

УДК 616.433-008.61-055.2-06

РАЦІОНАЛЬНЕ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ГІПОТАЛАМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Фортуна І.О.

Одеський державний медичний університет, МОЗ України, м. Одеса

Ключові слова: гіпоталамічний синдром, акушерські та перинатальні ускладнення, профілактика.

Вступ. У даний час відзначається неухильний ріст нейроендокринної патології серед жінок репродуктивного віку, в тому числі й гіпоталамічного синдрому (ГС) – симптомокомплексу, обумовленого первинним ушкодженням гіпоталамусу, що виявляється ендокринно-обмінними, психоемоційними і вегетативними порушеннями [4, 5]. Ця патологія зустрічається в 17-45% жінок репродуктивного віку і супроводжується неплідністю в 60-75% випадків [1-3].

Як відомо, при гіпоталамічному синдромі глибокі ендокринні порушення, існуючі в організмі, ведуть до складних метаболічних порушень, що можуть вплинути в таких жінок на перебіг вагітності й пологів, розвиток плода і новонародженого, а в наступному і дітей раннього віку. У свою чергу, вагітність і пологи ведуть до максимальної мобілізації симпато-адреналової системи, пред'являючи підвищені вимоги до конституційно неповноцінних систем адаптації,

тим самим, приводячи до збільшення наявних порушень і обваженню гіпоталамічного синдрому.

Нечисленні дані вітчизняної і зарубіжної літератури [1-5] відображають лише окремі фрагменти цієї проблеми. Вони не дозволяють прогнозувати і проводити профілактику несприятливих наслідків вагітності і подальшого перебігу гіпоталамічного синдрому після її вирішення. Практично невивченими залишаються питання, присвячені станові новонароджених і дітей першого року життя, не досліджений також стан фетоплацентарного комплексу в жінок цієї групи.

Все викладене є підставою до дослідження цього наукового питання для вивчення результатів розродження жінок з високим акушерським і перинатальним ризиком.

Мета дослідження – розробка раціональної тактики ведення вагітності й пологів у жінок із гіпоталамічним синдромом на підставі оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу та основних змін гомеостазу, а також використання нового комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріал і методи. Проведені дослідження носять двоетапний характер. На першому – вивчали особливості преморбідного фону, перебігу вагітності, пологів, стан новонароджених, віддалений період після пологів у матері і плода (до 1 року) у 50 жінок із гіпоталамічним синдромом (ГС) – I група. Для порівняння ми використовували аналогічні дані в 50 акушерськи і соматично здорових новонароджених, розроджених через природні пологи шляхи – контрольна група. На другому етапі ми провели клініко-лабораторну оцінку ефективності розроблених нами лікувально-профілактичних заходів у 50 жінок із ГС – II група порівняно з загальноприйнятими методиками ведення вагітності і пологів, що мало місце в I групі жінок.

Згідно з даними літератури загальноприйняте ведення вагітності і пологів у жінок I групи містило в собі відповідно із загальноприйнятими рекомендаціями вітамінотерапію (вітаміни С, Е, Р); антиоксиданти, спазмолітики й антиагреганти [3].

Запропонована методика раціонального ведення вагітності й пологів була розроблена нами з урахуванням отриманих даних про можливі акушерські та перинатальні ускладнення у жінок із ГС під час вагітності, у пологах і в періоді після пологів (до 1 року).

Лікувально-профілактичні заходи в жінок II групи були спрямовані на профілактику обваження гіпоталамічного синдрому (засоби, що поліпшують мозковий кровообіг); профілактику загрози переривання вагітності (гормональні препарати й адреноміметики); профілактику прееклампсії (магnezіальна терапія); профілактику фетоплацентарної недостатності (актовегін, хофітол) і профілактику аномалій пологової діяльності (простагландини). У періоді після пологів комплекс реабілітаційних заходів був спрямований на профілактику обваження гіпоталамічного синдрому.

Дуже важливим аспектом є обов'язкове використання дієтотерапії на всіх етапах лікувально-профілактичних заходів. Усім вагітним проводилася психоемоційна підготовка до наступних пологів. Її

необхідність продиктована регулюючим впливом кори головного мозку на функцію гіпоталамічної системи, на секрецію і виведення нейротрансмітерів, формування фізіологічної домінанти вагітності і пологів.

Серед проведених методів досліджень були використані клінічні, функціональні, біохімічні, ендокринологічні і статистичні методи дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення. Виходячи з аналізу основних клінічних особливостей перебігу вагітності необхідно відзначити, що частота основних ускладнень в II групі постійно достовірно знижена. Особливо наочно це проглядалося при вивченні рівня прееклампсії (42% і 96%) і фетоплацентарної недостатності (40% і 82%). Крім того, вірогідно рідше зустрічалися симптоми загрози переривання (14% і 30%) і обваження ГС (4% і 10%). Частота анемії вагітності, незважаючи на використання удосконаленої методики, достовірно не відрізнялася по групах (50% і 56%). Стосуючись питання ступеня важкості прееклампсії варто вказати на перевагу в жінок II групи легкого (22%) і середнього ступеня тяжкості (18%) у порівнянні з важким (2%). При оцінці структури фетоплацентарної недостатності можна відзначити невиражене зниження питомої ваги поєднаних форм (10% і 68%). Також, як при загальноприйнятій методиці ведення вагітності з ГС, в II групі найчастіше зустрічалися затримка внутрішньоутробного розвитку плода за асиметричним варіантом (22%) і маловоддя (18%).

Як показали результати даного розділу наших досліджень, використання розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів впливало, у першу чергу, на істотне зниження частоти прееклампсії і фетоплацентарної недостатності, що, природно, впливає на клінічний перебіг вагітності і результати розродження.

При вивченні особливостей ліпідного обміну у вагітних із ГС, проведених за різними методиками до 28 тижнів, достовірних відмінностей між собою ми не відзначали ($p > 0,05$). При обстеженні жінок у 28-32 тижні встановлено зниження вмісту холестерину (ХС) (до $5,13 \pm 0,31$ нмоль/л; $p < 0,05$) і ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) (до $2,54 \pm 0,21$ нмоль/л; $p < 0,05$) на фоні одночасного підвищення рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) (до $1,73 \pm 0,12$ нмоль/л; $p < 0,05$) і незміненому рівні тригліцеридів (ТГ) ($p > 0,05$) і коефіцієнта атерогенності (Ка) ($p > 0,05$). Дослідження, проведені напередодні розродження, підтвердили виявлену закономірність, а додатково мало місце достовірне зниження рівня ТГ (до $3,45 \pm 0,27$ нмоль/л; $p < 0,05$) і підвищення Ка (до $4,89 \pm 0,31$ нмоль/л; $p < 0,05$). Аналізуючи зміни рівня глікемії натше варто вказати, що використання розробленої нами методики сприяло достовірному зменшенню досліджуваного показника в усі досліджувані терміни ($p < 0,05$).

Отримані нами дані свідчать, що найбільш виражені відмінності при ультразвуковій плацентографії встановлені нами в 37-38 тижнів. При цьому найбільш виражені зміни відзначені з боку таких показників як

гіперехогенні включення в структурі плаценті (з 58% до 24%) і контрастування базальної пластини (з 32% до 16%). Хоча інші досліджувані показники були також істотно нижче в жінок II групи. Аналогічна закономірність установлена нами і при вивченні основних фетометричних показників плода. Так, напередодні розродження в II групі мало місце достовірне збільшення лобово-потиличного розміру голівки (до $116,4 \pm 2,3$ мм; $p < 0,05$) і її периметру (до $284,3 \pm 12,1$ мм; $p < 0,05$); діаметра живота (до $105,3 \pm 1,2$ мм; $p < 0,05$) і поперечного розміру грудної клітини (до $94,8 \pm 1,2$ мм; $p < 0,05$), а також середньої довжини стегнової (до $72,1 \pm 1,2$ мм; $p < 0,05$) і плечової кісток (до $67,4 \pm 1,3$ мм; $p < 0,05$). Усе це, у сукупності, вплинуло і на структуру загального біофізичного профілю плода (БФП). Причому, на фоні застосування розробленої нами методики переважали показники "8-9 б" (36%) і "6-7 б" (36%) і лише в 2% спостережень досліджувана величина була менше 5 б.

Аналізуючи основні зміни ендокринних показників, ми зупинилися лише на тих, котрі, на наш погляд, мають найбільш істотне значення у функціональному стані фетоплацентарного комплексу. Як свідчать отримані дані, вміст естріолу був вищий у жінок II групи порівняно з I, однак значень контрольної групи не досягло, хоча при терміні 32-33 тижні достовірних відмінностей ми не спостерігали ($p > 0,05$). Рівень хоріонічного гонадотропіну при термінах вагітності тільки 37-38 тижнів достовірно підвищився в II групі (до $334,12 \pm 13,24$ нмоль/л; $p < 0,05$) і не відрізнявся від контрольної ($p > 0,05$). Вміст АКТГ при терміні 28-29 тижнів достовірно не відрізнявся по всім трьом групам. Надалі, даний показник займав проміжне значення між контрольною й I групою з явною тенденцією до підвищення. Аналогічні закономірності мали місце при вивченні вмісту як кортизолу, так і тиреотропного гормону.

Отже, розроблена нами методика позитивно впливає на обмінні процеси і функціональний стан фетоплацентарного комплексу. Отримані дані, безумовно, є підтвердженням описаних вище відмінностей у клінічному перебігові вагітності, а також результатів розродження.

Дані, отримані нами, свідчать про істотне зниження частоти ускладнень у пологах у жінок із ГС. Найбільше наочно це проглядається з боку таких показ-

ників, як передчасний розрив плодових оболонок (26% і 40%) і аномалій родової діяльності (12% і 22%). Це вплинуло і на частоту абдомінального розродження, що вдалося знизити (з 42% до 22%) за рахунок зменшення рівня важких форм прееклампсії та аномалій родової діяльності.

При оцінці перинатальних наслідків розродження варто вказати, що частота передчасних пологів знизилася з 10% в I до 2% – в II групі. У структурі оцінки по шкалі Апгар також, як і в I групі переважали показник "6-7 б" (54%). Однак рівень значення "8-10 б" (задовільний стан) підвищився в 3 рази (з 12% до 36%), що, безумовно, є дуже позитивним моментом. Аналогічну закономірність ми спостерігали і при оцінці неонатальної захворюваності. У першу чергу, це стосується частоти постгіпоксичної енцефалопатії (38% і 62%); гіпербілірубінемії (12% і 22%) і транзиторної гіпоглікемії (8% і 20%). У жінок у періоді після пологів мало місце достовірне зниження питомої ваги інфекційних ускладнень (6% і 16%) і обважнення ГС (4% і 12%). Усе це вплинуло і на віддалені наслідки розродження.

Результати оцінки фізичного розвитку дітей через 6 місяців свідчать про перевагу в II групі нормальної маси тіла (70%) на фоні зниження її дефіциту (12%) і зайвої ваги (18%). Таку ж закономірність можна констатувати при обстеженні жінок уже через 12 місяців. При аналізі захворюваності дітей до 1 року можна відзначити достовірне зниження всіх досліджуваних значень, починаючи з патології ЦНС (з 62% до 36%) і закінчуючи дисбактеріозом кишечника (з 36% до 14%). У жінок із ГС в II групі поліпшення стану відзначене більш, ніж у 2 рази (36% і 16%) при одночасному зниженні погіршення (з 62% до 34%). Отримані дані наочно підтверджують ефективність розроблених нами лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Висновки. Таким чином, порівняльна оцінка акушерських і перинатальних наслідків розродження в жінок із ГС підтверджує необхідність ведення вагітності за розробленою нами методикою. Поряд з цим, не можна не звернути уваги на той факт, що навіть за умови проведення повного комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, частота різних ускладнень з боку матері й плода залишається досить високою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Кіяшко Г.П., Шадлун Д.Р. Вагітність та пологи у жінок з ендокринною неплідністю // Буковинський медичний вісник. - 2000. - №1. - С.232-239.
2. Марфіна Я.А. Корекція фетоплацентарної недостатності у жінок з гіпоталамічним синдромом // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2000. - №1. - С.84-86.
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. - М.: Медицинское информационное агентство, 1997. - 424 с.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - С.-П., 1997. - 480 с.
5. Хейфец С.Н., Игитова М.Б. Перинатальная патология у потомства женщин, лечившихся по поводу эндокринного бесплодия, и пути ее снижения // Акушерство и гинекология. - 1991. - № 4. - С. 52-56.

SUMMARY**RATIONAL CONDUCTING PREGNANCY AND DELIVERIES AT WOMEN WITH HYPOTHALAMICE SYNDROME****Fortuna I.O.**

The comparative estimation obstetrical and perinatal outcomes deliveries at women with hypothalamice syndrome confirms necessity of conducting pregnancy by the technique developed by us. Alongside with it, it is necessary to pay attention to that fact, that under condition of carrying out of a full complex of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions, frequency of various complications on the part of mother and a fruit remains enough high.

Key words: hypothalamice syndrome, obstetrical and perinatal complications, preventive maintenance.