

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ МУЛЬТИФАКТОРНОЇ ПРИРОДИ Й УСКЛАДНЕНЬ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ

Одеський державний медичний університет

Частота природжених вад розвитку (ПВР) коливається в широкому діапазоні меж (10,3–32,3 на 1000 немовлят), по Україні — 29 на 1000 немовлят, із них — 0,5 % у структурі загальної захворюваності дітей. Природжені вади розвитку є однією з основних причин анте-, інтранатальної загибелі плода, малюкової смертності. Відомо понад 4 тис. видів ПВР [5].

Переважаючо ПВР є патологією поліетиологічною. Понад 60 % їхніх причин залишаються невстановленими. Більше ніж 25 % аномалій є наслідком комплексного впливу багатьох невеликих генетичних дефектів і факторів ризику довкілля; 10–13 % пов'язані з впливом навколишнього середовища; лише 12–25 % мають суто генетичні прояви [3].

Складність виділення одного первинного ізольованого причинного фактора пояснює розробку прекоцепційної профілактики ПВР мультифакторної етіології. Прекоцепційна профілактика спадкових і природжених захворювань — це одне з важливих завдань сучасної медицини. Визначення стану здоров'я організмів майбутньої матері і батька, їхньої спадковості та спадкової схильності на етапі до планування вагітності, проведення відповідної корекції та підготовки до запліднення є важливими заходами прекоцепційної підготовки щодо зниження частоти ПВР і спадкових захворювань [1; 2].

Зниження акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які належать до групи ризику розвитку ПВР у дітей та які виношували плоди з ПВР, на підставі впровадження прекоцепційної підготовки та комплексної оцінки клініко-лабораторного перебігу вагітності, розробки лікувально-профілактичних заходів є важливим завданням сучасного акушерства [4].

Мета — на основі аналізу результатів з прогнозування, профілактики ПВР, зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які належать до групи ризику розвитку ПВР, виношували та народили дітей із ПВР, показати ефективність запропонованих і застосованих лікувально-профілактичних заходів і прекоцепційної підготовки.

Матеріали та методи дослідження

Враховуючи мультифакторну природу ПВР, були сформовані групи обстежених (таблиця). Обстежено 588 жінок, які народили дітей із ПВР серцево-судинної системи, центральної нервової системи, опорно-рухової системи, сечовидільної системи, шлунково-кишкового тракту. З них у 157 вагітних для зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень проводилася стандартна терапія, у 158 — стандартна терапія та запропоновані лікувально-профілактичні заходи, у 250 — проведена прекоцепційна

підготовка, стандартна терапія та запропоновані лікувально-профілактичні заходи [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Проведений аналіз основних показників перебігу гестаційних процесів і застосування стандартної терапії, запропонованих лікувально-профілактичних заходів і прекоцепційної підготовки у вагітних груп спостереження дають можливість простежити наявність, частоту найважливіших показників ускладнень гестаційного процесу й ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів і прекоцепційної підготовки у комплексній профілактиці акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних, які народили дітей із ПВР.

Частота кольпіту, ерозії шийки матки, гестаційного пієлонефриту, гестаційної анемії при стандартній терапії у кінці III триместру становила відповідно 109 (69,7 %); 126 (80,4 %); 147 (93,5 %); 92 (58,7 %) випадків. Застосування стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів під час вагітності дозволило знизити ці показники до 86 (54,3 %); 106 (67,4 %); 134 (84,8 %); 82 (52,2 %) спостережень відповідно, що було у 1,3; 1,2; 1,1; 1,1 разу менше щодо тільки стандартної терапії.

У групі вагітних, яким була проведена прекоцепційна підготовка на фоні стандартної терапії та запропонованих ліку-



вально-профілактичних заходів, частота вищеперерахованої патології була виявлена у 22 (8,7 %); 11 (4,37 %); 76 (30,4 %); 44 (17,4 %) випадках, що дозволило знизити частоту кольпіту, ерозії шийки матки,

гестаційного пієлонефриту, гестаційної анемії порівняно з групою, де проводилася лише стандартна терапія у 8,0; 18,7; 3,1; 3,4 рази відповідно та щодо групи зі стандартною терапією та запропонованими лікуваль-

но-профілактичними заходами — у 6,2; 15,7; 2,8; 3,0 рази відповідно.

Ознаки гестозу, гіпертонусу матки і на цьому фоні — загрози передчасних пологів (ЗПП) у групі вагітних, яким проводилася стандартна терапія, виявлені у 126 (80,4 %); 61 (39,1 %); 99 (63,0 %) випадках відповідно. Стандартна терапія у комплексі з запропонованими лікувально-профілактичними заходами знизила ці показники до 103 (65,2 %); 55 (34,8 %); 91 (58,7 %), що було менше у 1,2; 1,1; 1,1 рази відповідно, ніж при стандартній терапії. Проведення прекоцепційної підготовки та комплексної стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволило зменшити ознаки гестозу, гіпертонусу матки та загрози передчасних пологів у групі вагітних із рубцем на матці до 33 (13, %); 76 (30,4 %); 54 (21,7 %), що відносно стандартної терапії зменшилось у 6,2; 1,3; 2,9 рази, а відносно комплексної стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів — у 5,0; 1,1; 2,7 рази.

Наявність ознак гіпертрофії плаценти, венозних синусів, багатоводдя та маловоддя у групі, де проводилася лише стандартна терапія, під кінець гестації виявлена у 140 (89,1 %); 27 (17,4 %); 58 (37,0 %); 38 (23,9 %) вагітних відповідно. Стандартна терапія у комплексі з запропонованими лікувально-профілактичними заходами дозволила зменшити частоту перерахованої патології до 131 (82,6 %); 24 (15,2 %); 41 (26,1 %); 27 (17,4 %) спостережень відповідно, що у 1,1; 1,1; 1,4; 1,4 рази менше щодо лише стандартної терапії. Прекоцепційна підготовка у комплексі зі стандартною терапією та запропонованими лікувально-профілактичними заходами суттєво знизила прояви даної патології до 163 (65,2 %); 11 (4,3 %); 33 (13,0 %); 22 (8,7 %) випадків, що було у 1,4; 4,0; 2,8; 2,7 рази менше порів-

Таблиця

Результати застосування прекоцепційної підготовки та лікувально-профілактичних заходів у вагітних, які народили дітей з природженими вадами розвитку, абс. (%)

Ознаки	Основна група Б, n=315		Група В, n=250
	Стандартна терапія, n=157	Стандартна терапія + запроп. лік.-проф. заходи, n=158	Стандартна терапія + запроп. лік.-проф. заходи + прекоцепційна підготовка, n=250
Кольпіт	109 (69,7)	86 (54,3)	22 (8,7)
Ерозія шийки матки	126 (80,4)	106 (67,4)	11 (4,3)
Пієлонефрит	147 (93,5)	134 (84,8)	76 (30,4)
Анемія	92 (58,7)	82 (52,2)	44 (17,4)
Гестоз	126 (80,4)	103 (65,2)	33 (13,0)
Гіпертонус матки	61 (39,1)	55 (34,8)	76 (30,4)
Загроза передчасних пологів	99 (63,0)	91 (58,7)	54 (21,7)
Гіпертрофія плаценти	140 (89,1)	131 (82,6)	163 (65,2)
Наявність венозних синусів	27 (17,4)	24 (15,2)	11 (4,3)
Багатоводдя	58 (37,0)	41 (26,1)	33 (13,0)
Маловоддя	38 (23,9)	27 (17,4)	22 (8,7)
Порушення плацентарно-маткового кровотоку	68 (43,5)	38 (23,9)	22 (8,7)
Порушення плодово-плацентарного кровотоку	102 (65,2)	79 (50,0)	22 (8,7)
Хронічна гіпоксія	79 (50,0)	65 (41,3)	22 (8,7)
Гостра гіпоксія	7 (4,3)	3 (2,2)	—
Плацента у нижньому сегменті	92 (58,7)	69 (43,5)	87 (34,8)
Передчасне вилиття вод	38 (23,9)	27 (17,4)	33 (13,0)
Слабкість пологової діяльності	38 (23,9)	31 (19,6)	44 (17,4)
Акушерські кровотечі	34 (21,7)	31 (19,6)	11 (4,3)
Часткове відшарування плаценти	10 (6,4)	7 (4,3)	—
Кесарів розтин	46 (29,3)	32 (20,3)	15 (6,0)
Травми плода	7 (4,3)	3 (2,2)	—
6 балів за шкалою Апгар	14 (8,7)	7 (4,3)	—
Лохії	7 (4,3)	3 (2,2)	—
Ендометрит	7 (4,3)	—	—
Субінволюція матки	17 (10,9)	7 (4,3)	—
Гіпотонічні кровотечі післяопераційні	3 (2,2)	—	—
Інфільтрація швів	11 (6,9)	3 (2,2)	—



няно зі стандартною терапією і у 1,3; 3,5; 2,0; 2,0 разу менше, ніж при стандартній терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходах.

Порушення плацентарно-маткового та плодово-плацентарного кровотоку, проявами яких була хронічна та гостра гіпоксія плода, при стандартному лікуванні у III триместрі спостерігались у 68 (43,5 %); 102 (65,2 %); 79 (50,0 %); 7 (4,3 %) жінок, при стандартній терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходах — у 38 (23,9 %); 79 (50,0 %); 65 (41,3 %); 3 (2,2 %) відповідно, що було у 1,8; 1,3; 1,2; 2,0 разу менше щодо стандартного лікування. Комплексне лікування, яке включало прекоцепційну підготовку, стандартну терапію та запропоновані лікувально-профілактичні заходи, суттєво знизило частоту порушень плацентарно-маткового, плодово-плацентарного кровотоку та хронічної гіпоксії до 22 (8,7 %); 22 (8,7 %); 22 (8,7 %) випадків відповідно, що було менше щодо стандартної терапії у 5,0; 7,5; 5,7 разу та у 2,7; 5,7; 4,7 у разі комплексної стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів. Ознак гострої гіпоксії плода не спостерігалось.

Як показали УЗД, дані клінічного обстеження й обстеження матки під час кесаревого розтину, локалізація плаценти у нижньому сегменті була характерною ознакою у вагітних, які одержували стандартне лікування упродовж вагітності, у 92 (58,7 %). При комплексному лікуванні, яке включало стандартну терапію та запропоновані лікувально-профілактичні заходи, ці показники відповідно виявлялись у 69 (43,5 %) вагітних, що було у 1,3 разу менше щодо стандартної терапії.

Комплексний підхід у лікуванні, яке включало прекоцепційну підготовку, стандартну терапію та запропоновані лікувально-профілактичні заходи,

дозволив знизити частоту розміщення плаценти у нижньому відділі матки до 87 (34,8 %) випадків, що у 1,7 разу менше щодо стандартної терапії та у 1,3 разу відносно стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів.

Передчасне вилиття навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, акушерські кровотечі, часткове відшарування плаценти у групі вагітних, яким протягом вагітності проводилося стандартне лікування, становили 38 (23,9 %); 38 (23,9 %); 34 (21,7 %); 10 (6,4 %) випадків. Стандартна терапія та запропоновані лікувально-профілактичні заходи знизили частоту перерахованих ускладнень відповідно до 27 (17,4 %); 31 (19,6 %); 31 (19,6 %); 7 (4,3 %), що було у 1,4; 1,6; 1,1; 1,2 разу менше, ніж при стандартній терапії. Комплексне лікування у складі прекоцепційної підготовки, стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволило знизити наявність передчасного вилиття навколоплідних вод, слабкості пологової діяльності, акушерських кровотеч до 33 (13,0 %); 44 (17,4 %); 11 (4,3 %) випадків, що становило щодо стандартної терапії зниження у 1,8; 1,4; 5,0 разу та щодо стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів — у 1,3; 1,1; 4,6 разу відповідно. Ознак часткового відшарування плаценти у даній групі вагітних не було.

Кесарів розтин як метод розродження за поєднаними показаннями був застосований у 46 (29,3 %) вагітних, яким проводилося стандартне лікування протягом вагітності, у 32 (20,3 %) — при стандартній терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходах, що у 1,4 разу менше, ніж при стандартній терапії, та у 15 (6,0 %), яким проведена комплексно прекоцепційна підготовка, стандартна терапія та запропоновані лі-

кувально-профілактичні заходи, що було у 1,4 разу менше щодо стандартної терапії та у 1,1 разу щодо стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів.

Наявність травматизму у пологах значною мірою залежить від виду лікування, що проводиться. У групі вагітних, які одержували стандартну терапію, травми плода спостерігались у 7 (4,3 %) випадках, народження у стані глибокої гіпоксії (6 балів за шкалою Апгар) — у 14 (8,7 %). Комплексне лікування, що складалось із стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів, дозволило зменшити у 2 рази травми плода і стан глибокої гіпоксії плода (6 балів за шкалою Апгар) — до 3 (2,2 %) і 2 (4,3 %) випадків відповідно. Проведена комплексна прекоцепційна підготовка на фоні стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволила у 100 % уникнути вищеперахованих ускладнень у пологах.

У групі вагітних, де протягом гестаційного періоду проводилася стандартна терапія, у післяпологовому періоді часто виявлення лохій, ендометриту, субінволюції матки, гіпотонічних маткових кровотеч, інфільтрації швів становила відповідно 7 (4,3 %); 7 (4,3 %); 17 (10,9 %); 3 (2,2 %); 11 (6,9 %). У групі вагітних, яким проводилося комплексне лікування у вигляді стандартної терапії та запропонованих лікувально-профілактичних заходів, частота лохій, субінволюції матки, інфільтрації швів дорівнювала відповідно 3 (2,2 %); 7 (4,3 %); 3 (2,2 %) випадки, що було у 2,0; 2,5; 3,1 разу менше, ніж при стандартній терапії, а ендометрит і гіпотонічні маткові кровотечі виключені у 100 % спостережень.

При комплексній прекоцепційній підготовці на фоні стандартної терапії та запропонова-



них лікувально-профілактичних заходів ці ускладнення не визначалися.

Висновки

Для зниження ймовірності розвитку ПВР у жінок групи ризику рекомендовано проведення прекоцепційної підготовки.

Для зменшення кількості акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних, у яких діагностовано ПВР у плода, до комплексної стандартної терапії необхідно включати елементи прекоцепційної профілактики.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Генетическая медицина* / В. Н. Запорожан, В. А. Кордон, Ю. И. Бажора [и др.]. — Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2008. — 432 с.
2. *Запорожан В. Н.* Стволовые клетки / В. Н. Запорожан, Ю. И. Бажора // Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2004. — 228 с.
3. *Иммунофармакология* микроэлементов / А. В. Кудрин, А. В. Скальный, А. А. Жаворонков [и др.]. — М. : изд-во КМК, 2001. — 537 с.
4. *Мищенко В. П.* Плацентарна недостатність в умовах сучасної екологічної системи (діагностика, профілактика та лікування) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед.

наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Міщенко Валентина Павлівна. — Одеса, 1998. — 32 с.

5. *Спадкові захворювання і народжені вади розвитку в перинатальній практиці* / В. М. Запорожан, А. М. Сердюк, Ю. І. Бажора [та ін.]. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2008. — 356 с.

6. *Руденко І. В.* Прекоцепційна профілактика розвитку природжених вад мультифакторної природи / І. В. Руденко // Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здравоохранення : труды Крым. гос. мед. ун-та им. С. И. Георгиевского. — Симферополь : Изд. центр КГМУ, 2009. — Т. 145, ч. II. — С. 229-231.

УДК 616.24-002.5-07-085

Н. О. Скороходова

СТАН СИСТЕМНОГО ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ І НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ІЗ ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ

Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер,
Запорізька медична академія післядипломної освіти

Рутинні клініко-лабораторні методи, фібробронхоскопія у більшості випадків не дозволяють розрізнити інфільтративний туберкульоз легень із негативним мазком мокротиння та негоспітальну пневмонію із затяжним перебігом, що потребує додаткових обстежень [1–5]. Трансторакальна та трансbronхіальна біопсія високоінформативні щодо онкологічних процесів у легенях, проте діагностична цінність пункційної біопсії не перевищує 40 % при запальних процесах [6; 7].

Одним із додаткових обстежень є імунологічне дослідження, оскільки при виникненні інфекції в організмі людини розвиваються специфічні імунні реакції зі складними клітинними взаємодіями. Імунна відповідь, спрямована проти позаклітинно розташованих бак-

терій (стафілококів, стрептококів, збудників дифтерії, кишкових інфекцій, клостридій та ін.), переслідують дві мети: елімінацію самих бактерій і нейтралізацію їхніх токсинів [8]. Головну протективну (захисну) роль при цьому відіграє гуморальна імунна відповідь, що проявляється синтезом специфічних антитілоімунноглобулінів. У реалізації такої відповіді беруть участь В-лімфоцити, Т-лімфоцити-хелпери й антигенпрезентуючі клітини. Основна протективна роль в імунній відповіді, спрямована проти внутрішньоклітинних паразитів (мікобактерій туберкульозу, грибів, найпростіших, вірусів), належить клітинним механізмам. Вирішальний момент специфічної імунної відповіді — це відповідь CD4 — Т-лімфоцитів-хелперів на розпізнавання антигену. На цьому етапі

визначається форма імунної відповіді: з перевагою антитіл (гуморальної) або з перевагою клітинних реакцій (гіперчутливості уповільненого типу) [9; 10].

Метою даного дослідження є вивчення стану системного та місцевого імунітету у хворих на інфільтративний туберкульоз легень і негоспітальну пневмонію із затяжним перебігом для диференційної діагностики цих захворювань.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 40 хворих на туберкульоз легень, 40 хворих із негоспітальною пневмонією із затяжним перебігом та 25 здорових волонтерів.

Хворі у групах не відрізнялися за статтю та віком, в обох

