології, к.мед.н., доцентка.

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

№ 13 -2025

Рецензенти:

Наталія РОЖКОВСЬКА -
професор кафедри акушерства і
гінекології Одеського національного
медичного університету, доктор
медичних наук, професор.

напрям впровадження:
акушерство і гінекологія

Сергій ШУРПЯК - доктор медичних
наук, професор кафедри сімейної
медицини, кардіології та медицини
невідкладних станів ФПДО. ДНП
Львівський національний медичний
університет імені Данила
Галицького.

**Комплексний спосіб ранньої діагностики первинної плацентарної
дисфункції у вагітних групи ризику**

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК:

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

АВТОРИ:

Л.М. ЮР'ЄВА

КОМПЛЕКСНИЙ СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ГРУПИ РИЗИКУ

Юр'єва Ліля Миколаївна
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

2. Суть впровадження: з метою ранньої діагностики первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику запропоновано використовувати в І триместрі гестації комплексний підхід, що включає ультразвукову оцінку морфофункціонального стану екстраембріональних структур (плідного яйця, жовткового мішка, жовтого тіла) та доплерометричне дослідження кровотоку в маткових артеріях, міжворсинковому просторі і артеріях гравідарного жовтого тіла.

3. Рівень інновацій. Заклади охорони здоров'я (обласні, міські, районні) акушерсько-гінекологічного профілю.

4. Актуальність проблеми. Не викликає сумнівів, що порушення фізіологічних механізмів формування фето-плацентарного комплексу (ФПК) із розвитком первинної плацентарної дисфункції (ППД) у першому триместрі гестації, є домінуючою причиною розвитку акушерських ускладнень у більш пізні терміни вагітності, зумовлює антенатальне ураження плода та підвищує перинатальну захворюваність і смертність. Тому діагностика ранніх маркерів ППД є актуальною.

Доведеними патофізіологічними механізмами фізіологічного прогресування вагітності є суворі черговість у перебудові екстраембріональних структур і генетично детермінований перехід від дифузійно анаеробного до гемохоріального типу обміну.

Ризик розвитку ППД тісно пов'язаний із наявністю соматичної патології (хронічна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, порушення функції щитовидної залози), обтяженого гінекологічного (порушення менструального циклу, недостатність лютеїнової фази, хронічний ендометрит, полікістоз яєчників), акушерського (самовільні викидні, передчасні пологи,

пreekлампсія, СЗРП) анамнезів та ускладненнями у поточній вагітності, загрозливим викиднем.

Із метою ранньої діагностики ультразвукових ознак ППД нами досліджено в I триместрі гестації морфофункціональний стан екстраембріональних структур (плідного яйця, гравідарного жовтого тіла, жовткового мішка (ЖМ) - його середньо внутрішній діаметр ЖМ, наявність деформацій та дегенеративних змін). Доплерометрично досліджували кровотік у маткових артеріях та артеріях жовтого тіла за показниками індексу резистентності (ІР) та пульсаційного індексу (ПІ); реєстрували термін появи кровотоку у міжворсинковому просторі.

Згідно поставленої мети нами проведено ультразвукове дослідження 52 вагітним в I триместрі гестації. До основної групи ввійшли 30 жінок із наявністю індивідуального ризику розвитку ППД. 22 пацієнтки із фізіологічним перебігом вагітності без ризику розвитку ППД склали контрольну групу (КГ).

При аналізі результатів УЗД в I триместрі гестації у вагітних основної групи, порівняно із КГ, були виявлені достовірні відмінності морфофункціонального стану екстраембріональних структур. Гіпоплазію хоріону діагностували у 16 (53,3%) випадках проти 4 (18,2%), ретрохоріальну гематому із корпоральною локалізацією виявляли у 10 (33,3%) випадках проти 2 (9,1%), «аномальний жовтковий мішок», а саме зменшення середньо внутрішнього діаметру ЖМ ($2,27 \pm 0,22$ проти $3,96 \pm 0,12$, $p < 0,05$), його деформація та дегенеративні зміни візуалізували у 8 (26,7%) випадках проти 2 (9,1%) у КГ.

Середній об'єм жовтого тіла ($V_{\text{жт}}$) у вагітних основної групи був достовірно меншим у порівнянні із контролем ($3,3 \pm 0,52$ см³ проти $5,6 \pm 0,64$ см³, $p < 0,05$). Лише у 4 (13,3%) жінок групи ризику діагностували відсутність жовтого тіла до 12 тиж. вагітності, яку розцінювали як його ранню регресію. Виявлені відмінності відносять до діагностичних маркерів гестагенної недостатності, основної ланки порушень плацентогенезу.

За результатами аналізу доплерометричних досліджень у вагітних основної групи, у порівнянні із КТ, діагностовані достовірно вищі показники судинного опору в маткових артеріях (IP - $0,76 \pm 0,02$; ПІ - $1,59 \pm 0,04$ проти IP - $0,61 \pm 0,02$; ПІ - $1,25 \pm 0,04$, $p < 0,05$) та артеріях жовтого тіла (IP - $0,68 \pm 0,04$; ПІ - $0,81 \pm 0,02$ проти IP - $0,44 \pm 0,01$, ПІ - $0,67 \pm 0,03$, $p < 0,05$).

У більшості обстежених із ризиком розвитку ППД діагностовано передчасну (у 6-7 тиж. вагітності) появу кровотоку в міжворсинковому просторі (27 (90,0%) випадків проти 3 (13,6%) у контролі), який, як відомо, спричиняє структурні пошкодження синцитіотрофобласта внаслідок токсичної дії метаболітів активних молекул кисню, що призводить до розвитку первинної дисфункції хоріону/плаценти.

5. Висновок. З метою діагностики первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику на етапі формування фето-плацентарного комплексу, в І триместрі гестації, необхідно застосовувати комплексний підхід, із проведенням ультразвукової оцінки стану екстраембріональних структур та доплерометричного дослідження кровотоку в маткових артеріях, міжворсинковому просторі і артеріях гравідарного жовтого тіла.

Діагностичними маркерами і предикторами первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику є гіпоплазія хоріону, наявність ретрохоріальної гематоми корпоральної локалізації, «аномальний ЖМ», зменшення середнього об'єму жовтого тіла ($V_{\text{ЖТ}}$), рання (до 12 тиж.) регресія ЖТ, передчасна (у 6-7 тиж. вагітності) поява кровотоку в міжворсинковому просторі та вищі за нормативні величини показники судинної резистентності (IP, ПІ) у маткових артеріях і артеріях жовтого тіла.

6. Показання до застосування. вагітні групи ризику розвитку первинної плацентарної із наявністю соматичної патології (хронічна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, порушення функції щитовидної залози), обтяженого гінекологічного (порушення менструального циклу, недостатність лютеїнової фази, хронічний ендометрит, полікістоз яєчників), акушерського (самовільні викидні, передчасні пологи, прееклампсія, СЗРП) анамнезів та клінічними проявами загрози викидня у поточній вагітності.

7. Протипоказання до застосування: немає.

Назва, № держреєстрації, строк виконання науково-дослідної роботи, результатом якої є дана пропозиція. «Розробка диференційованого лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи високого перинатального ризику» Державний реєстраційний номер: 0121U110022. Строк виконання - 01.01.2021-31.12.2025 рр..

За додатковою інформацією із проблеми звертатися до автора листа.

Авторська довідка.

Юр'єва Ліля Миколаївна – доцентка закладу вищої освіти, кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, к.мед.н., доцент.

Адреса: 58013, , вул. Героїв Майдану 101/87, м. Чернівці,
моб. тел. 050-520-52-17.