

I. В. Руденко

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК ПРИ ВИНОШУВАННІ ПЛОДА З ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ

Одеський державний медичний університет

Згідно з даними ВООЗ, у 3 % новонароджених дітей виявляють різноманітні вади розвитку. Із них 1 % — генні хвороби, 0,5 % — хромосомні хвороби, понад 2 % — природжені вади розвитку (ПВР) [1].

На момент народження дитини не всі вади розвитку діагностуються. Частота ПВР зростає протягом перших 10 років спостереження за дитиною майже у 4 рази [2].

Природжені вади розвитку ембріона, плода, новонародженого є однією з причин репродуктивних втрат, дитячої смертності, інвалідності, що являє серйозну медичну та соціальну проблему сьогодення [3].

Прогнозування та профілактика ПВР як складові комплексу заходів мають першочергове значення у роботі акушерсько-перинатальної служби. Спільна робота науковців і клініцистів, лікарів-акушерів-гінекологів і неонатологів, генетиків спрямована на виявлення факторів ризику, особливостей ранньої діагностики з метою розробки нових і вдосконалення існуючих ефективних методів профілактики, лікування в антенатальному періоді ПВР.

Вищенаведене пояснює науковий інтерес до вивчення ПВР.

Мета дослідження полягала у вивченні особливостей клінічного перебігу вагітності та лабораторної оцінки стану хоріон-ембріонального, фетоплацентарного комплексу жінок, які виношували плодів із природженими вадами розвитку.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено дослідження екологічних особливостей місць мешкання батьків дитини; особливостей анамнезу, у тому числі сімейного; акушерсько-гінекологічного; спадкової схильності; визначення соматичного стану пацієнтів. Проводилась оцінка лабораторних показників крові (загальний аналіз крові, гемограма, коагулограма, печінкові проби, вміст загального білка та білкових фракцій); дослідження сечі (урограма, проба за Зимницьким, Амбурже, Нечипоренком; бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження); виділень із піхви, уретри, цервікального каналу. Вивчалися показники гормональної функції фетоплацентарного комплексу (прогестерон, плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін людський, естріол, людський плазмовий протеїн А (PAPP-A)).

За допомогою атомно-абсорбційного методу визначався вміст макро-, мікроелементів (кальцій, магній, мідь, свинець, кадмій) у крові матері, крові з пупкового канатика. Особливу увагу приділяли вивченню вмісту оксипроліну в сечі, визначенню частоти виявлення специфічних імуноглобулінів до цитомегаловірусу, визначенню трансаміназ (глутатіон-с-трансфераз-1), гомоцистеїну. Проводилися цитогенетичне дослідження, ультразвукова оцінка стану хоріон-ембріонального і фетоплацентарного комплек-

сів. Усі одержані дані були статистично оброблені на персональному комп'ютері з використанням прикладних програм.

Обстежено 163 (100 %) вагітних, які були поділені на дві групи. До основної групи (Б) включили 136 (83,4 %) жінок, у плодів яких антенатально діагностовано ПВР. Контрольну групу (А) утворили 27 (16,6 %) вагітних із необтяженим перебігом вагітності.

Результати дослідження та їх обговорення

Вади розвитку у плода були вперше виявлені в першому триместрі у 35 (25,7 %) спостереженнях, у другому — у 82 (60,3 %), у третьому — у 19 (13,97 %).

За нозологічною ознакою поодинокі ПВР розподілені на зовнішні (щілина верхньої губи — 9 (6,6 %) випадків, опорно-рухова система — 27 (19,9 %)) і внутрішні (серцево-судинна система — 64 (47,1 %) випадки, сечовидільна система — 24 (17,6 %), пухлина черевної порожнини — 7 (5,1 %), дефект черевної стінки — 5 (3,7 %)).

Природжені вади опорно-рухової системи (полідактилія) виявлені при УЗД у 6 (22,2 %) спостереженнях у терміні 11–12 тиж. і у 21 (77,8 %) — на 20–21-му тижні.

Усі 9 (6,6 %) випадків щілини верхньої губи виявлені при УЗД у терміні гестації 10–12 тиж.

Із 64 (47,1 %) вад серцево-судинної системи в різні терміни вагітності виявлено дефект міжпередсердної перегородки



у 27 (42,2 %) плодів. Із них у терміні до 12 тиж. виявлено 1 (3,7 %) випадок, до 20 тиж. — 11 (40,7 %). Із 31 (48,4 %) випадку дефектів міжшлуночної перегородки 3 (9,7 %) діагностовано у терміні до 12 тиж., 12 (38,7 %) — до 20 тиж. Тетрада Фалло — 3 (4,7 %) спостереження та коарктація аорти — 2 (3,1 %) випадки діагностовані у терміні 18–20 тиж. вагітності.

Пізня діагностика вад розвитку серця була у 5 (18,5 %) випадках при дефектах міжпередсердної перегородки, у 16 (51,6 %) — при дефекті міжшлуночної перегородки.

Дефект черевної стінки (амфалоцеле, чи евентрація внутрішніх органів черевної порожнини — 5 (3,7 %) спостережень) діагностовано в 10 тиж. вагітності. Пухлини черевної порожнини (7 (5,1 %)) виявлені в терміні 10–11 тиж. у 100 % випадків.

Сечовидільна система (24 (17,6 %)): полікістоз (19 (70,4 %)), одна нирка (2 (8,3 %)), подвоєння нирки (3 (11,1 %)) — у 100 % спостережень виявлені в 11–12 тиж. вагітності.

Згідно з даними анамнезу, переважна більшість обстежуваних жінок та їх чоловіки постійно мешкали в місті Одесі (105 (77,2 %)) і районах Одеської області (31 (22,7 %)). Середній вік матерів становив (27 ± 2) роки, батьків — (29 ± 2) роки.

До професійних шкідливостей обстежувані зараховували роботу з комп'ютером, психоемоційні навантаження.

Серед обстежуваних матерів палила 61 (44,8 %) особа. Продовжували палити під час вагітності 23 (37,7 %). Вважали себе пасивними курцями 87 (63,9 %) вагітних. Навантаження тютюновим димом було вдома, на роботі, у громадських місцях. Харчування було незбалансованим у 115 (84,6 %) матерів і батьків дітей.

У 65 (47,8 %) шлюбних пар вагітність була запланована. Вона настала на фоні застосування контрацептивних засобів

у 12 (18,5 %) випадках, антибіотиків — у 15 (23,1 %), препаратів для зниження маси тіла — у 9 (13,8 %), протимікробних (з приводу лікування захворювань піхви) — у 11 (16,9 %). Деякі жінки приймали терапію з приводу захворювання щитоподібної залози, мастопатій.

У 8,1 % жінок вагітність настала на фоні гострого респіраторного захворювання (ГРВІ). У ранні терміни вагітності (до 3–4 тиж. гестації) хворіли на ГРВІ 9,6 % жінок.

Перші пологи були у переважної більшості спостережуваних — 107 (78,7 %), при цьому перша вагітність відмічена у 55 (40,4 %) жінок.

Клінічний перебіг вагітності мав певні особливості за триместрами гестації у жінок, що виношували плодів із ПВР. У 81 (59,6 %) жінки, що виношували плоди із вадами розвитку серця, в анамнезі був аборт, що не відбувся.

Із 136 (100 %) обстежуваних 92 (67,4 %) вказували на наявність клінічних ознак загрози раннього викидня з кров'яними виділеннями зі статевих шляхів, з приводу чого вони приймали терапію в амбулаторних і стаціонарних умовах. Курс терапії включав гормонотерапію (урагестан, дуфастон), фолієву кислоту, вітамін Е, спазмолітики, заспокійливі засоби.

Симптоми раннього токсикозу легкого та середнього ступеня тяжкості були у 85 (62,5 %) пацієнток. При цьому клінічні ознаки раннього токсикозу відмічені в усіх жінок, що виношували плодів із дефектом черевної стінки, патологією сечовидільної системи.

Загроза пізнього викидня діагностована у 65 (47,8 %) випадках у терміні від 13 до 20 тиж., а загроза передчасних пологів — у 29 (21,3 %) жінок.

Аномалії розташування хоріона, плаценти були у 17 (12,5 %) спостереженнях: низька плацентация — у 11 (64,7 %), передлежання плаценти (центральне, крайове, бокове) — у 6 (35,3 %).

Передчасне відшарування плаценти мали 45 (33,1 %) вагітних. Із них у терміні до 21 тиж. передчасне часткове відшарування нормально розташованої плаценти було у 11 (24,4 %) випадках, після 22–36-го тижня — у 15 (33,3 %) і у терміні пологів — у 19 (42,2 %) жінок.

Патологію кількості й якості навколоплідних вод визначено клінічно та за даними ультразвукового дослідження у 29 (21,3 %) вагітних: маловоддя — у 11 (37,9 %), багатоводдя — у 18 (62,1 %) жінок. У 100 % спостережень маловоддя було за наявності дефекту черевної стінки та при вадах розвитку сечовидільної системи у плода. У жінок, що виношували плодів із патологією сечовидільної системи, клінічні ознаки маловоддя поступово прогресували до терміну доношеної вагітності. Помірне багатоводдя спостерігали з 30-го тижня вагітності за наявності вад розвитку серця у плода. У 29 (45,3 %) обстежуваних із даного контингенту виявлено порушення плодово-плацентарного кровотоку І-Б ступеня за даними ультразвукової доплерометрії.

Вульвовагініт змішаного генезу у першому триместрі мали 49 (36,0 %), у другому — 87 (63,9 %) вагітних.

Гестаційна анемія першого ступеня верифікована у 61 (95,3 %) жінки, що виношували плодів із вадами розвитку серця, у 23 (95,8 %) — нирок, у 4 (80 %) — з дефектами черевної стінки, у 5 (71,4 %) — з пухлинами черевної порожнини.

Гестаційний пієлонефрит у першому триместрі діагностовано у 17 (12,5 %) жінок, у другому — у 23 (16,9 %).

Дисфункція плаценти верифікована у 49 (36 %) випадках, антенатальний дистрес плода — у 56 (41,2 %) обстежуваних.

Пологи у термін настали у 100 % вагітних. Передчасне вилиття навколоплідних вод було у 49 (36 %), слабкість (первинна, вторинна) пологової ді-



яльності — у 35 (25,7 %), інтранатальний дистрес плода — у 41 (30,1 %).

Пологи були завершені шляхом кесаревого розтину у 33,8 % випадків.

Оцінка за шкалою Апгар 8 балів була у 69,9 %, 7–6 балів — у 23,5 %, 5 балів — у 6,6 % новонароджених.

Маткова кровотеча в послідовому періоді виникла у 7 (5,1 %) роділей.

Післяпологовий період ускладнився субінволюцією матки у 8 (5,9 %) породілей.

Висновки

1. Вивчення індивідуальних особливостей анамнестичних даних матерів дає можливість розцінювати паління, гострі респіраторні вірусні інфекції, вживання деяких медикаментів у період запліднення та раннього ембріогенезу як екзогенні, не виключено епігенетичні, факто-

ри, що сприяють розвитку природжених вад у дітей.

2. Поглиблене вивчення особливостей стану здоров'я майбутньої матері на прегравідарному етапі та періоду раннього ембріогенезу дає змогу прогнозувати можливий ризик розвитку природжених вад у дітей і застосовувати профілактичні заходи.

3. Клінічний перебіг вагітності у жінок, що виношують дітей із природженими вадами розвитку, частіше, ніж у популяції, супроводжується загрозою раннього викидня, раннім токсикозом, патологією навколоплідних вод, порушенням плодово-плацентарного кровотоку, дисфункцією плаценти, дистресом плода.

4. При плануванні наступної вагітності доцільно проводити периконцепційну профілактику майбутнім батькам.

5. З метою поглибленого вивчення проблеми природже-

них вад розвитку й удосконалення прогностичних, діагностичних критеріїв, доцільно у регіонах застосовувати висококваліфікований комплексний програмний медико-соціальний підхід до цієї проблеми, що сприятиме зниженню зростання частоти природжених вад розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Пренатальна діагностика в акушерстві : современное состояние, методы, перспективы : метод. пособие* / Т. В. Кузнецова, В. Г. Вахарловский, В. С. Баранов [и др.]. — СПб. : ООО «Издательство Н-Л», 2002. — 64 с.

2. *Пренатальна діагностика наследственных и врожденных болезней* / под ред. акад ЗАН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-кор. ЗАН, проф. В. С. Баранова. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 416 с.

3. *Сладкові захворювання і природжені вади розвитку в перинатальній практиці* / В. М. Запорожан, А. М. Сердюк, Ю. І. Бажора [та ін.]. — К. : Здоров'я, 1997. — 355 с.

УДК 612.17-053.4/5

М. М. Стринадко

ВІДХИЛЕННЯ У ФІЗИЧНОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ 3–7 РОКІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

Фізичний розвиток дітей є інтегральним об'єктивним показником стану здоров'я дитини. Його порушення з'являються задовго до маніфестації власної хвороби. Водночас він є досить чутливим показником щодо різноманітних негативних впливів зовнішнього середовища. Результати численних досліджень підтверджують зв'язок порушень фізичного розвитку дітей зі змінами АТ [1–4]. З другого боку, зміни АТ, зокрема артеріальна гіпотензія, є одним із основних симптомів у дітей

із порушеннями фізичного розвитку [3]. Разом із тим, вегетосудинна дисфункція за гіпотензивним типом часто є дебютом артеріальної гіпертензії (АГ). Ефективним напрямком профілактики розвитку АГ та гіпотензивних станів є раннє виявлення дітей із групи ризику з розвитку як гіпер-, так і гіпотонічних станів і проведення корекції виявлених порушень. Вивчення показників здоров'я даної групи дітей та зв'язку з рівнем АТ дозволить визначити фактори ризику щодо розвитку у майбутньому гіпер- і гіпотензії. Адекватна оцінка рівня АТ і його

стандартизація потребують використання регіональних нормограм [6] і формування згідно з отриманими даними груп ризику.

Мета дослідження — визначити частоту відхилень фізичного розвитку у дітей 3–7 років залежно від показників АТ (діти з артеріальною гіпотензією та нормотонією).

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилися 220 дітей дошкільного віку, які за отриманими результатами АТ були розподі-

