

Групи пацієнтів за станом стінки черевної аорти і рівнем холестеринемії

Група пацієнтів (частка від усіх обстежених), %	Діагностичні критерії			Вік, М±σ	Маніфестна кардіологічна патологія, %
	ЗХС, ммоль/л	АІД, у. о.	ІЛАЗ, %		
I. Відсутність судинного ураження (8,4)	<5,5, частіше <5,0	будь-який, частіше <-10	<25	20,8±3,3	0,0
II. Преліпідасоційовані зміни стінки аорти (23,3)	<5,5	будь-який, частіше <10	25–50	28,7±7,8	2,1
III. Ліпідасоційовані зміни стінки аорти (46,5)	<5,5	<19–22, частіше 10–19	≥50	47,7±13,5	33,3
IV. Судинні зміни при гіперхолестеринемії (11,9)	≥5,5	<19–22, частіше 10–19	будь-який, частіше ≥50	52,3±14,2	48,0
V. Ліпіднеасоційовані продуктивні зміни (9,9)	будь-який	≥19–22	≥50	45,9±15,3	57,1

Пацієнти II групи є групою спостереження і, можливо, потребують терапії аналогічно пацієнтам III–V груп при ранньому преліпідасоційованому судинному ураженні — у віці менше 26 років (95-та вікова центиль I групи обстежених).

Висновки

1. У результаті проведеної роботи нами виділено такі типи ураження стінки аорти: преліпідасоційоване та ліпідасоційоване, при значній гіперхолестеринемії, а також продуктивне ліпіднеасоційоване ураження.

2. Обґрунтовано необхідність і сформульовано кон-

цепцію диференційованої терапії даних типів судинного ураження з використанням гіполіпідемічних, протизапальних, імунотропних і геропрокторних засобів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Окорочов А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 6. Диагностика болезней сердца и сосудов. — М.: Мед. лит., 2002. — 464 с.
2. Климов А. Н. К спорам о холестерине // Кардиология. — 1992. — № 2. — С. 5-8.
3. Поляков А. Е. Липиды, атеросклероз и тромбоз. — Одесса: АОЗП ИРЭНТТ, 1997. — 204 с.
4. Ганджа І. М. До питання про патогенез атеросклерозу // Укр. кардіолог. журнал. — 1994. — № 1. — С. 13-16.

5. Жданов В. С., Чумаченко П. В., Дробкова И. П. Воспалительно-иммунологическая клеточная реакция в интима аорты и легочной артерии и развитие атеросклероза // Кардиология. — 2004. — № 2. — С. 40-44.

6. О повышенном риске смерти от ишемической болезни сердца у мужчин с низкой концентрацией общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности / А. М. Калинина, Л. В. Чазова, Н. В. Перова и др. // Тер. архив. — 1993. — № 4. — С. 27-32.

7. Писковацький П. М., Шпак С. В. Спосіб ультразвукової діагностики уражень черевної аорти. — Патент України № 63154 А.

8. Лалач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: МОРИОН, 2001. — 408 с.

УДК 616.12-005.4:615.838:615.825

О. Г. Юшковська

ТЕРАПЕВТИЧНЕ НАВЧАННЯ ХВОРИХ — ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ І ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Одеський державний медичний університет

Актуальність теми. Відсоток хворих, які, знаходячись на санаторно-курортному лікуванні, не дотримуються реко-

мендації лікаря, нерегулярно відвідують процедури ЛФК, не займаються лікувальною ходьбою або переривають вико-

нання процедур, не закінчивши курсу, залишається достатньо високим, що істотно знижує ефективність реабілітаційної



дії. Проблема залучення пацієнтів до участі в профілактичних, лікувальних або реабілітаційних заходах все більше привертає увагу дослідників. Виконання одержаних медичних рекомендацій — комплайнс (compliance) — залежить від багатьох чинників [1; 2]. Так, серйозною перешкодою для участі пацієнтів у медичних заходах служать психопатологічні зміни, а також такі чинники, як відношення хворого в сім'ї, на роботі та ставлення до медичного персоналу, впливають на комплайнс. На участь у фізичній реабілітації впливають інші, ніж при традиційному лікуванні, психологічні чинники, оскільки немедикаментозні методи вимагають від хворого істотних щоденних зусиль і витрат часу.

Нині в світовій медичній практиці визнано, що одним із прогресивних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних із лікуванням хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі й ішемічної хвороби серця (ІХС), є організація системи терапевтичного навчання хворих [3; 4]. Участь в освітній програмі формує правильне уявлення про хворобу, чинники ризику її виникнення й умови прогресування, що дозволяє хворому чіткіше виконувати комплекс рекомендацій протягом тривалого часу, формує активну життєву позицію самих пацієнтів і їх близьких у подальшому процесі оздоровлення. Навчання правилам самоконтролю основних фізіологічних параметрів організму, методам профілактики дозволяє зменшити ризик розвитку ускладнень, що приводить до стабілізації стану пацієнтів.

Мета дослідження — розробити, обґрунтувати і впровадити методику терапевтичного навчання хворих на ІХС «Школа кардіологічного хворого» — «Міський університет здоров'я» з метою підвищення ефективності первинної та вторинної профілактики ІХС,

посилення комплайнсу хворих до засобів фізичної реабілітації, формування стереотипу здорового способу життя.

Матеріали та методи дослідження

Передумовою для розробки методики терапевтичного навчання хворих на ІХС «Школа кардіологічного хворого» стали наші спостереження про ступінь залучення хворих у процес реабілітації та дані літератури, в яких наголошується, що значна частина хворих, незважаючи на ретельне роз'яснення, рекомендацій лікаря не виконує [5; 6]. Тільки половина хворих на ІХС регулярно приймає призначене медикаментозне лікування, а в немедикаментозному лікуванні (лікувальна фізична культура, дієтичні заходи) бере активну участь не більше третини хворих.

Коло проблем, з якими необхідно ознайомити і навчити їх розв'язувати хворих на ІХС, достатньо широке. Воно включає: навчання хворого оцінці симптомів головного захворювання та його загострення, заходи невідкладної самопомогі, боротьбу з чинниками ризику ІХС, нормалізацію способу життя. Хворий повинен знати суть свого захворювання і виробити правильне відношення до нього, знати мету й очікуваний ефект від заходів, що проводяться. З цією метою була створена на базі клінічного санаторію «Лермонтовський» (м. Одеса) міська «Школа кардіологічного хворого» (ШКХ). Нами розроблена структурована програма навчання хворих на ІХС, розрахована на 8 занять, тривалістю 60 хв, які проводяться двічі на тиждень. Методика викладення матеріалу складається з двох частин — теоретичної (лекція-бесіда) та практичної (навчання основам розробленої нами психофізичної гімнастики (ПФГ) [7; 8]). Викладачі ШКХ — лікарі, се-

ред яких кардіологи, невропатологи, психіатри, курортологи, лікарі ЛФК, дієтологи. Заняття в ШКХ проводять співробітники Одеського державного медуніверситету: 3 професори, доктори медичних наук, 4 доценти, кандидати медичних наук. На заняттях лектори розкривають причини виникнення хвороб, методи їх профілактики та лікування, способи відновлення здоров'я. Особлива увага приділяється способам подолання психологічних проблем. Заняття включають методологію процесу лікування, посилення мотивації до лікування, зміни способу життя хворого, організацію тісної співпраці між лікарем і хворим. Крім того, програма включає прийоми автогенного тренування та фізичного тренінгу, що дозволяє розширити обсяг лікувально-профілактичних дій, інтенсифікувати терапевтичний ефект.

Основними завданнями, що стоять перед ШКХ, є такі:

— роз'яснення хворим ролі чинників ризику в розвитку і прогресуванні ІХС;

— навчання пацієнтів сучасним методам немедикаментозної терапії, ознайомлення із засобами ЛФК, психофізичної гімнастики;

— інформування хворих на ІХС про механізм і особливості дії найважливіших лікарських засобів, які вживаються при лікуванні ІХС;

— створення мотивації успішного лікування захворювання;

— підготовка хворих до дій при виникненні у них або в оточуючих невідкладної ситуації.

З метою поліпшення якості лікування хворих на ІХС у процес навчання залучаються і члени родини хворих, що мають можливість визначати стиль життя близьких людей. Важливим є сумісне навчання як хворих на ІХС, що перенесли реконструктивні операції на коронарних судинах або інфаркт міокарда, так і



пацієнтів із вперше діагностованою ІХС, яким надається можливість наочно побачити всі наслідки погано лікованого захворювання, перспективу розвитку ускладнень.

Важливим розділом санітарно-освітньої роботи в ШКХ повинне бути роз'яснення хворим шкоди самолікування, нерегулярного прийому медикаментів або раптового, без відома лікаря, припинення їх прийому.

На санаторному етапі реабілітації частина хворих на ІХС, що припинили куріння раніше, знову починають палити, у зв'язку з цим антитютюнова пропаганда будується на роз'ясненні хворим шкоди куріння та спирається на позитивні приклади.

Відмічено, що в домашніх умовах хворі на ІХС, як правило, знижують обсяг рухової активності у вигляді прогулянок, здійснюють їх нерегулярно. Причинами цієї пасивності є як суб'єктивні чинники, так і відсутність необхідної інформації про значення руху для одужання. Хворі нерідко помилково вважають, що той обсяг рухової активності, який вони виконують, є достатнім. У зв'язку з цим, інформація на заняттях ШКХ про руховий режим і допустимі домашні навантаження повинна бути особливо чіткою, аргументованою і відповідати стану пацієнта.

Для закріплення одержаних на заняттях знань хворим вручається буклет із рекомендаціями щодо режиму, дієти, фізичної активності, лікарської та немедикаментозної терапії. В кінці буклету, якщо в цьому є необхідність, знаходяться індивідуальні рекомендації для даного хворого.

Відомо, що хворі на ІХС нерідко переживають почуття невпевненості, песимізму, тривоги за своє здоров'я, у зв'язку з чим навчальна програма на етапі реабілітації повинна носити оптимістичний характер, будуватися відповідно до

вимог «малої» психотерапії: привертати увагу хворих до позитивних зрушень у стані здоров'я, виховувати впевненість у своїх силах, в одужанні, в сприятливому прогнозі життя і, залежно від можливостей, в поверненні до праці.

У процесі навчання використовуються мультимедійні презентації, відеофільми з різних тем профілактики та лікування. Інформаційний супровід роботи ШКХ активно проводиться Одеським міським телебаченням, місцевими друкованими виданнями.

Нами були проаналізовані причини, що спонукали хворих відвідувати ШКХ. Слід зазначити, що з 207 хворих, що проходять реабілітацію в клінічному санаторії «Лермонтовський» (104 жінки і 103 чоловіки), яким було запропоновано навчання, проявили активне бажання лише 119 осіб (57 жінок і 62 чоловіки).¹ Також заняття відвідували міські хворі, що одержали відомості про роботу ШКХ із засобів масової інформації (75 жінок і 42 чоловіки).

Результати дослідження та їх обговорення

Серед причин, що спонукали хворих до відвідування занять, провідними були такі: бажання поліпшити своє лікування, щоб уникнути ускладнень хвороби (47,8 %); цікавість (15,6 %), бажання одержати конкретну інформацію про ліки і види лікування (54,1 %). При аналізі початкової інформованості хворих про своє захворювання було виявлено, що максимальні знання хворі проявляли відносно чинників ризику захворювання.

Повний курс навчання закінчили 95 (79,8 %) хворих, які проходили реабілітацію в клі-

¹ Зараз ШКХ продовжує свою роботу, дані наведені за станом на листопад 2005 року з урахуванням тримісячного катamnестичного телефонного або поштового анкетування.

нічному санаторії «Лермонтовський». Інші припинили відвідування занять з різних причин (завершення лікування в санаторії — 11 осіб, відсутність часу — 4, погане самопочуття — 6, без пояснення причини — 3).

Поліпшення соматичного статусу досягнуте у 117 (92,2 %) хворих, у 9 (7,0 %) воно не змінилося, 1 (0,8 %) припинив навчання у зв'язку з погіршенням стану здоров'я.

Вивчення віддалених результатів реабілітації проведено в середньому через 3 міс після закінчення курсу терапевтичного навчання. Всі хворі, навчені методам психофізичних тренувань, продовжували заняття в домашніх умовах. За необхідності проводилися додаткове консультування і корекція лікування. З метою самоконтролю більшість хворих вели щоденник самопочуття, де відображали динаміку стану здоров'я.

Результати контрольного обстеження показали, що виконання даної реабілітаційної програми дозволило сформувати активну, усвідомлену мотивацію, спрямовану на відновлення психосоматичного здоров'я. У хворих, які брали участь у даній програмі, відмічено зростання фізичної працездатності, поліпшення психологічного статусу, підвищення активності в соціальному житті.

Аналіз щоденників свідчить, що абсолютна більшість хворих відзначали впевнене уміння застосовувати вправи ПФГ для досягнення релаксації, більше того — регулювати емоційний стан у різних ситуаціях. Це привело до поліпшення настрою, зменшення тривоги та страху.

Вірогідним підтвердженням ефективності даної програми терапевтичного навчання є посилення комплайнсу хворих до участі в немедикаментозних методах санаторно-курортного лікування. Хворі (100,0 %),



які відвідували ШКХ, регулярно займалися ЛФК, ПФГ, лікувальною ходьбою, виконували рекомендації лікаря щодо чинників ризику прогресування захворювання (дієтичні заходи, обмеження кухонної солі в їжі, куріння, алкоголю).

Проведені дослідження підтверджують перевагу комплексного підходу, при якому органічно поєднуються як методи лікувально-профілактичних заходів, так і сучасні програми навчання хворих, що дозволяє підвищити ефективність відновного лікування і забезпечити тривалий динамічний контроль за перебігом хвороби. При цьому змінюється роль хворого в усвідомленні власних зусиль для зміни якості свого життя, виробляються нові підходи в оцінці поведінки, способу життя, підвищується самоефективність і компетентність у подоланні труднощів, соціальній активності, у відновленні працездатності. Нарешті, це дозволяє подолати одну з частих причин, що знижують рівень досягнутої компенсації на попередніх етапах лікування, а саме неузгодженість і непослідовність лікувально-оздоровчих заходів, що проводяться при рідкісних візитах хворого в поліклініку.

Таким чином, отримані результати підтверджують необхідність подальшого розвитку і впровадження в клінічну практику системи навчання хворих, що, поза сумнівом, сприятиме поліпшенню якості життя хворих на ІХС і може бути одним із напрямків розвитку кардіологічної допомоги. Навчання хворого, деяких членів його родини, які можуть вплинути на боротьбу з чинниками ризику прогресування ІХС, є важливим методом поліпшення якості лікування, прогнозу захворювання.

Програма навчання хворих на ІХС в умовах санаторно-курортного лікування показала високу ефективність: підви-

щилася дисципліна лікування, позитивно змінився спосіб життя хворих. Отримані результати свідчать про важливість використання освітньої програми як самостійного чинника реабілітації хворих на ІХС.

Аналіз результатів тримісячного катамнестичного телефонного або поштового анкетування хворих, які пройшли навчання в ШКХ, показав:

— інформованість про чинники ризику ІХС зросла з 44,5 до 100,0 %;

— щоденний контроль пульсу й АТ пацієнтами збільшився з 50,0 до 83,2 %;

— дотримувалися рекомендацій щодо вторинної профілактики ІХС 85,3 % (проти 2,6 % до участі в ШКХ);

— якість життя покращала у 94,6 %.

Таким чином, навчання в ШКХ є ефективним методом у комплексній терапії хворих на ІХС, сприяє профілактиці виникнення ускладнень, адекватному контролю пульсу й артеріального тиску та підвищенню якості життя у хворих на ІХС, рекомендується для повсюдного впровадження в практику роботи санаторно-курортних установ.

За наслідками суб'єктивної оцінки хворими якості роботи ШКХ, із тих пацієнтів, що пройшли повний курс навчання, 98,3 % осіб дали позитивну оцінку роботі ШКХ і вважали навчання доцільним. При цьому 97,0 % хворих висловилися про важливість набуття навичок ПФГ, 35,0 % хворих виділили розділ про лікарську терапію як найбільш важливий із їхньої точки зору і виявили бажання розширити пропонований обсяг інформації в цьому аспекті; 42,3 % хворих бажали пройти повторний курс навчання через деякий час після закінчення занять.

Віддалені результати продемонстрували, що дана форма роботи з пацієнтами може бути дуже ефективною в плані підвищення мотивації хворих

для дотримання рекомендацій щодо лікарської терапії та самоконтролю АТ, істотно покращує контроль захворювання, але недостатньо ефективна в зміні способу життя і модифікації чинників ризику. Досвід роботи ШКХ показав, що одноразове навчання не створює у хворих достатньої мотивації для відмови від куріння або зниження маси тіла, незважаючи на чітку інформованість про необхідність дотримання даних рекомендацій. Це свідчить про те, що для боротьби з такими надто важко змінюваними чинниками ризику, як куріння й ожиріння, необхідна триваліша робота з пацієнтами.

Безумовно, знання та мотивація до лікування, одержані при індивідуальному контакті з лікарем, також можуть істотно впливати на підвищення комплайнсу. Слід наголосити, що практично всі хворі, що проходили навчання в ШКХ, уже були під регулярним спостереженням дільничного терапевта і фахівця-кардіолога, при цьому в них були відсутні і впроваджені знання, і стійка мотивація до лікування, що, мабуть, пояснюється об'єктивними труднощами в роботі з пацієнтами при існуючій системі охорони здоров'я та низкою суб'єктивних причин.

З метою розширення контингенту хворих, що навчаються, і поглиблення знань пацієнтів про своє захворювання, чинники ризику його розвитку, а також про запобігання супровідним захворюванням, способи надання само- та взаємодопомоги у випадках загострення захворювань, була створена громадська організація «Міський університет здоров'я» (МУЗ), навчання в якому проводиться в більшому обсязі та за більшою кількістю напрямків. Річний цикл програми навчання розрахований на щотижневі вечірні заняття по два півторагодинні заняття з півгодинною перервою між ними. Форма навчання в МУЗ



— це лекційні та практичні заняття, консультаційні бесіди. Серед лекторів МУЗ — завідувачі кафедр Одеського державного медуніверситету, головні лікарі санаторіїв, диспансерів, оздоровчих центрів, що пропагують різні нетрадиційні методики оздоровлення. Лекторами МУЗ підготовлений цикл телепередач і тематичних буклетів, присвячених питанням санітарно-просвітницької роботи серед населення, що належить до груп ризику з розвитку серцево-судинних захворювань.

Пролонгований курс терапевтичного навчання має цілу низку незаперечних переваг. Украй важливим є обопільний взаємозв'язок між реабілітацією в санаторії, ШКХ і МУЗ (рисунок).

Важливим компонентом є можливість залучення широкого кола слухачів, що забезпечує виявлення груп ризику на ІХС серед населення, а також створює можливості для широкої превентивної профілактики. Незаперечною перевагою схеми терапевтичного навчання хворих на рівні «Міського університету здоров'я» є можливість консультування слухачів висококваліфікованими фахівцями в різних галузях медицини, які проводять заняття в МУЗ також з метою своєчасного направлення до амбулаторно-поліклінічних і лікувальних установ за місцем проживання і для проходження санаторно-курортного лікування в санаторії «Лермонтовський» і поглибленого навчання в «Школі кардіологічного хворого».

Підбиваючи підсумки першого півріччя поєднаної діяльності трьох взаємозв'язаних структур системи терапевтичного навчання хворих, необхідно відзначити таке:

1. Система дозволяє супроводжувати хворого від первинного виявлення захворювання до процесу етапного лікування та реабілітації.



Рисунок. Система оптимізації терапевтичного навчання хворих

2. Система дає можливість контролювати віддалені результати лікування та реабілітації в санаторії, проводити опитування й анкетування, дозволяючи зберігати зворотний зв'язок із хворими, тим самим визначаючи ефективність реабілітаційних схем.

3. Система терапевтичного навчання дозволяє виявляти осіб, які належать до груп ризику з розвитку ІХС, проводити первинну та вторинну профілактику даного захворювання.

4. Посилення комплайнсу хворих при залученні їх у процес лікування та реабілітації, формування стереотипу здорового способу життя, створення волонтерської групи з пропаганди профілактичних заходів є безперечними позитивними сторонами системи терапевтичного навчання.

Висновки

1. Програма медичної та психологічної підтримки дозволяє формувати у хворих усвідомлену мотивацію для лікування і самоконтролю, направлену зрештою на зміну поведінки і стилю життя, що зумовлює поліпшення якості їх життя.

2. Розвиток і впровадження в клінічну практику системи навчання хворих на ІХС сприяє

підвищенню ефективності відновного лікування, соціальної активності та поверненню до праці.

3. При аналізі динаміки психосоматичного стану встановлено, що в результаті цілеспрямованої дії клінічний перебіг, психосоматичний статус і ступінь задоволеності життям у хворих, що навчалися, істотно покращали. Це свідчить про те, що лікування хворих за програмою терапевтичного навчання сприяє підвищенню ефективності реабілітації хворих даної категорії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шкарин В. В. Комплайнс: оцінка і корекція // Нижегор. мед. журнал. — 2001. — № 3. — С. 92-97.

2. Коломоец Н. М., Бакшеев В. И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца: Руководство для врачей, обучающихся пациентов в школе больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. — М.: Медицина, 2003. — 336 с.

3. Конради А. О., Соболева А. В., Максимова Т. А. Обучение больных гипертонической болезнью — бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? // Артериальная гипертензия. — 2002. — № 6. — С. 39-57.

4. Крюков Н. Н., Ларина Т. А., Осипов Ю. А. Образовательные



школы в диагностике и лечении артериальной гипертензии. — Самара: Содружество Плюс, 2004. — 194 с.

5. Брюханов А. Н., Лукьяненко П. Т., Петрова А. С. «Школа гипертоника» в поликлинике // Врач. — 1998. — № 10. — С.19-20.

6. Юшковская О. Г. «Школа кардиологического больного» — пер-

спективное направление медицинской валеологии (санологии) // Материали конф. з міжнар. участю «Валеология: перші досягнення та перспективи». — К., 2005. — С. 76.

7. Патент 65865 А, UA A61H1/00. Спосіб реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця / В. С. Соколовський, О. О. Лічінакі, О. Г. Юш-

ковська. — № 2003065505. Заявл. 13.06.2003. Бюл. № 4, 2004.

8. Психофізична гімнастика у комплексній санаторно-курортній реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця: Метод. рекомендації / В. С. Соколовський, О. Г. Юшковська, Л. І. Фісенко та ін. — К.: Купріянова, 2005. — 72 с.

УДК 618.33/36-06:616-008.6]-091

І. Л. Головатюк-Юзефпольська, К. П. Головатюк, В. О. Ситнікова

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПАЦІЄНТОК ІЗ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЄЮ

Комунальна установа «Пологовий будинок № 1», Одеса

Вступ

Актуальність проблеми зумовлена зростанням ролі тромбофілічних станів у розвитку ряду ускладнень вагітності, серед яких провідні місця посідають звичне невиношування та синдром втрати плода [1; 2; 7]. Наявні дані свідчать про провідну патогенетичну роль антифосфоліпідних антитіл у порушенні імплантації, інвазії трофобласта та повноцінного функціонування матково-плацентарно-плодового комплексу протягом усього терміну гестації [2; 5]. Найбільш вивченим тромбофілічним станом, який спричинює патологічний перебіг вагітності, є антифосфоліпідний синдром (АФС) [1–3; 6; 7]. Менш вивчені інші тромбофілічні стани, зокрема гіпергомоцистеїнемія. Надалі належить встановити патогенетичні ланки розвитку порушень у системі мати — плацента — плід при вказаному стані й визначити загальні та відмінні риси різних варіантів тромбофілії для розробки патогенетично обґрунтованого лікування самої тромбофілії та спричинених нею порушень.

Мета дослідження — визначити клініко-морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу пацієнток із гіпергомоцистеїнемією.

Матеріали та методи дослідження

Досліджено 20 плацент пацієнток, які мали в анамнезі синдром втрати плода, зумовлений гіпергомоцистеїнемією (I група), та 20 плацент від жінок із фізіологічним перебігом першої вагітності (II група). Макро- і мікроскопічному дослідженню підлягали плацента, позаплацентарні оболонки та пуповина. Вивчення плаценти проводилося за методикою А. П. Мілованова та А. І. Брусилівського (1986) [4; 5]. Для мікроскопічного дослідження користувалися методами забарвлення сполучної тканини за ван Гізон, фібрину — за Шуєніновим, ретикулярних волокон — за Футом. Глікопротеїни виявляли шляхом постановки ШИК-реакції за А. Л. Шабадашем з використанням найпоширеніших методик контролю — ацетилювання, омилення й обробки зрізів амілазою слини. Глікозаміноглікани (ГАГ) визначалися шляхом

забарвлення зрізів у 0,5%-му розчині спеціально підбраного толуїдинового блакитного у фосфатному буфері при різних значеннях рН за Стідменом. Для ідентифікації глікозаміноглюкуронгліканів застосовували контроль шляхом постановки реакції м'якого і жорсткого метилування, а також деметилування зрізів, після чого здійснювали реакцію метакромасії. Ферментативний контроль проводили шляхом обробки зрізів 0,1%-м розчином ліофілізованої тестикулярної гіалуронідази при температурі 37 °С. Солі вапна визначалися за Косса.

Результати дослідження та їх обговорення

В анамнезі пацієнток I групи значною була питома вага мимовільних викиднів (35,0 %), завмерлих вагітностей (100 %). На відміну від II групи, гестаційний період пацієнток I групи ускладнювався передчасним відшаруванням хоріона та плаценти (20,0 %), загрозою переривання вагітності (25,0 %), хронічною фетоплацентарною недостатністю (ФПН — 70,0 %). Спорадичні порушення параметрів антенатальної кардіото-

