

© А. В. Заболотна

ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ВАГІТНИХ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ВАГІТНИХ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ. У статті наведена актуальність плацентарної дисфункції серед акушерської та перинатальної патології. Серед найважливіших чинників ризику розвитку плацентарної дисфункції є вагітні з запальними захворюваннями нирок. У результаті дослідження було проаналізовано перебіг вагітності та пологів, а також стан новонароджених у даній категорії жінок та ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу. Наші результати вказують на необхідність проведення профілактичних заходів щодо розвитку плацентарної дисфункції у вагітних жінок з запальними захворюваннями нирок. Виявлення даного чинника ризику та своєчасна корекція буде підставою для неускладненого перебігу вагітності та народження здорових дітей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ. В статье приведена актуальность плацентарной дисфункции среди акушерской и перинатальной патологии. Самыми значимыми факторами риска развития плацентарной дисфункции являются беременные с воспалительными заболеваниями почек. В результате исследования были проанализированы течение беременности и родов, а также состояние новорожденных у данной категории женщин и эффективность предложенного лечебно-профилактического комплекса. Наши результаты указывают на необходимость проведения профилактических мероприятий в отношении развития плацентарной дисфункции у беременных с воспалительными заболеваниями почек. Обнаружение данного фактора риска и своевременная его коррекция будет основой для неосложненного течения беременности и рождения здоровых детей.

OPTIMIZING OF PREVENTIVE AND TREATMENT MEASURES FOR PREGNANT WOMEN WITH HIGH RISK OF PLACENTAL DYSFUNCTION. The article presents the topicality of placental dysfunction problem in obstetric and perinatal pathology. High rate of fetal and neonatal pathology caused by placental dysfunction is the fact that demands for further research of its forming mechanisms as well as development and improvement preventive and treatment strategies. Our results denote the need of placental dysfunction prevention in pregnant women with urinary tract infection. The diagnosis and treatment of urinary tract infection during pregnancy can be considered as a background for uncomplicated pregnancy and favorable neonatal outcomes.

Ключові слова: вагітність, фетоплацентарний комплекс, плацентарна дисфункція, запальні захворювання нирок.

Ключевые слова: беременность, фетоплацентарный комплекс, плацентарная дисфункция, воспалительные заболевания почек.

Key words: pregnancy, fetal-placental complex, placental dysfunction, urinary tract infection.

ВСТУП. Проблема зниження частоти перинатальної захворюваності та смертності є найбільш актуальним питанням сучасної медицини, поєднуючи інтереси акушерів-гінекологів і неонатологів. Антенатальна охорона плода має соціальне значення і на сьогодні потребує подальшого удосконалення знань про механізми адаптації та дезадаптації у системі мати – плацента – плід, що важливо з точки зору забезпечення своєчасної профілактики або лікування порушень функції фетоплацентарного комплексу.

Плацентарна дисфункція (ПД) являє собою одну з найважливіших проблем сучасного акушерства й перинатології та займає одне з перших місць серед причин перинатальної захворюваності та смертності [1, 2]. За результатами сучасних досліджень, 20–60 % випадків перинатальної смертності безпосередньо пов'язані з патологією плаценти [3, 4].

Клінічна практика та результати наукових досліджень свідчать про багатофакторну природу ПД. У зв'язку з цим іноді важко виділити який-небудь єдиний фактор розвитку даного ускладнення.

Висока частота патології плода та новонародженого у жінок із ПД та самої ПД є фактом, що вимагає подаль-

шого поглибленого вивчення механізмів її формування, розробки та вдосконалення методів її профілактики й лікування [3, 5].

Метою нашого дослідження було проведення аналізу перебігу вагітності та пологів у жінок із запальними захворюваннями нирок, що віднесені до групи високого ризику розвитку ПД, у яких комплекс лікувально-профілактичних заходів був доповнений фітопрепаратом «Канефрон Н», венотоніком та ангіопротектором «Флебодія 600 мг».

Канефрон Н – комбінований фітопрепарат, що складається з екстрактів трави золототисячника, кореня любистку та листя розмарину. Рослинні компоненти, що входять до складу препарату, виявляють комплексний ефект, що проявляється у протизапальній дії та усуненні спазму сечовивідних шляхів, сечогінному, вазодилатційному та антибактеріальному ефектах. Під впливом препарату посилюється виділення солей сечової кислоти і підвищується рН сечі до нормальних показників, що попереджає утворення та ріст конкрементів у сечовивідних шляхах. Внаслідок дії розмаринової кислоти пригнічується вивільнення медіаторів запалення, що зумовлює стійкий протизапальний ефект. Усі рослинні компоненти, що входять до складу канефрону Н, містять

речовини (фенолкарбонові кислоти, ефірні олії та ін.), що зумовлюють широку антимікробну дію препарату та потенціюють ефект терапії антибіотиками. Дія препарату на канальцеву і клубочкову системи нирок приводить до зниження виділення білка у разі протеїнурії [6].

Флебодія 600 мг поєднує властивості системного венотоніка та ангіопротектора. Препарат зменшує венозний застій завдяки підвищенню тону вен та зменшенню їх розтягнення (підвищує тропність норадреналіну до міоцитів вен), покращує мікроциркуляцію (підвищує резистентність капілярів та зменшує їх проникність), відновлює трофіку тканин, покращує лімфатичний дренаж, має протизапальну дію. Флебодія 600 мг підвищує вміст альфа-актину (скорочувального білка) у міоцитах вен, запобігає процесу дегенерації венозної стінки. Використання флебодія 600 мг забезпечує ліквідацію порушень матково-плацентарної гемодинаміки, а також захист ендотеліальних елементів спіральних артерійол. Протизапальна дія препарату здійснюється за рахунок антикомплементарної активності, гальмування вивільнення медіаторів запалення (простагландинів, лейкотриєнів), зниження продукції медіаторів запалення (лейкотриєнів) шляхом блокування ліпооксигенази [6–8].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Лікування було проведено 60 вагітним з групи високого ризику розвитку ПД. Із них 35 жінок (58,3 %) страждали від хронічного пієлонефриту з загостренням процесу під час вагітності, у 25 жінок (41,7 %) вагітність ускладнилася гестаційним пієлонефритом.

Вагітні були розподілені на дві групи. I групу – основну (40 жінок (66,7 %)) склали вагітні (Ia – 25 жінок (62,5 %) з загостренням хронічного пієлонефриту та Ib – 15 жінок (37,5 %) з гестаційним пієлонефритом), які отримували запропонований комплекс лікування, II групи – контрольній (20 жінок (33,3 %)) (IIa – 10 жінок (50,0 %) з загостренням хронічного пієлонефриту та IIb – 10 жінок (50,0 %) з гестаційним пієлонефритом) проводилося лікування за загальноприйнятою методикою (антибактеріальна, протизапальна, спазмолітична, сечогінна терапія, вітаміни).

Основній групі вагітних канефрон Н було призначено по 50 крапель тричі на добу, флебодія 600 мг – по 1 таблетці двічі на добу. Загальний курс лікування – 2–3 тижні. Загалом проведено три курси лікування: в 12–16, 26–28 та 36–40 тижнів вагітності.

У ході розробки патогенетично обґрунтованого методу профілактики ПД та оцінки його клінічної ефективності ми аналізували перебіг вагітності й пологів, а також стан плодів у жінок із групи високого ризику розвитку даної патології.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У вагітних з гестаційним пієлонефритом або загостренням хронічного пієлонефриту, які отримували запропонований комплекс (I група), спостерігалось більш швидке покращення самопочуття (зникнення болювого синдрому, дизуричних явищ, ніктурії). Нормалізація температури тіла у вагітних основної групи відбувалась вже на 2–3-тю добу, у контрольній групі – на 2–3 доби пізніше. Нормалізація аналізів сечі вже після перших 7 днів лікування відбувалась в 90,0 % випадків (36 жінок) серед жінок основної групи, тоді як у II групі – в 75,0 % (15 жінок). Рецидив захворювання виник через 3–4 тижні у 35,0 % вагітних II групи та у 15 % I групи.

За даними КТГ, стан плодів після лікування в основній групі був значно кращим, ніж у контрольній. Так, оцінку 8–10 балів отримали 95,0 % плодів у I групі та 80,0 % – у II групі, 6–7 балів – 5,0 % та 15,0 % відповідно, нижче 6 балів у I групі не було зареєстровано, в II групі – у 5,0 % плодів.

За даними ехографії, деструктивні зміни плаценти були зареєстровані в I групі у 3-х вагітних (7,5 %), тоді як у II групі – у 6-ти (30,0 %). Синдром затримки розвитку, за даними фетометрії, було відмічено у 2-х плодів I групи (5,0 %), у 4-х плодів II групи (20,0 %) (5,0 %) та у 4-х плодів II групи (20,0 %).

Показовими також були результати БПП. Наші дані свідчать про вищий рівень компенсаторних можливостей плодів у жінок, які отримували запропонований нами комплекс. Так, оцінку 10–12 балів отримали 92,5 % жінок основної групи та 75,0 % контрольної, 8–9 балів – 7,5 % та 20,0 % відповідно. У контрольній групі 5,0 % вагітних мали оцінку 6–7 балів.

Під час розгляду типів адаптаційних реакцій залежно від коливань концентрації гормонів ФПК у вагітних з гестаційним пієлонефритом, які отримували запропонований комплекс (Ib група), було встановлено, що нормальний тип реакції спостерігався в 10 (66,7 %) випадках. Дані жінки народили дітей у задовільному стані. Реакція напруження встановлена у 4-х (26,7 %) вагітних, що теж не мало відображення на стані плодів. Нестійкий тип реакції ФПК діагностований у 1 (6,6 %) вагітної. Дана дитина отримала оцінку за шкалою Апгар 6–7 балів.

У вагітних Ia групи, що отримували запропоновану схему з приводу загострення хронічного пієлонефриту, середній показник рівня ЕЗ склав $100,7 \pm 10,2$ нмоль/л, П – $327,5 \pm 34,1$ нмоль/л та ПЛ – $495,7 \pm 29,6$ нмоль/л. Переважним типом адаптації ФПК є напруження. Він виявився в 15 (60,0 %) вагітних, і як результат, 1 новонароджений цієї підгрупи народився в стані асфіксії середнього ступеня важкості. Нормальний тип реакції відмічено в 8 (32,0 %) вагітних Ia групи, які народили дітей у задовільному стані. Нестійкий тип реакції діагностовано в 2-х (8,0 %) жінок, що було відображено у вигляді гіпоксії плодів та асфіксії новонароджених – оцінка за шкалою Апгар під час народження склала 6–6 та 6–7 балів.

Дані оцінки новонароджених за шкалою Апгар у групі жінок, що отримували нашу схему лікування, підтверджують його ефективність у профілактиці ПД. Новонароджені в даній групі достовірно частіше ($p < 0,01$) народжувались з оцінкою за Апгар 8–10 балів (92,5 % проти 75,0 %) і достовірно менше ($p < 0,05$) у стані асфіксії – 7,5 % проти 25,0 % відповідно.

Також у групі жінок, що приймали в комплексному лікуванні канефрон Н та флебодію 600 мг, не зареєстровано дітей із масою тіла під час народження менше 2500,0 г. З масою тіла менше 3000,0 г в основній групі народилось 2 дітей (5,0 %), у контрольній – 4 (20,0 %), що свідчить про більшу ефективність запропонованої нами комплексної терапії для профілактики ФПН у вагітних із гестаційним або загостренням хронічного пієлонефриту.

ВИСНОВКИ. Таким чином, використання канефрону Н та флебодії 600 мг у комплексній терапії у вагітних групи високого ризику розвитку ПД на тлі запальних захворювань нирок (гестаційний пієлонефрит, загострення хронічного пієлонефриту під час вагітності) дозволяє ефективно її попереджувати. Відмічений нами позитивний вплив

внаслідок використання запропонованої лікувально-профілактичної схеми дозволяє відновлювати здатність плаценти підтримувати адекватний обмін між матір'ю та плодом, що, враховуючи добру переносимість і безпечність, говорить про доцільність використання даних препаратів у комплексному профілактичному лікуванні ПД у вагітних із запальними захворюваннями нирок.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. З метою профілактики розвитку ПД у жінок із запальними захворюваннями нирок під час вагітності на етапі жіночої консультації доцільно проводити доплерометричне дослідження стану фетоплацентарного комплексу, дослідження гормональної функції ФПС, біофізичного профілю плода.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Плацентарная недостаточность / Г. М. Савельева, М. В. Федорова, П. А. Клименко, Л. Г. Сичинава. – М. : Медицина, 1991. – 271 с.
2. Федорова М. В. Плацентарная недостаточность / М. В. Федорова // Акуш. и гинекол. – 1997. – № 5. – С. 40–43.
3. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение : учебное пособие / [О. Н. Аржанова, Н. Г. Кошелева, Т. Г. Ковалева и др.]. – СПб. : Нордмед-Издат, 2000. – 32 с.
4. Манасова Г. С. Патогенетичні основи формування, розвитку і лікування фетоплацентарної недостатності : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Г. С. Манасова. – Одеса, 1999. – 181 с.
5. Ісар С. Є. Особливості гестаційного періоду, перебігу пологів та стану плода у жінок з фетоплацентарною недостатністю / С. Є. Ісар, Л. М. Юр'єва // Збірник наук. праць Асоціації акуш.-гінек. України. – К. : Фенікс, 2001. – С. 303–305.
6. Вдовиченко Ю. П. Перспективы применения Канефрона Н в акушерской практике / Ю. П. Вдовиченко, Л. С. Шкоба // Здоровье женщины. – 2001. – № 4. – С. 46.
7. Грищенко О. В. Нові можливості фармакологічної корекції порушень кровообігу у фетоплацентарній системі / О. В. Грищенко, І. В. Лахно, А. Є. Ткачов. – Харків : Торнадо, 2002. – 42 с.
8. Профилактика и лечение варикозной болезни при беременности / А. Я. Сенчук, Т. В. Юрковская, В. И. Шупик, А. А. Квартальный // Збірник наук. праць Асоціації акуш.-гін. України. – К. : Фенікс, 2001. – С. 568–574.

Отримано 01.03.16