



**ПЕРИНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА:
ПРОБЛЕМИ, НАСЛІДКИ, ПЕРСПЕКТИВИ**

Матеріали конференції

Чернівці, 2011

же у 6 разів частіше висівалися з дихальних шляхів у немовлят, які померли (16,2% проти 2,8%, $p < 0,05$).

Висновок. Отримані дані свідчать про те, що дизметаболичні порушення ускладнюють перебіг постнатальної адаптації дітей з НММТ та можуть розглядатися, як предиктори летального наслідку в неонатальному періоді.

Ясніковська С.М.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ДЕЦИДУО-ТРОФОБЛАСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ТЛІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАНИХ ТЕРМІНАХ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Аналізуючи дані літератури, можна прийти до висновку, що плацентарна дисфункція (ПД) є причиною ускладненого перебігу гестаційного періоду і пологів. Не дивлячись на значне зростання уваги до її вивчення за останні роки, деякі питання залишаються невирішеними і суперечливими. При даній патології збільшується материнська та перинатальна захворюваність і смертність.

Нами проведено статистичний аналіз 84 історій хвороб жінок, які поступали з кров'янистими виділеннями в малих термінах вагітності (до 12 тижнів) до гінекологічного відділення міського клінічного пологового будинку №2 м. Чернівці протягом 2010 року. Для обробки отриманих даних використовувався клініко-статистичний метод.

Проведений аналіз історій хвороб показав, що з 84-х вагітних 23-м виконано вишкрібання порожнини матки у зв'язку з прогресуванням мимовільного викидня на фоні запропонованої терапії. З гінекологічного відділення з покращанням і збереженою вагітністю виписана 61 вагітна.

За віком обстежені жінки розподілилися наступним чином: до 20 років було 9 вагітних (14,7%), 21-30 років – 37 жінок (60,6%), 31 рік і більше мали 15 обстежуваних (24,6%). Аналізуючи соціальну зайнятість жінок ми відмітили, що робітниці становили 13,7%, службовці – 57,9%, домогосподарки – 15,2%, студенти – 5,8%, колгоспниці – 4,4%.

Перенесені до вагітності екстрагенітальні захворювання відмічали у 78,2% жінок. У 53,6% вагітних спостерігалися часті гострі респіраторні за-

хворювання, у переважної більшості (84,7%) – дитячі інфекції (кір, скарлатина, вітряна віспа та інші).

У досліджуваних на основі анамнезу вивчені особливості менструальної функції: початок менструацій у 62,3% жінок зареєстровано у віці 11-13 років, поряд з цим у 23 обстежуваних (37,7%) спостерігалось пізньє менархе. У 33 вагітних (54,1%) становлення менструального циклу відбувалося протягом року і більше ніж рік. Тривалі менструації – від 4 до 7 діб мали 49 жінок (80,3%). Порушення менструального циклу спостерігалися у 23 (37,7%) вагітних, при цьому значні і болючі менструації – у 30,4% обстежуваних і в 13,1% – нерегулярні.

Гінекологічні захворювання в анамнезі відмічені у 28 (45,9%) жінок. З них 10 (35,7%) страждали запальними захворюваннями матки і придатків, у 13 (46,4%) – ерозія шийки матки з подальшою її діатермокоагуляцією або кріодиструкцією, у 2 (7,1%) – ендометрит і аднексит після штучного аборту; 3 (10,7%) хворі оперовані з приводу кісти яєчника, у 2 (7,1%) – позаматкова вагітність, в 1 (3,6%) – видалення поліпа цервікального каналу.

Серед обстежуваних жінок 17 (27,9%) – першовагітні. У 13 (29,5%) вагітних були по 1 разу штучні аборти в ранніх термінах, у 5 (11,4%) – по 2 рази і у 2 (4,5%) – по 3 рази і більше. З 44 повторновагітних 22 жінки мали в анамнезі мимовільні викидні, причому три з них (13,6%) – двічі. Як правило, вони супроводжувалися значними кровотечами, внаслідок чого чотирьом жінкам була проведена гемотрансфузія. Одна жінка мала в анамнезі міхуровий занос.

Із 61 досліджуваної жінки в 42 (68,8%) відбулися пологи, причому в 4 (9,5%) – передчасні і 19 вагітних на даний момент знаходяться перед пологами.

Аналізуючи подальший перебіг гестаційного періоду в обстежуваних жінок з'ясовано, що кожна друга жінка мала множинні ускладнення вагітності. Слід також зауважити, що майже в 46% вагітних у подальшому виникали симптоми загрози переривання вагітності, які потребували стаціонарного лікування, причому кожна третя з них по 2 і більше рази отримували терапію для збереження вагітності.

Спровокована в малих термінах вагітність не могла не відбитися на стані внутрішньоутробного плода. Так, дистрес плода під час вагітності та в пологах зареєстрований в 37,7% вагітних, а СЗРП – у 14,8%.

Тривалий час в жінок із невиношуванням у малих термінах гестації здійснюють ретельний акушерсько-гінекологічний анамнез. Дитячі інфекції, хронічні гонейкологічні захворювання, мимовільні та штучні аборти слід вважати за фактори ризику виникнення загрози переривання вагітності та формування на її плі дешдуо-трофобластичних порушень.

Ясніковська С.М.

ВІЗНАЧЕННЯ РІВНІВ БІЛКІВ ЗОНИ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЮ ФОРМОЮ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології,
Чернівецький державний медичний університет, м. Чернівці*

У механізмах імунологічної резистентності організму матері до семіоциту плода важливу роль відіграють синтезовані плацентою білки. Завдяки могутній імуносупресивній активності, ці білки беруть участь у регулюванні трансплацентарної реакції матері, забезпечуючи розвиток імунологічної толерантності вагітної жінки до генетично чужорідного плода.

В сироватці крові у 90 вагітних жінок з матково-плацентарною формою дисфункції плаценти (ДП) та 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) нами було досліджено рівні білків зони вагітності (плацентарний α_1 -мікроглобулін (ПАМГ), α_2 -мікроглобулін фертильності (МГФ) і трофобластичний γ -глікопротеїн – ТБГ). Дослідження проводили в динаміці: 20-24, 28-32 та 34-37 тижнів вагітності.

Аналіз рівня ТБГ показав, що в контрольній групі відзначається поступове зростання концентрації ТБГ від терміну 20-24 тижні ($39100 \pm 805,4$ нг/мл) до терміну 34-37 тижнів вагітності ($547600 \pm 618,6$ нг/мл). Динаміка збільшення концентрації ТБГ з 28-32 тижнів до 34-37 тижнів була нижчою в порівнянні з зростанням з 20 тижнів до 28 тижнів гестації, що говорить про ослаблення білокутворюючої функції плодової частини наприкінці вагітності.

При матково-плацентарній формі дисфункції плаценти динаміка ТБГ характеризувалася кривою, де зберігається загальна тенденція до збільшення вмісту білка у міру прогресування терміну гестації, але в порівнянні з контролем динаміка значно нижча. Так рівень з 20-24 тижнів нагадує пла-

то” ($p > 0,05$), а далі спостерігається різке зменшення рівня даного білка і в 34-37 тижнів вагітності його концентрація становить $25099 \pm 616,5$ нг/мл, тобто знаходиться майже на такому ж рівні, як в 20 тижнів вагітності.

Концентрація ТБГ в 20-24 тижні вагітності в досліджуваній групі була в 1,2 раза нижчою, ніж в контрольній ($p < 0,0001$). В терміні 28-32 тижні вагітності концентрація даного білка в основній групі була в 1,4 рази нижчою порівняно із контрольною групою ($p < 0,0001$), а у 34-37 тижнів – в 1,7 раза ($p < 0,001$).

Рівень АМГФ при фізіологічній вагітності та при матково-плацентарній формі дисфункції плаценти зменшується у міру прогресування терміну гестації. В 20-24 тижні вагітності відповідно $90,63 \pm 0,92$ і $116,7 \pm 1,73$ нг/мл ($p < 0,0001$), в 34-37 тижнів – $85,8 \pm 1,09$ нг/мл і $108,8 \pm 0,69$ нг/мл ($p < 0,0001$). У 20-24, 28-32 і у 34-37 тижнів гестації у жінок із ускладненим перебігом вагітності концентрація даного білку була в 1,2 раза вищою, ніж у контролі ($p < 0,0001$).

Рівень ПАМГ у динаміці нормальної вагітності зменшується з зростанням терміну гестації. Так в 20-24 тижні середні показники досліджуваного білка в крові вагітних становить $46,34 \pm 0,57$ нг/мл, в кінці вагітності концентрація ПАМГ дещо знижується – $39,98 \pm 0,23$ нг/мл ($p < 0,0001$).

При наявності матково-плацентарної форми дисфункції плаценти динаміка даного показника має протилежні тенденції. В 20-24 тижнів рівень ПАМГ дорівнює $76,32 \pm 0,44$ нг/мл, в 28-32 тижні концентрація даного білка достовірно зростає до $165,5 \pm 2,05$ нг/мл, ще більшим його значення стає в 34-37 тижнів ($192,3 \pm 3,56$ нг/мл).

Концентрація ПАМГ в 20-24 тижні вагітності в досліджуваній групі була в 1,6 раза вищою, ніж в контрольній ($p < 0,0001$). В терміні 28-32 тижні вагітності концентрація даного білка в основній групі була в 4 рази вищою порівняно із контрольною групою ($p < 0,0001$), а у 34-37 тижнів гестації аж в 5 разів більшою, ніж у групі контролю ($p < 0,0001$).

Таким чином, у діагностиці початкових проявів матково-плацентарної форми дисфункції плаценти найбільш доцільним є визначення в 20-24 тижні вагітності специфічних білків зони вагітності в сироватці крові.