



**Ринжук Л. В.**

### **ІМУНОКОНФЛІКТНА ВАГІТНІСТЬ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Імунний конфлікт між організмом матері та плода – це звичайний природний процес, оскільки вагітність передбачає встановлення нормального співіснування цих двох генетично чужорідних систем. В організмі фізіологічно створені ряд компенсаторно-приспосувальних механізмів, які не дають можливості даному конфлікту реалізуватись та створюють умови для виношування плода в утробі матері до термінів фізіологічного родорозрішення. Імунний конфлікт за еритроцитарними антигенами не відноситься до категорії фізіологічних, пов'язаних з гестацією проблем, і, як наслідок, його реалізація створює серйозну загрозу для здоров'я та навіть життя плода чи новонародженого.

Серед еритроцитарних антигенів, здатних генерувати імунний конфлікт, до найбільш серйозних наслідків призводить саме конфлікт за резус-фактором. Патолофізіологічно все досить просто: резус-негативна мати, що виношує резус-позитивний плід, за умови сформованого та встановленого гематотропного тилу харчування, на попадання еритроцитів плода, що містять антиген - Rh-фактор, у власний кровоток реагує викидом антирезусних антитіл, які за таким же механізмом потрапляючи в плодовий кровоток, викликають гемоліз еритроцитів плода з усіма негативними наслідками, що з цього витікають.

Природа імунного конфлікту за резус-фактором давно вивчена, детально та чітко описані всі можливі його прояви та основні клінічні форми. Однак, питання діагностики залишається досить спірним, оскільки саме діагностичні тести, з їх чутливістю та специфічністю, можуть привести лікарів до хибно позитивного результату, за яким, керуючись клінічними протоколами, ставляться питання про дострокове родорозрішення у зв'язку з високим ризиком гемолітичної хвороби плода і новонародженого, якої насправді не існує. І навпаки, недооцінка ситуації в кожному конкретному випадку може привести до виникнення найважчої форми гемолітичної хвороби – набрякової форми, смертність та глибока інвалідність дітей при якій складає більше 80%. Діагностика, яка базується на виявленні титру антирезусних антитіл та динамічному спостереженні за їх приростом, не у всіх випадках є абсолютно об'єктивною, оскільки практичний досвід показує, що приріст антитіл може бути ятрогеним, як результат реакції імунної системи на такі лікувальні інвазивні заходи, як плазмаферез. Ультразвукові маркери гемолітичної хвороби плода є досить чіткими, однак дають можливість діагностувати лише набрякову форму гемолітичної хвороби плода, а це буває вже надто пізно.

Наука нашого сьогодення дає нам можливості для впровадження сучасних високоінформативних методик, що діагностують або спростовують наявність імунного конфлікту за резус-фактором на ранніх стадіях. До таких методик належить визначення в крові матері еритроцитів плода та встановлення за цими даними наявного на них антигену – резус-фактору, що саме по собі відкине можливість імунного конфлікту по природі. З іншого боку, потужно у наше сьогодення увійшла ультразвукова доплерометрія. Один із її варіантів – доплерометрія показників кровотоку в середньо-мозковій артерії плода дає можливість оцінити у нього абсолютний маркер анемії, і таким чином, виявити імунний конфлікт ще в початковій його клінічній формі – анемічній, а не в набряковій, коли всі зусилля лікарів вже можуть бути марними. Таким чином, впровадження новітніх діагностичних методик та методологічних підходів дасть можливість практичним лікарям долучитися до великої місії – допомогти матерям виносити і народити здорове потомство.

**Юзько О.М.**

### **РОЛЬ КОКів В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Сучасні підходи до діагностики та лікування безпліддя засновані на знанні фундаментальних основ фізіології репродуктивної системи жінки, що припускають зниження репродуктивного потенціалу і здатності до зачаття із збільшенням віку. Відомо, що вже з 27 років починається втрата ооцитів, пік якої доводиться на 35–37 років. У зв'язку з цим, лікування безпліддя необхідно здійснювати за допомогою сучасних методів, що довели свою ефективність в швидкому і успішному досягненні вагітності. Чисельність жіночого населення України становить 25174503, з них репродуктивного віку – 12342731 жінок.

Для встановлення діагнозу пацієнткам проводиться базове обстеження: УЗД яєчників (розмір, положення, форма, структура, кісти, ознаки СПКЯ); УЗД матки (товщина ендометрію, форма, структура, фіброїди, вроджені або набуті аномалії/порушення).

Алгоритм використання КОКів в програмах ДРТ: у перші дні менструації жінкам проводиться базове ендокринологічне обстеження. При виявленні патології рекомендовано застосування КОКів: естрадіол: менше 50пг/мл; ФСГ менше 10МО/л без пригнічення; ЛГ менше 5 МО/л; прогестерон менше 2 нг/мл; антимюлер-гормон 1-2 нг/мл. Якщо деякі показники підвищені, продовжують лікування аГнРГ. Проведення стимуляції переноситься. Повторні аналізи проводяться через 3-7 днів. Якщо рівень ЛГ підвищений, проведення стимуляції переноситься, збільшується доза аГнРГ.

КОКи суттєво знижують товщину ендометрію впродовж всього періоду прийому, а залишкові ефекти спостерігаються майже до середньої фази стимуляції яєчника. Роль гестагенного компоненту КОК: здатність



ініціювати апоптоз в ендометрії в період "вікна імплантації" у жінок з безпліддям; гестагени виступають індуктором апоптозу; гестаген – дезогестрел – Регулон значно перевищує активність прогестерону і дідрогестерону, в поєднанні з етинілестрадіолом виступає індуктором апоптозу в ендометрії жінок із безпліддям.

**Ясніковська С.М.**

### **ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ДОПЛЕРОМЕТРІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ЩОДО ЗАГРОЗИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ТА РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Перебіг вагітності, ріст та розвиток плода залежать від гемодинаміки в системі мати-плацента-плід. Відомо, що при неускладненій вагітності у якості адаптаційно-захисного механізму знижується периферійний судинний опір в судинах матки. При ускладненнях вагітності у випадку неспроможності компенсаторно-присотувальних реакцій судинного русла матки починає розвиватися клінічна картина загрози переривання вагітності, плацентарна дисфункція, що проявляється гіпоксією плода, відставанням у розвитку або загибеллю плода.

Загроза невиношування вагітності займає провідне місце серед усіх ускладнень вагітності та становить близько 22%. Вона обумовлює 50% мертвонароджень, 60-70% ранньої неонатальної та дитячої смертності. Серед ускладнень вагітності, що призводять до формування плацентарної дисфункції на другому місці перебуває тривала загроза переривання вагітності. Остання може бути одночасно як причиною дисфункції плаценти, так і її наслідком і багато в чому ці стани взаємообумовлені та мають спільні патогенетичні механізми.

Метою дослідження було прогнозування розвитку загрози невиношування вагітності та плацентарної дисфункції у жінок груп ризику на підставі доплерометрії кровоплину у маткових та спіральних артеріях.

Допплерометричне вимірювання систолічної та діастолічної швидкостей кровотоку у правій матковій та спіральній артеріях у 7-9 тижнів вагітності проведено у 48 жінок групи ризику невиношування вагітності. Крім того визначалися індекси резистентності (ІР) вказаних артерій, додатково розраховувалося відношення ІР правої маткової артерії до ІР спіральної артерії.

Наші дослідження показали, що найбільш ранньою ознакою порушення кровообігу у системі "мати-плацента-плід" є зниження співвідношення індексів резистентності в правій матковій та спіральних артеріях до 1,5 і нижче. При такому співвідношенні існував високий ризик розвитку патологічного процесу та несприятливого перебігу вагітності. Так, у 36 (76%) жінок відмічалися зміни гормонального фону (зниження вмісту естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну та білка трофобластичного глікопротеїду), що підтверджувало наявність загрози переривання вагітності, порушення процесів плацентарної та розвитку первинної плацентарної дисфункції. Відмічено, що у правій матковій артерії ІР достовірно не відрізнялися при зазрозі невиношування вагітності порівняно з нормальною вагітністю, а в спіральних артеріях всі індекси судинного опору, у тому числі і ІР, були вищими ( $p < 0,05$ ). Це свідчить про порушення процесів інвазії трофобласта, кровопостачання ворсинчатого хоріону та всього плідного яйця.

При аналізі подальшого перебігу вагітності у обстежуваних жінок нами з'ясовано, що у групі вагітних із співвідношенням  $ІР < 1,5$  вагітність частіше ускладнювалася: зазрозозю не виношування – у 4 рази, істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН) – у 2 рази, хронічною гіпоксією плоду (ХВГП) – у 5 разів, невиношуванням вагітності – у 2 рази порівняно із вагітними, що мали співвідношення  $ІР > 1,5$ . Порушення стану ФПК (фето-плацентарного комплексу) та СЗРП (синдрому затримки розвитку плоду) у групі порівняння не було зареєстровано, тоді як у жінок основної групи вони реєструвалися відповідно у 9 (24,2%) та 13 (35,1 %) випадках.

Оцінивши стан новонароджених від жінок основної та контрольної груп, нами виявлено наступне – в основній частіше порівняно з контрольною групою зустрічалися: гіпоксія плоду – у 3,1 рази, асфіксія новонародженого – у 3,3 рази, морфо-функціональна незрілість – у 2,9 рази, церебральна ішемія – у 3,3 рази, неонатальна жовтяниця – у 1,5 рази. Маловагових до терміну гестації та з родовою травмою (злам ключиці) – у контрольній групі взагалі не було.

Отже, використання даного співвідношення ІР дозволяє підвищити позитивну прогностичну цінність ультразвукової діагностики та зробити довготривалий та високо достовірний прогноз ймовірності розвитку загрози невиношування вагітності та плацентарної дисфункції на до клінічному етапі у ранні терміни гестації.

Раннє прогнозування розвитку загрози невиношування і плацентарної дисфункції дозволить виділяти групи вагітних високого ризику, скласти для них індивідуальну програму обстеження, спостереження, профілактики та лікування і, таким чином, знизити кількість втрат вагітності, передчасних пологів та рівень перинатальної смертності.