

СТАН МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО І ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ У ВАГІТНИХ ІЗ НАРКОМАНІЯМИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

За даними літератури, наркоманії у жінок виявляються в 20–25 %, із них 89 % хворих — жінки репродуктивного віку. Останнім часом відмічається збільшення частоти випадків та потяжчання клінічної картини наркоманії у вагітних, що часто призводить до розвитку плацентарної недостатності (ПН), фетоплацентарної недостатності (ФПН), хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода, затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), передчасних пологів [3].

Результати морфологічних досліджень стану міометрія, спіральних артеріол, тканин плаценти свідчать про наявність у вагітних із наркоманіями патологічних змін стану судинної стінки, хоріальних ворсинок, строми плаценти [4], що може являти основу для розвитку змін матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровотоку.

За даними деяких досліджень, у цілому, ПН характеризується порушенням кровотоку як у маткових артеріях, так і в артеріях пуповини. Спостереженнями [1; 6; 7] при ПН виявлені гемодинамічні зміни, які супроводжуються ЗВУР плода. Якщо плід вступає в пологи в стані гіпоксії або раніше переніс цей стан, то на фоні активного та тривалого скорочення матки можуть відбутися більш суттєві порушення в системі матка — плацента — плід, які негативним чином вплинуть на завершення пологів та перебіг раннього не-

натального періоду [2; 5; 8–11].

За даними літератури, дослідження гемодинаміки в системі матка — плацента — плід у вагітних із наркоманіями не проводилися. З нашої точки зору, з'ясування стану кровообігу може становити основу для пояснення причин високої питомої ваги ЗВУР плода у жінок з наркоманіями.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей стану матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровотоку у вагітних із наркоманіями.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами було проведено комплексне динамічне обстеження 126 жінок у III триместрі вагітності, яких було розподілено таким чином: I група — 30 вагітних із фізіологічним перебігом вагітності (ФПВ); II група — 40 вагітних із наркоманіями; III група — 36 вагітних із наркоманіями та гестозом II половини вагітності; IV група — 20 вагітних із наркоманіями та хронічним пієлонефритом (ХП). Термін вживання наркотичних речовин коливався в межах від 1 до 15 років. Середній вік жінок становив (24,6 ± 2,3) року. Серед них народжували вперше 31 (32,29 %), повторно (2-гі–7-мі пологи) — 65 (67,71 %) жінок. Вагітність закінчилася своєчасними пологами у 35 (36,46 %) жінок, 61 (63,54 %) народили в терміні 34–37 тиж вагітності.

Всім вагітним основної та контрольної групи проводило-

ся комплексне загальноклінічне обстеження, кардіотокографічне дослідження за допомогою приладу Sonicaid, ультразвукове та доплерометричне дослідження проводили на приладі Siemens "Versa" з доплерівським блоком Dornier 2000, датчиком 3,5 МГц. При доплерометричному дослідженні визначалися показники систоло-діастолічного відношення (СДВ), індекс резистентності (ІР), пульсаційний індекс (ПІ) маткових артерій, спіральних артеріол та артерій пуповини.

Результати дослідження та їх обговорення

При обстеженні жінок із фізіологічним перебігом вагітності СДВ (табл. 1) у терміні 34–36 тиж становило 1,80 ± 0,11 та в 37–40 тиж 1,73 ± 0,10, у жінок із наркоманіями відповідно 2,22 ± 0,05 і 2,11 ± 0,07, у вагітних із наркоманіями та гестозами відповідно 2,32 ± 0,11 та 2,38 ± 0,10.

У вагітних із наркоманіями та ХП у 34–36 тиж — 2,55 ± 0,13, в 37–40 тиж — 2,61 ± 0,10. Показники СДВ у спіральних артеріолах (табл. 2) у жінок із ФПВ і наркоманіями в термінах 34–36 тиж становили 1,51 ± 0,09 і в 37–40 тиж 1,50 ± 0,07, тимчасом як у жінок з наркоманіями відповідно були 1,77 ± 0,08 та 1,79 ± 0,07.

У групі вагітних із наркоманіями та розвитком гестозу 2-ї половини вагітності в терміні 34–36 тиж показник СДВ у спіральних артеріолах становив 1,79 ± 0,08 та 1,89 ± 0,09. У вагітних із наркоманією та ХП



Таблиця 1

Показники СДВ в матковій артерії у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, $M \pm m$

Групи обстежених жінок	Кількість	СДВ у матковій артерії	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	1,80±0,11	1,73±0,10
Вагітні з наркоманіями	40	2,22±0,05	2,11±0,07
Вагітні з наркоманіями і гестозом 2-ї половини вагітності	36	2,32±0,11	2,38±0,10
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	2,55±0,13	2,61±0,10
		$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,002$ $P_{1-4} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,002$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$

Таблиця 2

Показники СДВ у спіральних артеріолах у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, $M \pm m$

Групи обстежених жінок	Кількість	СДВ у спіральних артеріолах	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	1,51±0,09	1,50±0,07
Вагітні з наркоманіями	40	1,77±0,08	1,79±0,07
Вагітні з наркоманіями і гестозом 2-ї половини вагітності	36	1,79±0,08	1,89±0,09
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	1,80±0,07	1,94±0,10
		$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$

Таблиця 3

Показники СДВ в артеріях пуповини у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, $M \pm m$

Групи обстежених жінок	Кількість	СДВ у артеріях пуповини	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	2,38±0,07	2,20±0,18
Вагітні з наркоманіями	40	2,56±0,04	2,60±0,07
Вагітні з наркоманіями і гестозом 2-ї половини вагітності	36	3,12±0,12	3,28±0,08
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	3,06±0,07	3,10±0,06
		$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,002$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$

відповідно 1,80±0,07 і 1,94±0,10. Показники СДВ в артеріях пуповини у вагітних із ФПВ в терміни 34–36 та 37–40 тиж становили відповідно 2,38±0,07 та 2,20±0,18. У вагітних із наркоманіями відповідно 2,56±0,04 та 2,60±0,07. У вагітних із наркоманіями та гестозами відповідно 3,12±0,12 та 3,28±0,08. У вагітних із наркоманіями, ХП у 34–36 тиж — 3,06±0,07 та у 37–40 тиж — 3,10±0,06. Як показник периферійної судинної резистентності СДВ значно підвищується і є найбільшим у групі жінок із наркоманіями та гестозом (табл. 3).

Середньостатистичні дані показника СДВ у термінальних гілках артерії пуповини по направленості його змін співвідносяться з такими в артерії пуповини (табл. 4).

Подібні зміни характерні і для ПІ. Так, ПІ в матковій артерії у жінок із ФПВ (табл. 5) у терміни 34–36 тиж становив 0,850±0,050 та в 37–40 тиж 0,963±0,050, у вагітних із наркоманіями відповідно 0,793±0,020 і 0,730±0,030, у вагітних із наркоманіями та гестозами відповідно 0,831±0,030 та 0,860±0,050. У вагітних із наркоманіями та ХП у 34–36 тиж становив 0,820±0,020, у 37–40 тиж 0,730±0,030.

Показники ПІ в артеріях пуповини у жінок із ФПВ (табл. 6) в терміни 34–36 тиж становили 1,12±0,02 та в 37–40 тиж 1,021±0,060, у жінок із наркоманіями відповідно 1,060±0,030 і 1,041±0,040, у вагітних із наркоманіями та гестозами відповідно 1,41±0,02 та 1,046±0,030, у вагітних із наркоманіями та ХП відповідно 1,116±0,060 та 1,018±0,040. Показники ПІ в термінальних гілках артерії пуповини у вагітних із ФПВ (табл. 7) в терміни 34–36 тиж становили 1,120±0,028 та в 37–40 тиж 1,021±0,060, у жінок із наркоманіями відповідно 1,060±0,030 і 1,041±0,040, у вагітних із наркоманіями та гестозами відповідно 1,41±0,02 та 1,046±0,030. У вагітних із наркоманіями та



ХП відповідно $1,116 \pm 0,060$ та $1,018 \pm 0,040$.

Таблиця 4

Показники СДВ у термінальних гілках артерії пуповини у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, $M \pm m$

Групи обстежених жінок	Кількість	СДВ у термінальних гілках артерії пуповини	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	$1,82 \pm 0,07$	$1,84 \pm 0,07$
Вагітні з наркоманіями	40	$2,08 \pm 0,05$	$2,12 \pm 0,05$
Вагітні з наркоманіями і гестозом 2-ї половини вагітності	36	$2,46 \pm 0,07$	$2,50 \pm 0,08$
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	$2,42 \pm 0,07$	$2,47 \pm 0,09$
		$P_{1-2} < 0,01$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$

Висновки

Таким чином, при ФПВ зміни судинного опору за показниками СДВ пов'язані зі зниженням інтенсивності матково-плацентарно-плодового кровообігу. Показники СДВ, які відображають діагностичний компонент кровотоку в судинах, підкреслюють максимальне значення периферійної судинної резистентності, носять пристосовний характер і направлені на створення оптимальних умов для розвитку плода.

У вагітних із наркоманіями усіх трьох груп спостереження СДВ значно підвищується, що свідчить про порушення кровообігу в системі матка — плацента — плід. Подібні по направленості зміни характерні і для ПІ.

Таким чином, у вагітних із наркоманіями чітко простежується тенденція до зниження матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу, який не завжди збігається зі станом центрального кровообігу і високою питомою вагою синдрому ЗВУР плода. Все це потребує пошуку додаткових пояснень щодо етіогенезу морфофункціональних змін фетоплацентарного комплексу і розвитку патологічних станів плода у вагітних, які вживають наркотичні препарати.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Игнатко И. В., Стрижаков А. Н.* Современные возможности и клиническое значение исследования внутриплацентарного кровотока // *Акушерство и гинекология.* — 1997. — № 1. — С. 23-26.

2. *Медведев М. В., Стрижакова М. А.* Клиническое значение доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях при физиологическом и осложненном течении беременности // *Там же.* — 1991. — № 10. — С. 3-6.

3. *Москаленко В. Д.* Наркотики и беременность // *Вопросы наркологии.* — 1991. — № 1. — С. 39-44.

Таблиця 5

Показники ПІ в матковій артерії у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, $M \pm m$

Групи обстежених жінок	Кількість	ПІ у матковій артерії	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	$0,850 \pm 0,050$	$0,963 \pm 0,050$
Вагітні з наркоманіями	40	$0,793 \pm 0,020$	$0,730 \pm 0,030$
Вагітні з наркоманіями і гестозом 2-ї половини вагітності	36	$0,831 \pm 0,030$	$0,860 \pm 0,050$
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	$0,820 \pm 0,020$	$0,730 \pm 0,030$
			$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,05$

Таблиця 6

Показники ПІ в артеріях пуповини у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, $M \pm m$

Групи обстежених жінок	Кількість	ПІ у артеріях пуповини	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	$1,12 \pm 0,02$	$1,021 \pm 0,060$
Вагітні з наркоманіями	40	$1,060 \pm 0,030$	$1,041 \pm 0,040$
Вагітні з наркоманіями і гестозом 2-ї половини вагітності	36	$1,41 \pm 0,02$	$1,046 \pm 0,030$
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	$1,116 \pm 0,060$	$1,018 \pm 0,040$
		$P_{1-3} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$	



Таблиця 7

Показники ПІ в термінальних гілках артерії пуповини у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та наркоманіями, М±m

Групи обстежених жінок	Кількість	ПІ в термінальних гілках артерії пуповини	
		34–36 тиж	37–40 тиж
Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності	30	1,120±0,028	1,021±0,060
Вагітні з наркоманіями	40	1,060±0,030	1,041±0,040
Вагітні з наркоманіями і гестозом II половини вагітності	36	1,41±0,02	1,046±0,030
Вагітні з наркоманіями та ХП	20	1,116±0,060	1,018±0,040
		P ₁₋₃ <0,001 P ₂₋₃ <0,001 P ₃₋₄ <0,001	

4. Патоморфологія спіральних артерій матки, пупочних судів и плаценти при порушеннях материнсько-плодового кровотока / М. К. Кадыров, А. П. Милованов, И. Н. Волощук и др. // Архив патологии. — 1991. — № 11. — С. 42-49.

5. Плацентарная недостаточность / Г. М. Савельева, М. В. Федорова, П. А. Клименко, Л. Г. Сичинаева. — М.: Медицина, 1991. — 276 с.

6. Сидорова И. С., Макаров И. О. Фетоплацентарная недостаточность.

Клинико-диагностические аспекты. — М.: Знание, 2000. — 127 с.

7. Стрижаков А. Н., Игнатенко И. В., Ковалева Л. Г. Становление и развитие внутриплацентарного кровообращения при физиологической беременности // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 2. — С. 16-21.

8. Чернуха Е. А., Абубакирова А. М., Шехтман М. М. Беременность и роды высокого риска // Там же. — 2000. — № 4. — С. 9-14.

9. Alfirevic Z., Neilson J. P. Doppler ultrasonography in high-risk pregnancies: systematic review with meta-analyses // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1995. — Vol. 172. — P. 1379-1387.

10. The Doppler cerebroplacental ratio and perinatal outcome in intrauterine growth restriction / R. O. Bahado-Singh, E. Kovanci, A. Jeffres et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 180. — P. 750-756.

11. Umbilical Doppler waveforms and placental villous angiogenesis in pregnancies complicated by fetal growth restriction / T. Todros, A. Sciarone, E. Piccoli et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 93. — P. 499-503.

УДК 616.002.772:616-005.4:615.849.11-053.85

О. О. Якименко, Г. А. Тимченко

ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНИХ ХВИЛЬ ДЕЦИМЕТРОВОГО І МІЛІМЕТРОВОГО ДІАПАЗОНІВ НА СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ, АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТИЗМ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ВІКОМ ПОНАД 40 РОКІВ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Сьогодні у хворих віком понад 40 років часто діагностується поєднання ревматизму з ішемічною хворобою серця (ІХС). Актуальність даного поєднання пов'язана з більш тяжким клінічним перебігом захворювань. Хронічний запальний процес при латентній фазі ревматизму в осіб віком понад 40 років є одним з етіо-

логічних факторів розвитку атеросклерозу та проявів ІХС [1; 2]. В еритроцитах та плазмі крові хворих на атеросклероз виявляється значне підвищення концентрації малонового діальдегіду та дієнових кон'югатів, що свідчить про посилення активності перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). На фоні переваги перекисних процесів над антиоксидантним захистом посилюється акти-

вація глутатіонредуктази та глутатіонпероксидази — ферментів, що беруть участь відповідно в процесах відновлення глутатіону та розщеплення гідроперекисів [3].

Лікування хворих із поєднаною патологією є складним завданням через необхідність призначення великої кількості патогенетично обґрунтованих препаратів та можливість виникнення побічних ефектів.

