

Вывод. Широкий диапазон плазменного уровня изученных ПГ на протяжении первой недели внеутробной жизни свидетельствует о высокой динамичности физиологических регуляторных процессов у ребенка в условиях перестройки и напряженного функционирования его систем. Значения плазменной концентрации ПГЕ₂ и ПГF_{2α} следует рассматривать в качестве объективных критериев оценки у новорожденных состояния адаптационных процессов.

Литература. 1. Антонов А.Г., Бадюк Е.Е., Тьлькиджи Ю.А. Гомеостаз новорожденного (физико-химические показатели). -Л.: Медицина, 1984.-184с. 2. *Изменение метаболизма простаноидов при кистозном поражении почек*/И.А. Комаревцева, А.А. Рошункин, В.Н. Комаревцев и др.//Укр. биохим. журн.-1997.-Т.69.-№ 5-6.-С.168-175. 3. *Gothberg D.A. Physiology of renomedullary depressor system*//J. Hypertens. -1994. Vol.12. № 10. P.57-64.

THE ROLE OF PROSTAGLANDINS IN THE REGULATION OF THE WATER-SALT BALANCE IN THE HEALTHY NEW-BORN FULL-TERM BABIE

B.A.Bezkaravainyi, A.N.Voloshiyn, V.V.Leikina

Abstract. The authors have carried out a study of the plasmatic concentration of prostaglandins E₂ and F_{2α} in healthy, carried to full term babies at different stages of early neonatal period. The blood plasma prostaglandin level may serve as a reliable criterion of the physiologic course of the early neonatal period.

Key words: new-born children, prostaglandins, water-salt balance.

State Medical University (Lugansk)

УДК 618.3: 618.14 - 06

А.М.Бербець

КОРЕКЦІЯ ДЕЦИДУ АЛЬНО-ТРОФОБЛАСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства, гінекології і перинатології
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Обстежено 55 жінок у терміні гестації від 5 до 16 тижнів. На основі даних лабораторного та ультразвукового дослідження проведено порівняння ефективності лікування з використанням гестагенів і гемостатичної, метаболічної, седативної терапії. Зроблено висновок, що терапія гестагенами, зокрема дюфастоном, при наявності клінічної симптоматики загрози переривання вагітності є безумовно ефективною і рекомендована в поєднанні з іншими видами терапії.

Ключові слова: децидуально-трофобластичні порушення, корекція, I триместр гестації.

Вступ. Невипошування вагітності – одна з найважливіших проблем сучасного акушерства та перинатології. Частота її становить 10 – 20 % від числа всіх вагітностей. Недоношування є одною з основних причин перинатальної захворюваності і смертності [1,2]. На частку недоношених дітей припадає до 50% випадків мертвонароджень, 60 – 70% ранньої неонатальної смертності і 60 – 75% дитячої смертності [2,3].

Мета дослідження. Провести порівняння ефективності терапії загрози переривання вагітності в ранні терміни з використанням гестагенів і негормонального лікування.

Матеріал і методи. Обстеженню підлягали 55 жінок у терміні гестації від 5 до 16 тижнів з клінічними ознаками загрози переривання вагітності. Діагноз підтверджувався даними лабораторного та ультразвукового обстеження на апараті "Алока-280" із застосуванням вагінального датчика з частотою 3,5 та 5,0 МГц.

Результати дослідження та їх обговорення. При клінічному обстеженні встановлено, що у 27 (49%) вагітних основним симптомом захворювання був біль, 11 жінок (20%) скаржились на кров'янисті виділення зі статевих шляхів, у 17 (31%) були поєднані скарги.

Ознаки часткового відшарування плідного яйця спостерігались у 7 (12,73%) випадках. У решти жінок кров'янисті виділення зі статевих шляхів мали походження з гіперваскуляризованої децидуальної оболонки матки, не зайнятої плідним яйцем.

Терапію гестагенами (дюфастоном) отримували 30 (54,54%) жінок – основна група. Препарат призначався з початкової дози 20мг/день (в разі кров'янистих виділень – 40 мг/день) з подальшим (після нормалізації клініки) зменшенням дози вдвічі. Інші 25 (45,46%) жінок – контрольна група – отримували седативне лікування, метаболічні комплекси, при потребі – гемостатичну терапію (дицинон в/м, вікасол), вітамін Е.

Критеріями ефективності лікування були: зникнення суб'єктивних відчуттів, припинення кров'янистих виділень із статевих шляхів.

Больовий синдром при застосуванні дюфастону зникав на 4-ий день лікування, тоді як без використання препарату – на 7-ий день. Зникнення кров'янистих виділень в основній групі проходило на 4-ий день терапії, а в контрольній – на 9-ту добу перебування у відділенні.

У 7 пацієнток із відміченими на УЗД ознаками відшарування плідного яйця терміни лікування були збільшені на 3 доби навіть при застосуванні гестагено-терапії.

Висновок. Терапія гестагенами, зокрема дюфастоном, при наявності клінічної симптоматики загрози переривання вагітності є безумовно ефективною в поєднанні з іншими препаратами.

Література. 1. *Аншва М.В., Ісакова Э.В.* Опыт применения дюфастона в программе ЭКО // Проблемы репродукции. - №2. - 2000. 2. *Сивельева Г.М. и др.* Плацентарная недостаточность. М.: Медицина. - 1991. - 276 с. 3. *Серова О.Ф.* Опыт применения дюфастона для лечения женщин с угрожающим прерыванием беременности в I триместре // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 2000. - № 3. - С.118 - 120.

CORRECTION OF DECIDUAL-TROPHOBLASTIC DISORDERS DURING EARLIER TERMS OF PREGNANCY

A.M.Berbets

Abstract. 55 women have been examined during the terms of 5 – 16 weeks of gestation. A comparison of the treatment efficacy using gestagens and hemostatic, metabolic, sedative therapy has been made on the basis of the findings of a laboratory and ultrasonic investigation. The authors have come to a conclusion that the therapy employing gestagens, duphaston, in particular, is, undoubtedly, efficacious in the presence of clinical symptomatology of threatened abortion and it is recommended in combination with other types of therapy.

Key words: decidual-trophoblastic disorders, correction, first trimester of gestation.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)