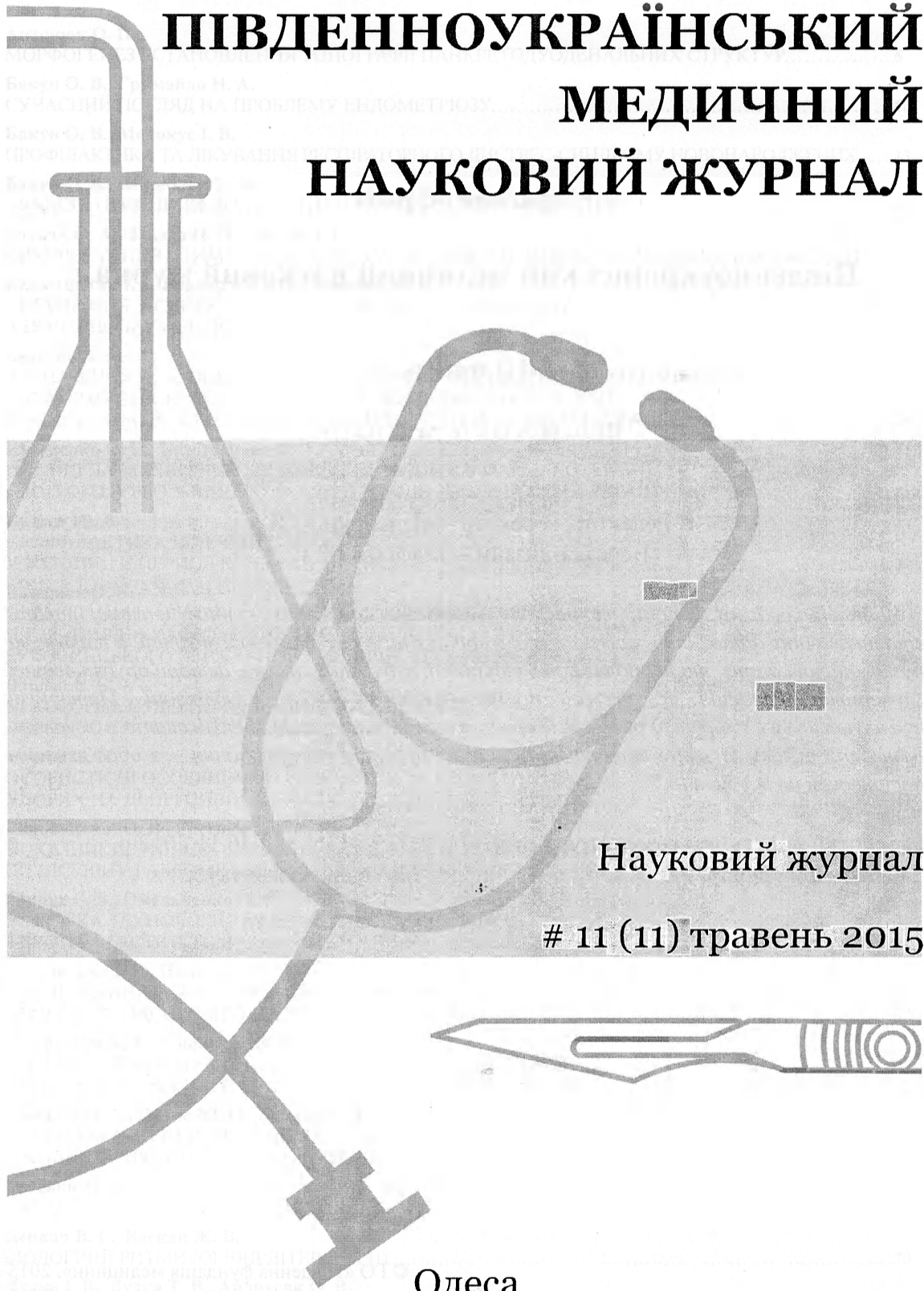


ЗМІСТ

ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ  
МЕДИЧНИЙ  
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ



Науковий журнал  
# 11 (11) травень 2015

Одеса  
2015

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| <b>Антонюк О. П.</b><br>МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІ ПАНКРЕТОДУОДЕНАЛЬНИХ СТРУКТУР.....   | 5  |
| <b>Бакун О. В., Гримайло Н. А.</b><br>СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....   | 10 |
| <b>Бакун О. В., Молокус І. В.</b><br>ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ.....  | 13 |
| <b>Бакун О. В., Шкрібляк У. В.</b><br>СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....   | 16 |
| <b>Батрак О. А., Завада Н. П., Рябова І. С.</b><br>ВИКОРИСТАННЯ СТИМУЛЯТОРІВ РОСТУ МІКРООРГАНІЗМІВ ДЛЯ НАКОПИЧЕННЯ БІОМАСИ.....   | 19 |
| <b>Бельзєцька М. І., Боднарчук В. В., Гресько М. Д.</b><br>ПОРУШЕННЯ У СИСТЕМІ РЕПРОДУКТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ<br>В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.....  | 22 |
| <b>Бербець А. М.</b><br>ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ,<br>ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, ТА УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТ<br>У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ..... | 25 |
| <b>Шматенко О. П., Бєлзєорова О. В.</b><br>ПОГЛЯД НА МІСЦЕ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ<br>ГОСТРОГО БОЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....   | 31 |
| <b>Будаєв Ю. В.</b><br>ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ<br>У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....  | 37 |
| <b>Ваколюк О. Б.</b><br>ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ І-ГО РОКУ<br>НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ ТА ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ<br>БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....           | 40 |
| <b>Варсан Е. Б.</b><br>НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ<br>ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ С БОЛЬШИМ ЧИСЛОМ ПОГИБШИХ ЛЮДЕЙ.....  | 43 |
| <b>Венгер О. П.</b><br>ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ,<br>ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....   | 47 |
| <b>Воронєцька Ю. В., Гресько М. Д.</b><br>ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ЧУТЛИВОСТІ<br>ДО ІНСУЛІНУ І АБДОМІНАЛЬНИМ ТИПОМ ОЖИРІННЯ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ.....                                | 53 |
| <b>Гладух С. В., Омельченко П. С.</b><br>РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДІВ АНАЛІЗУ ТАБЛЕТОК<br>З ГУСТИМ ЕКСТРАКТОМ СОБАЧОЇ КРОПИВИ.....  | 56 |
| <b>Городецька І. Я., Попель О. О.</b><br>ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ<br>ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ МІСТА ОБЛАСНОГО ПІДПОРЯДКУВАННЯ.....  | 59 |
| <b>Гошовська А. В., Гошовський В. М.</b><br>ГЕСТАЦІЙНЕ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ,<br>ДІАГНОСТИКА ЗРІЛОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ.....  | 62 |
| <b>Гресько М. Д., Дудко Ю. О., Бондарук В. В.</b><br>КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ НАДМІРНИХ<br>МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ.....  | 65 |
| <b>Гресько М. М.</b><br>СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ.....   | 68 |
| <b>Деркач В. Г., Васкан Ж. В.</b><br>БІОЛОГІЧНІ РИТМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....   | 70 |
| <b>Дудка І. В., Дудка Т. В., Андрусак О. В.</b><br>ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ<br>У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....                            | 74 |

**ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ  
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ,  
ТА УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТ  
У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ**

**Анотація:** Обстежено 30 жінок із неускладненим перебігом вагітності та 96 жінок з ознаками загрози невиношування в I триместрі. Вивчалися сироваткові рівні білків вагітності (трофобластичного β-глікопротеїну – ТБГ, α-2-мікроглобуліну фертильності – АМГФ), гормонів крові (естрадіолу, прогестерону, кортизолу) та показники гемостазу. Для лікування загрози невиношування використовували в складі терапевтичного комплексу екстракт гінкго білоба та ериніт. Проводили ультразвукове обстеження плацент під час вагітності. Дійшли висновку, що дані препарати покращують стан трофобласта в I триместрі, а ТБГ та АМГФ є головними чинниками, що перешкоджають розвитку дисфункції плаценти в більш пізніх термінах вагітності.

**Аннотация:** Обследовано 30 женщин с неосложненным течением беременности и 96 женщин с признаками невынашивания в I триместре. Изучались сывороточные уровни белков беременности (трофобластического β-глицопротеина – ТБГ, α-2-микрोगлобулина фертильности – АМГФ), гормонов крови (эстрадиола, прогестерона, кортизола) и показатели гемостаза. Для лечения невынашивания использовали в составе терапевтического комплекса экстракт гинкго билоба и эринит. Проводили ультразвуковое обследование плацент во время беременности. Сделан вывод, что данные препараты улучшают состояние трофобласта в I триместре, а ТБГ и АМГФ являются главными факторами, предупреждающими развитие дисфункции плаценты в более поздние сроки беременности.

**Summary:** 30 women with an uncomplicated course of pregnancy and 96 women with the signs of miscarriage in the 1st trimester were examined. The serum levels of pregnancy proteins (trophoblastic β-glycoprotein – TBG (PSG1), α-2-microglobulin of fertility – α-2-MGF (PAEP), the blood hormones (estradiol, progesterone, cortisol) and hemostatic indices were studied. An extract of Ginkgo biloba and erynitum were used in the composition of the therapeutic complex to treat miscarriage. The ultrasound examination of the placentas during pregnancy has been conducted. A conclusion has been arrived at to the effect that these particular preparations improve the trophoblastic condition in the first trimester, whereas TBG and α-2-MGF are the principal factors preventing the development of dysfunction of placenta in later terms of pregnancy.

**Вступ.** Серед найважливіших проблем сучасного акушерства одне з перших місць посідає проблема невиношування вагітності. Частота невиношування становить у середньому від 10-12% до 20-35 % від загальної кількості вагітностей. В Україні питома вага невиношування в загальній кількості вагітностей становить 15-23 % всіх встановлених випадків вагітності [3], і не має тенденції до зниження. Основною ланкою в процесі гестації є імунна та судинна адаптація до вагітності. У процесі розвитку фізіологічної вагітності відбувається зміна спіральних артерій: настає поступова заміна ендотелію судин клітинами трофобласта, а також заміна гладеньком'язових клітин матриксом, клітинами трофобласта та фібрином [2, с. 5]. Недостатня інвазія трофобласта в ділянці плацентарного ложа веде до оклюзії спіральних та матково-плацентарних артерій, що зумовлює переривання вагітності у вигляді викидня, або розвиток дисфункції плаценти в пізніших термінах гестації. При ускладненні перебігу вагітності загрозою невиношування гіпоксія та затримка розвитку плода трапляються відповідно з частотою 18,1% і 14,5%, у стані асфіксії народжується 17,5% немовлят [9].

**Мета дослідження.** Вивчити значення показників функціонального стану плаценти та ультразвукові особливості плацент у жінок, вагітність яких була обтяжена загрозою викидня в I триместрі.

**Матеріал і методи.** Нами відібрані 96 вагітних із клінікою загрози невиношування в I триместрі гестації, які склали основну групу. Відбирались ва-

гітні з чіткою клінікою загрози викидня в I триместрі, яка включала наступні групи скарг: біль низом живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів мазального характеру, УЗД-ознаки загрози переривання вагітності (сегментарні скорочення матки). Жінки, які страждали тяжкою екстрагенітальною патологією, мали верифіковану істміко-цервікальну недостатність, ізосенсибілізацію за АВО і Rh системами крові, TORCH-інфекції, виключені з числа обстежених. Групу контролю склали 30 жінок із нормальним перебігом гестації.

Основна група розділена на дві рівні паритетні підгрупи. Так, 48 жінок склали підгрупу з традиційним лікуванням, які отримували комплексну зберігаючу терапію [1, с. 4], зокрема, гормональне лікування (дуфастон у дозі 20-40 мг/добу), спазмолітики, седативні, гемостатичні препарати, вітаміни. Іншим 48 жінкам, які увійшли до підгрупи корекції, поруч із традиційною терапією призначали розроблений нами лікувальний комплекс у складі: екстракт гінкго білоба, що має дезагрегантну дію (капсули по 40 мг), по 1 капсулі тричі на день та донатор оксиду азоту ериніт (таблетки по 10 мг) по 1 таблетці 3 рази на день. Щодо застосування гінкго білоба при вагітності, в світовій літературі немає даних про ембріотоксичність або тератогенність препарату, проте рекомендується відмінити препарат за кілька тижнів до пологів задля уникнення розвитку кровотечі [8]. Курс лікування, за винятком дуфастону, складав 10-12 днів і призначався з 6-го – 8-го тижня вагітності. Курс повторювали 3 рази з інтервалом 7-10 днів, із

закінченням до 12-го тижня гестації. Вплив запропонованої терапії спрямований на покращання кровопостачання трофобласта. З підгрупи корекції 25 вагітних обстежені згідно із запропонованою нами наступною методикою [1]. Зокрема, вивчався вміст у венозній крові естрадіолу, прогестерону та кортизолу шляхом радіомунного аналізу на автоматичному комплексі «Гамма-1» з використанням наборів реактивів виробництва Республіки Беларусь (Мінськ). Білковосинтезувальну функцію трофобласта вивчали шляхом дослідження в сироватці крові концентрацій білків вагітності або плацентарних білків: трофобластичного  $\beta$ -глікопротеїну (ТБГ) та  $\alpha$ -2- мікроглобуліну фертильності (АМГФ) із залученням наборів виробництва фірми «ДИА-М» (Росія). Стан системи гемостазу вивчали, спираючись на наступні

показники: час рекальцифікації (ЧР), протромбіновий час (ПТЧ), тромбіновий час (ТЧ), рівень фібриногену, а також кількість тромбоцитів в 1 мл крові, процент адгезивних тромбоцитів (ПАТ) та індекс спонтанної агрегації тромбоцитів (ІСАТ). Вказаний обсяг лабораторних досліджень здійснювався в динаміці та проводився двічі в кожній обстеженій жінці: у терміні вагітності 6-8 та 12-13 тижнів, забір крові здійснювався зранку натще. Проведено порівняння відстежуваних показників із даними, отриманими від 24 вагітних із підгрупи з традиційним лікуванням. Перераховані обстеження проведені також у всіх 30 жінок із групи контролю.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дані про вміст гормонів у крові обстежених жінок представлені в таблиці 1.

Таблиця 1  
Показники гормонів крові у вагітних із загрозою невиношування у I триместрі гестації (M $\pm$ m)

|  | Кортизол, нмоль/л   |                     | Естрадіол, нмоль/л |                   | Прогестерон, нмоль/л |                     |
|--|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|----------------------|---------------------|
|  | 6-8 тиж.            | 12-13 тиж.          | 6-8 тиж.           | 12-13 тиж.        | 6-8 тиж.             | 12-13 тиж.          |
| Підгрупа корекції (n=25)                 | 577,08 $\pm$ 36,27* | 646,67 $\pm$ 30,84* | 11,33 $\pm$ 0,60*  | 17,45 $\pm$ 1,08* | 68,15 $\pm$ 2 32**   | 119,79 $\pm$ 3,63** |
| Підгрупа з традиційним лікуванням (n=24) | 489,65 $\pm$ 31,85* | 513,23 $\pm$ 36,56* | 12,09 $\pm$ 1,36   | 14,49 $\pm$ 1,92  | 98,43 $\pm$ 6,30     | 102,31 $\pm$ 6,87*  |
| Контрольна група(n=30)                   | 336,54 $\pm$ 16,08  | 343,05 $\pm$ 25,16  | 9,78 $\pm$ 0,22    | 11,78 $\pm$ 0,46  | 108,90 $\pm$ 3,90    | 128,85 $\pm$ 3,74   |

Примітка. \* – різниця показників вірогідна порівняно з контролем.

\*\* – різниця показників вірогідна порівняно з групою з традиційним лікуванням

Як видно з таблиці, сироватковий рівень кортизолу вірогідно вищий в обох групах з невиношуванням, порівняно зі здоровими вагітними (p<0,05). Середній вміст естрадіолу в підгрупі корекції дещо більший, ніж у контрольній групі як на тлі розпочатого лікування в 6-8 тижнів, так і наприкінці I триместру (p<0,05). Це, можливо, пов'язано з компенсаторним підвищенням синтетичної функції трофобласта/плаценти. Найпильнішою уваги заслуговує динаміка концентрації прогестерону в крові вагіт-

них із загрозою викидня. Так, зокрема, якщо вміст даного гормону був найнижчим у підгрупі корекції на початку лікування, то до 12-13-го тижня гестації сироватковий рівень прогестерону вірогідно не відрізнявся від аналогічного показника в контрольній групі, водночас будучи вищим порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням (p<0,05).

Результати вивчення вмісту плацентарних білків у крові вагітних із загрозою викидня представлені в таблиці 2.

Таблиця 2  
Рівні білків вагітності в сироватці крові вагітних із загрозою невиношування у I триместрі гестації (M $\pm$ m)

|  | Трофобластичний $\beta$ -глікопротеїн, нг/мл |                         | $\alpha$ -2-мікроглобулін фертильності, нг/мл |                    |
|--|--|-------------------------|---|--------------------|
|  | 6-8 тиж.                                     | 12-13 тиж.              | 6-8 тиж.                                      | 12-13 тиж.         |
| Підгрупа корекції (n=25)                 | 87,75 $\pm$ 5,91*                            | 244,50 $\pm$ 16,47**,** | 17,58 $\pm$ 1,30**                            | 77,87 $\pm$ 5,35** |
| Підгрупа з традиційним лікуванням (n=24) | 83,30 $\pm$ 9,56*                            | 130,55 $\pm$ 16,07*     | 29,05 $\pm$ 4,60                              | 23,14 $\pm$ 5,02*  |
| Контрольна група(n=30)                   | 186,50 $\pm$ 13,60                           | 569,33 $\pm$ 12,51      | 19,87 $\pm$ 2,14                              | 96,30 $\pm$ 4,04   |

Примітка. \* – різниця показників вірогідна порівняно з контролем, \*\* – різниця показників вірогідна порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням

Нами вст  
ТБГ в обох і  
вагітності зна  
ведливо як дл  
Слід зазначит  
ник ТБГ у під  
аналогічний п  
куванням (p<

Підгрупа ко

Підгрупа з  
лікуванн

Контрольна

Примітка. \*  
підгрупою з тра

З таблиці 3  
тромбіновий ч  
традиційним лі  
рочення ближч  
контрольною г  
дані показники  
до рівнів контр

Підгру

Підгрупа з трад

Контр

Примітка. \* –  
\*\* – різниця по

Нам вдалося  
винного гемоста  
гом вагітності. І  
кількості тромб  
мембранного по  
збільшення ПАТ  
(p<0,05). Водно

її (ЧР), протромбіногену (ТЧ), рівень фібриногену в 1 мл крові, ПАТ та ІСАТ). Вказані показники здійснювалися в кожній обстеженій жінці на 12-13 тижнів, забір крові. Проведено порівняння із даними, отриманими з традиційним лікуванням проведено також у жінках.

та їх обговорення. Дані обстежених жінок

Таблиця 1  
Показники гемостазу в вагітних із гестації (M±m)

| Гестостерон, нмоль/л | 12-13 тиж.    |
|----------------------|---------------|
| 119,79±3,63**        | 119,79±3,63** |
| 102,31±6,87*         | 102,31±6,87*  |
| 128,85±3,74          | 128,85±3,74   |

зокрема, якщо вміст фібриногену в підгрупі корекції на 12-13-го тижня гестації вірогідно не відрізняється в контрольній групі порівняно з підгрупою (p<0,05).

У таблиці 2 представлено дані про вміст плацентарних білків у вагітних жінок.

Таблиця 2  
Показники вмісту плацентарних білків у вагітних жінок

| Фертильність, нг/мл |
|---------------------|
| 12-13 тиж.          |
| 77,87±5,35**        |
| 23,14±5,02*         |
| 96,30±4,04          |

дані вірогідно порівняно з контрольною групою (p<0,05).

Нами встановлено, що середня концентрація ТБГ в обох підгрупах із ускладненим перебігом вагітності значно нижча, ніж у контролі. Це справедливо як для 6-8, так і для 12-13 тижнів гестації. Слід зазначити, що наприкінці I триместру показник ТБГ у підгрупі корекції вірогідно перевищував аналогічний показник у підгрупі з традиційним лікуванням (p<0,05). Стосовно АМГФ виявлено, що

середній вміст даного білка в 12-13 тижнів вагітності більший як у контрольній групі, так і в підгрупі корекції, порівняно з підгрупою з традиційною терапією (p<0,05).

Показники загального коагуляційного потенціалу та фібриногену, що вивчалися нами в жінок із загрозою викидня в I триместрі, представлені в таблиці 3.

Таблиця 3  
Показники загального коагуляційного потенціалу та рівень фібриногену у вагітних із загрозою невиношування у I триместрі (M±m)

|  | Фібриноген, г/л | Час рекальцифікації, с |            | Протромбіновий час, с |            | Тромбіновий час, с |            |              |
|--|-----------------|------------------------|------------|-----------------------|------------|--------------------|------------|--------------|
|  |                 | 6-8 тиж.               | 12-13 тиж. | 6-8 тиж.              | 12-13 тиж. | 6-8 тиж.           | 12-13 тиж. |              |
| Підгрупа корекції (n=25)                 | 3,31±0,17       | 2,82±0,18              | 92,15±2,15 | 99,94±1,81**          | 18,50±0,38 | 20,05±0,45***      | 16,80±0,31 | 18,90±0,35** |
| Підгрупа з традиційним лікуванням (n=24) | 2,90±0,12       | 3,16±0,23              | 94,80±1,29 | 91,95±1,71*           | 19,45±0,61 | 17,95±0,51*        | 17,45±0,56 | 16,85±0,66   |
| Контрольна група (n=30)                  | 2,89±0,10       | 2,80±0,12              | 95,03±1,44 | 99,50±1,03            | 19,50±0,45 | 21,47±0,44         | 16,30±0,38 | 17,37±0,36   |

Примітка. \* – різниця показників вірогідна порівняно з контролем, \*\* – різниця показників вірогідна порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням

З таблиці 3 видно, що час рекальцифікації, протромбіновий час та тромбіновий час у підгрупі з традиційним лікуванням мають тенденцію до скорочення ближче до кінця I триместру, порівняно з контрольною групою (p<0,05). У підгрупі корекції дані показники до 12-13-го тижня наближаються до рівнів контрольної групи. Середній же рівень

фібриногену між групами вірогідно не відрізнявся. Наведені дані, очевидно, свідчать про тенденцію до гіперкоагуляції, яка супроводжує клініку загрози абортів у I триместрі гестації.

У таблиці 4 наведені результати вивчення тромбоцитарно-судинного гемостазу в обстежених нами вагітних.

Таблиця 4  
Показники тромбоцитарно-судинного гемостазу у вагітних із загрозою невиношування в I триместрі гестації (M±m)

|  | К-ть тромбоцитів, тис/мл |               | Відсоток адгезивних тромбоцитів, % |               | Індекс спонтанної агрегації тромбоцитів, % |             |
|--|--------------------------|---------------|------------------------------------|---------------|--|-------------|
|  | 6-8 тиж.                 | 12-13 тиж.    | 6-8 тиж.                           | 12-13 тиж.    | 6-8 тиж.                                   | 12-13 тиж.  |
| Підгрупа корекції (n=25)                 | 301,10±4,36*             | 274,45±1,48** | 43,45±0,58*                        | 38,73±0,60*** | 4,68±0,27***                               | 3,50±0,14** |
| Підгрупа з традиційним лікуванням (n=24) | 297,15±4,65*             | 300,55±3,63*  | 43,59±0,65*                        | 43,25±0,43    | 5,22±0,30*                                 | 4,67±0,25*  |
| Контрольна група (n=30)                  | 268,87±3,00              | 277,40±2,13   | 40,60±0,47                         | 42,32±0,43    | 3,03±0,17                                  | 3,19±0,11   |

Примітка. \* – різниця показників вірогідна порівняно з контролем, \*\* – різниця показників вірогідна порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням

Нам вдалося виявити ознаки напруження перинного гемостазу в жінок з ускладненим перебігом вагітності. Це проявляється як підвищенням кількості тромбоцитів на 1 мл, так і активізацією мембранного потенціалу тромбоцитів (у вигляді збільшення ПАТ та ІСАТ) порівняно з контролем (p<0,05). Водночас на тлі прийому запропонова-

ного нами лікувального комплексу відбувається нормалізація даної ланки гемостазу. Так, зокрема, на 12-13-му тижні гестації середні показники ПАТ, ІСАТ та кількості тромбоцитів на 1 мл крові в підгрупі корекції менші, ніж у підгрупі з традиційною терапією (p<0,05), а відсоток адгезивних тромбоцитів нижчий порівняно навіть із контрольною

групою ( $p < 0,05$ ). Це, на нашу думку, призводить до покращання кровопостачання трофобласта.

Було проведено відстеження перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також стану новонароджених дітей у 48 вагітних з підгрупи корекції та 48 жінок із традиційним лікуванням невиношування, шляхом аналізу медичної документації. Слід зазначити, що у 6 жінок із підгрупи, що

отримувала традиційну корекцію загрози викидня I триместру ( $12,50 \pm 4,77\%$ ) відбулися самовільні викидні в терміні гестації 14-21 тижнів. З підгрупи корекції всі 48 жінок народили в термін.

Протягом гестації жінкам, що зберегли вагітність, здійснювали ультразвукове дослідження в терміні 22-24 та 34-36 тижнів вагітності з оцінкою стану плаценти за шкалою А.Н.Стрижакова [7] (табл. 5).

Таблиця 5  
Особливості стану плаценти при ультразвуковому обстеженні в 22-24 тижні вагітності у вагітних із загрозою невиношування в I триместрі гестації ( $M \pm m, \%$ )

|   | Підгрупа корекції (n=48) | Підгрупа з традиційним лікуванням (n=42) |
|---|--------------------------|--|
| Середня товщина плаценти, мм              | 2<br>$3,85 \pm 0,63^*$   | $22,26 \pm 0,46$                         |
| Зазубрення хоріальної пластинки           | 4<br>$8,33 \pm 3,99\%^*$ | 12<br>$28,57 \pm 6,97\%$                 |
| Кісти паренхіми плаценти                  | —                        | 2<br>$4,77 \pm 3,29\%$                   |
| Базальний шар у вигляді пунктиру          | 2<br>$4,17 \pm 2,88\%$   | 6<br>$14,29 \pm 5,40\%$                  |
| Базальний шар у вигляді зливної пластинки | —                        | 3<br>$7,14 \pm 3,97\%$                   |

Примітка. \*—  $p < 0,05$  порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням

При ультразвуковому обстеженні в 22-24 тижні у жінок підгрупи корекції вірогідно рідше, порівняно з вагітними із традиційним лікуванням невиношування I триместру, зустрічалось зазубрення хоріальної пластинки. Крім того, візуалізація базального шару посліду як у вигляді пунктиру, так і у вигляді зливної пластинки в групі корекції відмічалось 2 рази ( $4,17 \pm 2,88\%$ ) проти 9 випадків ( $21,43 \pm 6,33\%$ ) у підгрупі порівняння ( $p < 0,05$ ). Наведені критерії говорять про наявність I ступеня зрілості, що не відповідає терміну гестації 22-24 тижні. Всього ознаки передчасного дозрівання плаценти у 22-24 тижні гестації були виявлені у

19 жінок ( $45,24 \pm 7,68\%$ ) з підгрупи з традиційним лікуванням проти шести ( $12,50 \pm 4,77\%$ ) з підгрупи корекції ( $p < 0,05$ ), причому у 15 вагітних із підгрупи з традиційним лікуванням ( $35,71 \pm 6,61\%$ ) спостерігалась одна ознака, у чотирьох відповідно ( $9,52 \pm 4,53\%$ ) – по дві. Слід також відзначити, що в підгрупі жінок, які приймали запропоновану нами терапію, середня товщина плаценти у місці прикріплення пуповини була вірогідно більшою порівняно із групою з традиційним лікуванням ( $p < 0,05$ ).

Дані ультразвукового обстеження фетоплацентарного комплексу у III триместрі гестації (35-37 тижнів) наведені в таблиці 6.

Таблиця 6  
Особливості ультразвукової плацентографії в 35-37 тижнів вагітності у вагітних із загрозою невиношування в I триместрі гестації ( $M \pm m, \%$ )

|   | Група корекції (n=48)      | Група з традиційним лікуванням (n=42) |
|---|----------------------------|---------------------------------------|
| Середня товщина плаценти, мм                                  | $36,00 \pm 0,64$           | $34,53 \pm 0,54$                      |
| Гіпоплазія плаценти   | —                          | 1<br>$2,38 \pm 2,35\%$                |
| Гіперплазія плаценти  | 2<br>$4,17 \pm 2,88\%$     | 5<br>$11,90 \pm 5,00\%$               |
| Хоріальна пластинка із роздільними дольками                   | 15<br>$31,25 \pm 6,69\%^*$ | 27<br>$64,29 \pm 7,39\%$              |
| Контрастування базальної мембрани у вигляді пунктиру          | 22<br>$45,83 \pm 7,19\%$   | 15<br>$35,71 \pm 7,39\%$              |
| Контрастування базальної мембрани у вигляді зливних пластинок | 26<br>$54,17 \pm 7,19\%$   | 27<br>$64,29 \pm 7,39\%$              |
| Кісти паренхіми   | 2<br>$4,17 \pm 2,88\%$     | 3<br>$7,14 \pm 3,97\%$                |

Кальцинація

Локалізація  
– передня стінка  
– задня стінка  
– дно матки

Низька плацента

Примітка

Середня товщина плаценти, що зберегла вагітність, була вірогідно більшою порівняно з групою з традиційним лікуванням ( $p < 0,05$ ).  
Таким чином, у вагітних 35-37 тижнів вагітності ( $35,42 \pm 6,61\%$ ) терапію запропоновано у 13 вагітних ( $64,58 \pm 6,90\%$ ) порівняно з групою з традиційним лікуванням. Що стосується викиднів, не виявлено в жодній з груп.

Після терапії в плацентах не виявлено класифікації Ловановим [5].

Діагноз на основі наявності синцитіокапілярної та зменшення площі за результатами дослідження у 13 вагітних корекції і у 2 вагітних з традиційно малих термінів жінок, що отримували терапію з привертання дологічних змін рідше порівняно з традиційною терапією частоти. Висновки про наявність ризику зводять до п

1. Бербець І.  
порушень при  
№ 1. – С. 9-15.  
2. Гудивок І.  
Здоров'я жінки  
3. Жук С.И.  
В.М. Сидельни

цію загрози викидня І ули самовільні викидні в термін. що зберегли вагіт- ве дослідження в тер- ності з оцінкою стану вакова [7] (табл. 5).

Таблиця 5  
ні вагітності  
(%)

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| група з традиційним лікуванням (n=42) | 22,26±0,46  |
| 12                                    | 28,57±6,97% |
| 2                                     | 4,77±3,29%  |
| 6                                     | 14,29±5,40% |
| 3                                     | 7,14±3,97%  |

групи з традиційним лікуванням (50±4,77%) з підгрупи 15 вагітних із підгрупи (35,71±6,61%) спочотирьох відповідно кож відзначити, що в запропоновану нами плаценти у місці прикрі- но більшою порівня- нням (p<0,05). геження фетоплацен- трестрі гестації (35-37

Таблиця 6  
вагітних

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| група з традиційним лікуванням (n=42) | 34,53±0,54  |
| 1                                     | 2,38±2,35%  |
| 5                                     | 11,90±5,00% |
| 27                                    | 64,29±7,39% |
| 15                                    | 35,71±7,39% |
| 27                                    | 64,29±7,39% |
| 3                                     | 7,14±3,97%  |

|                        |                   |                   |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Кальцирати паренхіми   | –                 | 4<br>9,52±4,53%   |
| Локалізація плаценти:  | 29<br>60,42±7,06% | 26<br>61,90±7,49% |
| – передня стінка матки | 17                | 12                |
| – задня стінка матки   | 35,42±6,90%       | 28,57±4,02%       |
| – дно матки            | 2<br>4,17±2,88%   | 4<br>9,52±4,53%   |
| Низька плацентация     | –                 | 1<br>2,38±2,35%   |

Примітка. \* – p<0,05 порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням

Середня товщина плаценти між групами вірогідно не відрізнялася. Нами виявлено тенденцію до зниження частоти ознак передчасного дозрівання плаценти, зокрема, наявності хоріальної пластинки із вираженими перегордками – «глибокого розділення дольок» – в групі корекції порівняно із групою з традиційним лікуванням (p<0,05).

Таким чином, III ступінь зрілості плаценти в 35-37 тижнів гестації був діагностований у 17 жінок (35,42±6,90%) із групи корекції та у 24 жінок (57,14±7,64%) із групи, що отримували традиційну терапію загрози викидня в I триместрі (p<0,05). Натомість II ступінь був діагностований у 31 вагітних (64,58±6,90%) з групи корекції та у 18 вагітних із групи з традиційним лікуванням (42,86±7,64%, p<0,05). Що стосується даних про локалізацію плацент, нами не виявлено вірогідних відмінностей між групами.

Після термінових пологів проводили патогістологічне дослідження плацент (ПГД). Зміни у плацентах на тканинному рівні вивчалися згідно класифікації проявів ПН, запропонованої А. П. Миловановим [5].

Діагноз дисфункції плаценти виставлявся на основі наявності в тканині посліду потовщення синцитіокапілярних мембран, фіброзу стромі ворсин та зменшення кількості термінальних ворсин. За результатами ПГД вказаний діагноз було виставлено у 13 вагітних з 48 (27,08±6,41%) з підгрупи корекції і у 27 жінок з 42 (64,29±7,39%) в підгрупі з традиційною терапією загрози невиношування малих термінів (p<0,05). Таким чином, в плацентах жінок, що отримували запропоноване нами лікування з приводу загрози аборту в I триместрі, патологічні зміни на тканинному рівні зустрічаються рідше порівняно із вагітними, що приймали лише традиційну терапію, натомість, відмічається зростання частоти компенсаторних проявів.

**Висновки.** 1. Запропонована комплексна терапія загрози невиношування в I триместрі призводить до покращання функції трофобласта на

12-13-му тижні гестації, що проявляється у вигляді вірогідного, порівняно з підгрупою з традиційним лікуванням, підвищення сироваткових рівнів прогестерону, трофобластичного β-глікопротеїну та α-2- мікроглобуліну фертильності, а також супроводжується нормалізацією показників гемостазу.

2. Ультразвукове обстеження, проведене під час вагітності, свідчить, що у жінок, які мали ознаки загрози невиношування в I триместрі гестації, і отримували традиційне лікування, вірогідно частіше спостерігалися ознаки передчасного дозрівання посліду, порівняно з пацієнтками, які отримували запропонований нами лікувальний комплекс.

3. Трофобластичний β-глікопротеїн та α-2-мікроглобулін фертильності є головними «засобами стримування» запуску прокоагулянтних механізмів, зокрема, тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, при загрози невиношування вагітності в I триместрі. Прогресивне зниження рівнів згаданих гестаційних протеїнів при недостатності функції плаценти, що формується, як ми вважаємо, може призвести до виникнення більш тяжких порушень у системі регуляції агрегантного стану крові, що відобразиться на кровопостачанні плідного яйця, і, як наслідок, приведе до розвитку патогістологічних змін в плаценті, характерних для її дисфункції.

3. Ультразвукове обстеження, проведене під час вагітності, свідчить, що у жінок, які мали ознаки загрози невиношування в I триместрі гестації, і отримували традиційне лікування, вірогідно частіше спостерігалися ознаки передчасного дозрівання посліду, порівняно з пацієнтками, які отримували запропонований нами лікувальний комплекс.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження передбачають відстеження рівнів трофобластичного β-глікопротеїну та α-2-мікроглобуліну фертильності в більш пізніх термінах вагітності, а також вивчення взаємозв'язків між рівнями вказаних плацентарних білків та станом новонароджених дітей.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Бербець А.М. Перебіг вагітності і пологів у жінок із комплексним лікуванням децидуально-трофобластичних порушень при невиношуванні в ранні терміни гестації / А.М.Бербець // Клін. та експерим. патол. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 9-15.
2. Гудивок І.І. Комплексна терапія вагітних зі звичними мимовільними викиднями / І.І. Гудивок, І.П. Поліщук // Здоров'я жінчини. – 2006. – № 3 (27). – С. 37-38.
3. Жук С.И. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему / С.И. Жук, Я.В. Калинка, В.М. Сидельникова // Здоров'я України. – 2007. – № 5/1. – С. 3-5.

4. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності». Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008. – Офіц.вид. – К.: М-во охорони здоров'я України, 2008. – 41 с. (Нормативний документ МОЗ України. Клінічний протокол).

5. Милованов А.П. Патология системы "Мать– плацента-плод" / А.П.Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 450 с.

6. Сидельникова В.М. Гормональные аспекты невынашивания беременности / В.М.Сидельникова // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2007 – № 4. – С. 19-22.

7. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Руководство. Под. ред. Стрижакова А.Н. – М. – 1999. – 360 с.

8. Dugoua J.-J. Safety and efficacy of Ginkgo Biloba during pregnancy and lactation / J.-J. Dugoua, E. Mills, D. Perri, G. Koren // Can. J. Clin. Pharmacol. – 2006. – Vol. 13 (3). – P. e277-e284.

9. Krabbendam I. Pregnancy outcome in patients with a history of recurrent spontaneous miscarriages and documented thrombophilias / I.Krabbendam, G.A.Dekker // Obstet. Gynecol. Surv. – 2004. – Vol. 59, № 9. – P. 651-652.

Table with multiple columns and rows, containing text that is mostly illegible due to blurring and low resolution. The text appears to be a list of items or a detailed report.

### ПОГЛЯД ГОСТРО

**Анотація:** У с  
ційного болю у вій  
фармацевтичного  
лікарських засобі  
службі Збройних і  
у хірургічному від  
переліку.

**Анотация:** В  
послеоперационн  
яние отечественн  
фармакологическ  
звующих средств в  
2014 год, определ  
дальнейшего испо

**Summary:** The  
pain in soldiers ATO  
by its ability to cov  
analgesics in the m  
the level of consum  
expansion of the list

**Постановка**  
та її зв'язок із  
тичними завда  
би Збройних Сл  
від ступеню ве  
стосується як  
ня його медики  
порційно вико  
під час веденн  
бойової хірургії  
жених та поел  
останніми стап  
важній більшос  
нення з уражен  
поранень 40% с  
долгих кінцівок  
ни кінцівок та  
тіла. [1].

Максимальн  
рургічної допо  
мобільній госпіт  
талі, центральн  
використання су  
атностичного ал  
куації у системі.  
жали на меті заб  
визначеної за оі  
уникнення розв  
При цьому адез  
ному періоді хір  
дужбовців дозво