

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

СТАН ФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

Кизима І.М., Маринчина І.М.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

Серед причин патології репродуктивної функції жінок значна роль належить гіперандрогенії (ГА). ГА - патологічний стан, обумовлений зміною секреції андрогенів, порушенням їх метаболізму і зв'язування на периферії.

Мета. Виявлення закономірностей формування гормональних порушень та їх роль у виникненні плацентарної дисфункції (ПД) у вагітних з ГА.

Матеріали та методи. До основної групи (30 осіб) увійшли вагітні жінки зі стерними формами ГА, діагностовані в I триместрі вагітності. Контрольну групу склали 30 пацієнток з відсутністю гестаційних ускладнень, обтяженого гінекологічного та акушерського анамнезу.

Результати і обговорення. Згідно одержаних нами результатів основним ускладненням I половини вагітності у жінок з ГА є загроза переривання вагітності (100%), причому в 46,7% мала місце істміко-цервікальна недостатність, часткове відшарування хоріону в малих термінах, аномалія пологової діяльності. Особливо звертає на себе увагу частота ускладнень з боку плода: дистрес - 73,3±5,2% та синдром затримки розвитку плода - 43,3±5,3%.

Ми встановили, що у вагітних обох груп спостерігається тенденція до поступового збільшення рівня прогестерону (ПГ), але у вагітних основної групи середні значення концентрації гормону були суттєво нижчими (в 2 рази) протягом всієї вагітності (в 20-24 тижні - 34,58±0,48 нмоль/л, в 34-37 тижнів - 72,16±3,67).

Аналізуючи динаміку плацентарного лактогену (ПЛ) у жінок обох груп, ми відзначили пропорційний підйом цього гормону за прогресуванням гестаційного процесу. Однак, у вагітних основної групи середні значення концентрації даного гормону були суттєво нижчими протягом всієї вагітності. Так, найбільш виражені розходження між групами (більш ніж в 3 рази) мали місце в 20-24 тижні (контрольна група – 3,48±0,04 мг/л, основна – 1,13±0,02 мг/л).

Відсутність позитивної динаміки у продукції ПГ та ПЛ, як правило, характеризує гормон продукуєчне зниження функції синцитіотрофобласта, структура якого зазнає значних змін при ПД. Зменшення рівня ПЛ у жінок основної групи (враховуючи дію соматотропну гормону) пояснює і зміни маси плода, яка значно менша у порівнянні з контрольною групою.

Висновок. Вагітність при ГА у 100% випадків перебігає з епізодами загрози переривання і супроводжується у 100% формуванням ПД до терміну пологів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ТА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ

Ковалюк Т.В., Ластовецька Л.Д., Рамазанова Д.М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Бенюк В.О.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ.*

Актуальність. За даними літератури, близько 80% вагітних страждають від нудоти, гіперсаливації, ранкового блювання [2, 4-6]. Ранній гестоз суттєво погіршує якість життя вагітної жінки та її оточуючих, зменшує ефективність праці, збільшує кількість днів непрацездатності та сприяє виникненню інших форм акушерської та перинатальної патології (гіпотрофія плода) [2,5,6]. Трофологічний статус – стан нутритивної забезпеченості організму в даний період часу, який визначає роботу (функціонування) органів та метаболічних систем організму [3]. Близько 40% пацієнтів, які знаходяться в стаціонарах, мають трофологічні порушення різного ступеня вираженості. Затрати на лікування пацієнта з нормальним трофологічним статусом в 1,5-5 разів менші, ніж зі зміненим [1].

Мета. Оцінити трофологічний статус вагітних з різним ступенем тяжкості раннього гестозу.

Матеріали та методи. Обстежено 120 вагітних з проявами раннього гестозу в I триместрі вагітності, з них: 54 - з легким, 36 – середнім та 30 – тяжким ступенем. Оцінку трофологічного статусу проводили за рекомендаціями ВООЗ на основі індексу маси тіла (ІМТ) до вагітності.

Результати. Серед вагітних з легким ступенем раннього гестозу 59,3±2,2% жінок за ІМТ мали ейтрофію, 20,4±1,4% - недостатність харчування легкого ступеня, 12,9±1,2% - надмірне харчування, ожиріння 1-го ступеня зустрічалось у 7,4±1,0% вагітних.

38,9±2,6% жінок з середнім ступенем раннього гестозу характеризувалися надмірним харчуванням, 16,7±1,5% - ожирінням I ступеня, 8,3±1,0% - ожирінням II ступеня, 30,5±2,3% - недостатністю харчування легкого ступеня, 5,6±1,5% - нормальним ІМТ.

У групі з надмірним блюванням надмірне харчування характерне для 26,7±1,8% вагітних, знижене харчування - 36,7±2,1%, недостатність харчування I ступеня - 26,7±1,2%, гіпотрофія II ступеня - 6,6±1,0%, ейтрофія – 3,3±0,5% жінок.

Висновки. Таким чином, у пацієток з раннім гестозом легкого ступеня ейтрофічний трофологічний статус зустрічається в 10,6 разів частіше, ніж при середньому ступені тяжкості та в 17,9 разів частіше, ніж при надмірному блюванні. У пацієток з середнім ступенем ейтрофія виявлена у 1,7 разів частіше, ніж у вагітних з надмірним блюванням. Отже, у вагітних зі зміненим трофологічним статусом частіше виникає ранній гестоз середнього та тяжкого ступеня, ніж у вагітних з ейтрофією.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АГОНІСТІВ ДОФАМІНУ ТА ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ПРУТНЯКА ЗВИЧАЙНОГО ДЛЯ НОРМАЛІЗАЦІЇ РІВНЯ ПРОЛАКТИНУ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК

Котиця Т.В., Березний Т.В., Хавро М.П.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність: На сьогоднішній день в Україні рівень безплідних пар сягає 20%. При цьому 17-26% всіх випадків жіночого безпліддя обумовлено гіперпролактинемією (ГПРЛ). Підвищений рівень пролактину обумовлює зниження концентрації ФСГ та ЛГ, що є основною причиною неможливості настання вагітності.

Мета: Метою нашої роботи було дослідження ефективності використання агоністів дофаміну та препаратів на основі прутняка звичайного для нормалізації рівня пролактину.

Матеріали і методи: Дослідження проводились на базі Сумського міського пологового будинку, серед 32 пацієток у віці 22-37 років з відносною гіперпролактинемією. Діагностичним критерієм синдрому ГПРЛ було підвищення рівня пролактину вище 600 мМЕ/л в сировотці крові в ранню фолікулярну фазу менструального циклу. Серед жінок були виключені пухлини гіпофізу, первинний гіпотиреоз, рак молочної залози. Всі пацієнтки скаржились на зміну ритму менструацій за типом олігоменореї, передменструальний біль, набухання молочних залоз, відсутність вагітності протягом 1-3 років, психо-емоційні розлади. Пацієток було розподілено залежно від методу лікування: I група (16 осіб) – отримувала агоністик дофаміну (Алактин 0,25 двічі на тиждень), II група (16 осіб) – отримувала екстракт *vitex agnus* (Меналін - 100мг - по 1 таблетці на добу) протягом 3 місяців.

Результати досліджень: Через місяць прийому препаратів рівень пролактину в I групі нормалізувався у 16 жінок (100%), в II групі у 13 (80%). Скарги на погану переносимість, нудоту пред'являли 4 жінок I групи (25%). Через 3 місяці терапії рівень пролактину в I групі досяг 535±48 мМЕ/л, в II- 400±48 мМЕ/л. Нечутливість до прийому Меналіну виявилася у 2 жінок (10%), вони були переведені на терапію препаратом Алактин.

Висновок: Таким чином, доведена висока ефективність застосування препаратів прутняка звичайного в лікуванні гіперпролактинемії (в 90%).