

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У МЕДИЧНИХ
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУКАХ»**

5-6 грудня 2014 р.

Київ
2014

- десів // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2000. – Т. 4, № 1. – С. 44–47.
6. Кузнецова М.Н. // Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляева. – М., 2002. – Гл. 2.2. – С. 206–213.
 7. Левин Л. // Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. – М., 1999. – С. 222–239.
 8. Мамыкина В.М., Игнатъев В.Н., Асеинова Р.З. // Озон и методы эфферентной терапии в медицине: Тезисы докладов IV Всероссийской науч.-проект. конф. – Н.Новгород, 2000. – С.112.
 9. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Зыряева Н.А. Эндокринное бесплодие у женщин: диагностика и лечение. Практическое руководство. М.–2000, 80 с.
 10. Овсянникова Т.В. Эндокринное бесплодие у женщин при гиперпролактинемии // Гинекология. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 121–123.
 11. Побединский Н.М., Балтуцкая О.И., Омеляненко А.И. Стероидные рецепторы нормального эндометрия // Акуш. и гин. – 2000. – № 3. – С. 5–8.
 12. Рудакова Е.Б., Семенченко С.И. и др. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие // Гинекология. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 132–136.
 13. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2000. – 591 с.

Бакун О. В., кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства і гінекології

Глушко Т. І., Дудко О. М., студенти

*Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Наукові дослідження та практичний досвід свідчать, що питання збереження репродуктивного здоров'я, зменшення материнських та плодово-малюкових втрат, а особливо демографічна ситуація виходять далеко за межі медичної галузі й стали загальнодержавною міждисциплінарною проблемою. З метою вирішення цих питань в Україні було прийнято відповідні законодавчі акти, державні, національні, галузеві та регіональні програми, зокрема Національна програма «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 рр.». Реалізація національних програм показала ефективність комплексного міждисциплінарного підходу в поліпшенні репродуктивного здоров'я, зокрема зменшенні штучного переривання вагітності, захворювань, що передаються статевим шляхом, та їх наслідків (невиношування вагітності, материнської та перинатальної смертності). Розпорядження Ка-

бінету Міністрів України від 27.04.2006 р. № 244-р «Про схвалення концепції державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 рр.» з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерської допомоги довело, що нова програма охопила значно ширше коло проблем репродуктивного здоров'я різних верств населення України, стала логічним продовженням виробленої стратегії на шляху досягнення позитивної динаміки показників репродуктивного здоров'я європейського рівня. Проте, на жаль, досягнуті показники залишаються гіршими порівняно з іншими країнами Європи. За даними аналізу останніх трьох років, невиношуванням вагітності (НВ) закінчується кожна десята вагітність, що зумовлено високою розповсюдженістю абортів, інфекцій, що передаються статевим шляхом, ендокринної патології та ін. Прямі репродуктивні втрати від НВ щороку становлять 36-40 тис. ненароджених бажаних дітей. Понад 30-40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. З кожним роком зростає кількість маловагових дітей (з масою тіла при народженні менше 1000 г), а смертність у цій категорії у 33 рази вища, ніж серед доношених дітей [1, 4, 7, 9]. Актуальність НВ зумовлена не лише медичними, а й соціальними факторами, оскільки призводить до зниження народжуваності та впливає на фізичне й психічне здоров'я жінок, стан їх сімейного благополуччя, працездатність [1, 4, 7, 9]. В останні роки зріс відсоток аутоімунної патології, інфекцій, що передаються статевим шляхом і визначають хронізацію запальних процесів статевих органів, залучення систем жіночого організму до патологічного процесу, виникнення вторинного імунодефіциту, хронічної форми синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ). Це стало підставою для розробки нового патогенетичного підходу до ведення жінок із НВ [2, 3, 5–8]. Близько 50-60% пацієнток із НВ мають певні дефекти системи гемостазу (дисфібриногенемію, дефіцит XII та XIII факторів згортання, протеїну С, протеїну S), а також мультисистемне ураження коагуляційних механізмів, що змушує розв'язувати цю актуальну проблему на міждисциплінарному рівні [2, 5–8]. Вивчення проблеми звичного викидня з позиції психосоматичної медицини засвідчує, що порушення функціонування різних систем жіночого організму впливають на психіку жінки, однак описи змін психоемоційного статусу жінки зі звичним НВ у літературі не численні. На сучасному етапі медицина потребує інтеграції та індивідуалізації психотерапевтичних, фармакологічних та немедикаментозних методів лікування НВ. Частота НВ у середньому становить від 10–12 до 20–35% від загальної кількості вагітностей (в осінній та весняний періоди цей показник збільшується). НВ – поліетіологічна патологія. Будь-який патологічний процес в організмі може спричинити передчасне переривання вагітності. Поняття «синдром втрати плода» включає один або більше самовільних викиднів у 10 тижнів вагітності і більше (включаючи вагітність, що не розвивається); неонатальну смерть унаслідок ускладнення передчасних пологів, важкого пізнього гестозу або плацентарної недостатності; три або більше мимовільних викиднів на преємбріонічній або ранній ембріонічній стадії, коли

виключені анатомічні, генетичні і гормональні причини невиношування; мертвонародження.

Причини невиношування вагітності

I. Патологія стану організму матері

1. Генетичні фактори і хромосомні аномалії. При високому рівні утворення хромосомно-аномальних зародків відбувається природний добір, спрямований на усунення носіїв хромосомних мутацій. У людини понад 95% мутацій елімінуються внутрішньоутробно, і лише невелика частина ембріонів і плодів з аберациями хромосом доживають до перинатального періоду.

2. Нейроендокринні фактори НВ: – порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу (синдром Шихана); – синдром полікістозних яєчників (СПКЯ); – гіперпролактинемія; – гіперандрогенія (яєчникового, надниркового, змішаного генезу); – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної і лютеїнової фаз циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність).

3. Інфекційні фактори Найпоширенішою причиною НВ є інфекційні фактори: віруси, бактерії, стрепто- і стафілококи, клібсієли, протей, мікоплазми тощо, об'єднані в так званий клас TORCH-інфекцій. Інфекція може призводити до НВ з ураженням плода і плодових утворень (плаценти, оболонки, пуповини, вод), а також без інфікування. Шляхи передачі інфекції: через статеві клітини, висхідний, гематогенний, трансплацентарний. Небезпека НВ інфекційного генезу значно підвищується за наявності у матері ендогенних запальних вогнищ генітальної та екстрагенітальної локалізації. Інфекція може призводити не лише до НВ, але й формування уроджених пороків розвитку плоду. Діагностичні критерії для виявлення ураження плаценти при ГВІ (А, В): – ультразвукове дослідження (УЗД): потовщення, кальциноз і передчасне старіння плаценти, зменшення кількості навколоплідної рідини; – доплерометрія: порушення матково-плацентарного і фетоплацентарного кровоплину, зміна периферичного опору судин плаценти.

4. Імунологічні фактори НВ: – аутоімунні процеси (АФС, системний червоний вовчак (СЧВ) та інші аутоімунні захворювання); – алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері й плоду за резус-фактором і системою АВ0, сенсибілізація за фетальними антигенами); – імунодефіцитні процеси.

5. Генітальні фактори НВ: – вади розвитку статевих органів; – істмікоцервікальна недостатність; – дефекти матки (гіпоплазія, аденоміоз, хронічний ендометрит, оперативні втручання на матці (порушення механізмів трансформації ендометрію функціонального й органічного генезу), синехії, патологія рецепторного апарату).

II. Патологія вагітності – преєклампсія, неправильне положення плоду, багатоводдя і маловоддя, аномалії прикріплення і розвитку плаценти, передчасне відшарування плаценти. У II і III триместрах на процес виношування впливають різні ускладнення вагітності: пізній гестоз, аномалії прикріплення плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, багатоводдя і багатоплідність, неправильне положення плода, розриви навколоплідних оболонок і хоріоамніоніт. **III. Екстрагеніта-**

льні захворювання матері – серцево-судинна патологія, захворювання нирок, цукровий діабет, захворювання органів черевної порожнини, хірургічні втручання при захворюваннях інших органів і систем. **IV. Патологія стану організму батька**, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту. **V. Соціально-середовищні фактори НВ:** екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря тощо); вік матері (до 18 і після 30 років); несприятливі умови життя (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів, труднощі з транспортом при поїздках на роботу і назад); професійні та виробничі шкідливості (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні); шкідливі звички. **VI. Фактори нез'ясованої етіології.** В останні роки з'явилися переконливі дані, що свідчать про роль оксиду азоту (NO) у регуляції багатьох фізіологічних функцій жіночого організму, включаючи інгібування маткових скорочень і пролонгацію вагітності. Було доведено, що рівень NO у сироватці крові вагітних є універсальним прогностичним маркером розвитку вагітності. Призначення трансдермальних форм донаторів NO вагітним із НВ є ефективним лікувальним алгоритмом у цього контингенту жінок.

Література:

1. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Під ред. Н.Я. Жилки. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
2. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике / Макацария А.Д. и др. // Научное издание под ред. А.Д. Макацария. – М: РУССО, 2001. – 304 с.
3. Барияк І. Р. Генетичний моніторинг як етап розвитку медичної генетики // Зб. наук. праць. – К., 1999. – 13 с.
4. Богатирьова Р. В. Генетика репродуктивних втрат // К., 2003. – 206 с.
5. Гениевская М.Г., Макацария А.Д. Антитела к фосфолипидам и невынашивание. // Вестн. рос. асс. акуш-гин. – 2000. – № 1. – С. 44–46.
6. Дашкова В.Е., Давыдова Ю.В. Современные аспекты гормонального обеспечения физиологической беременности // Здоровье женщины. – 2004. – № 18. – С. 340.
7. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. Під ред. Н.Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 127 с.
8. Пономарева И.В. Антифосфолипидные антитела при осложненном течении беременности // Акуш. и гин. – 2000. – № 2. – С. 12–15.
9. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні. Ситуаційний аналіз. / Н. Березіна, Б. Ворник, Ю. Галустян, Н. Жилка, Коломієць, І. Курило // ФНООН, МОЗ, УАПС, 2005.