



лікування, проводився направлений транспорт антибіотиків. Друга (контрольна) група - 40 вагітних, яким лікування проводилося за традиційною методикою (антибіотики, спазмолітики, десенсібілізуючі).

Методика НТ антибіотиків: у жінок проводили забір крові ( $\approx 60$  мл.) у одноразовий шприц з інкубаційним середовищем (0,5 мл гепарину, 1 мл поліглюкіну). Кров відстоюють безпосередньо в шприці голкою доверху протягом 1 години, після чого плазму поршнем витискають, а в шприц з клітинною масою набирають 1 мл розчину АТФ (для покращення зв'язування антибіотика, стимуляції фагоцитарної активності) та разову середньотерапевтичну дозу розчиненого антибіотика. Цю масу суспензії інкубували при температурі  $37^{\circ}\text{C}$  впродовж 40 хв. (запропонованим нами методом) та вводили вагітній внутрішньовенно, через день, 4-5 разів. Повторне введення, без застосування методу, проводили через 12 годин.

Оцінку ефективності лікування проводили за клінічними, біохімічними, імунологічними показниками, тривалості ліжка дня. У 32 (80%) вагітних основної групи, покращання стану відбулося на 2-3 добу після 1-2 сеансів запропонованого лікування, швидко знижувались ознаки ендогенної інтоксикації, поліпшився загальний стан, клініко-лабораторні показники. У вагітних контрольної групи, це покращання відбувалося повільніше. У 28 (70%) хворих покращання настало на 12-13 добу лікування. Середній ліжко-день в основній групі склав  $10,5 \pm 1,5$  доби, в групі контролю –  $14,5 \pm 1,0$  доби ( $p < 0,05$ ). Застосування запропонованого методу значно покращує ефективність антибіотикотерапії, раніше поліпшуються загальний стан (нормалізація температури зменшення інтоксикації, больового синдрому), клініко-лабораторні показники, у 1,5 раза скорочується середній ліжко-день, знижується ризик невиношування вагітності, передчасних пологів.

Направлений транспорт антибіотиків до вогнища запалення у вагітних є високоефективним методом лікування, детоксикації, поліпшення реологічних властивостей крові.

**Печеряга С.В.**

### **ГОРМОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПРИ АНОМАЛЬНІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Серед причин, які негативно впливають на функціонування фетоплацентарної системи, важливу роль відіграють аномалії прикріплення плідного яйця. Низька плацентажія при вагітності, як правило, супроводжується зниженням плацентарного кровотоку, що зумовлено характером васкуляризації нижніх відділів матки. Недостатня інвазія трофобласта в ділянці плацентарного ложа веде до оклюзії спіральних та матково-плацентарних артерій, за рахунок чого порушується плацентарна перфузія, що, у свою чергу, призводить до розвитку дисфункції плаценти. Порушення гормональної функції децидуально-трофобластичної та хоріонально-плацентарної системи, які оцінюються по зміні рівня гормонів, що продукуються ними, лежать в основі патогенезу різноманітних ускладнень вагітності, в тому числі і в розвитку первинної плацентарної дисфункції. Для оцінки розвитку вагітності має значення не абсолютна величина концентрації гормону, що визначається в той, чи інший термін вагітності, а зміна його концентрації (збільшення, чи зменшення) по мірі прогресування вагітності. Для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу більш інформативними слід визнати одночасне визначення декількох гормонів, що продукуються.

Метою дослідження було дослідити гормональні зміни у крові вагітних із низьким розміщенням хоріона в І триместрі гестації.

Під нашим спостереженням було 100 вагітних. Основну групу дослідження склали 50 вагітних із низьким розміщенням хоріона, з них 25 жінок у терміні гестації 5-8 тижнів та 25 – у 9-12 тижнів. Контрольну групу склали 45 вагітних із розміщенням хоріона в тілі та дні матки, відповідно в 5-8 тижнів – 25, у 9-12 тижнів – 25 вагітних. Нами було визначено вміст плацентарного лактогену і ХГ в сироватці крові імуноферментним методом, використовуючи реактиви фірми «Алкор-Біо» (Росія) і DRG (Німеччина). Розбіжності між групами дослідження обраховані за допомогою критерію Стьюдента.

Із отриманих даних видно, що вже в І триместрі вагітності виявляється значна різниця концентрацій вивчених гормонів між вагітними з низьким розміщенням хоріона і вагітними з розташуванням хоріона в тілі і дні матки.

Рівень ХГ у вагітних з низьким розміщенням хоріона був достовірно нижче, ніж у вагітних з розташуванням хоріона в тілі і дні матки. Вміст ХГ в крові жінок із низькою плацентажією в І триместрі становив  $30990,0 \pm 210,0$  мг / л у 5-8 тижнів гестації, в контролі -  $43270,0 \pm 226,0$  мг / л ( $p < 0,05$ ); в 9-12 тижнів -  $36194,0 \pm 395,0$  мг / л, в контролі -  $53700,55 \pm 525,0$  мг / л ( $p < 0,05$ ).

Аналізуючи гормональний статус вагітних основної групи, ми виявили, що вміст плацентарного лактогену в плазмі крові вагітних протягом усього першого триместру вагітності був достовірно нижче в порівнянні з контролем. Концентрація плацентарного лактогену в плазмі крові вагітних основної групи в 5-8 тижнів становила  $0,092 \pm 0,004$  мг / л, в контролі -  $0,13 \pm 0,017$  мг / л ( $p < 0,05$ ) в терміні 9-12 тижнів -  $1,16 \pm 0,04$  мг / л, в контролі -  $1,38 \pm 0,024$  мг / л ( $p < 0,05$ ), що призводить до зниження обмінних процесів в організмі матері і порушення транспортної функції плацентарного бар'єру. Це, в свою чергу, проявляється загрозами мимовільних викиднів, відшаруванням хоріона і надалі розвитком первинної плацентарної дисфункції.

Таким чином, вивчення гормональної функції фетоплацентарного комплексу у вагітних із низькою плацентажією дозволить діагностувати розвиток плацентарної дисфункції на ранніх термінах вагітності.