

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

## ГОРМОНАЛЬНА ПІДТРИМКА ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

*Смоляков Є.Ю., студ. 4 курсу*

*Науковий керівник – к.мед.н., асистент Бабар Т.В.*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

В Україні частота невиношування вагітності становить 15–27%. У 20–30% вагітних в перші 16–20 тиж гестації є ознаки загрози її переривання, у кожній другій з них відбувається викидень. Під нашим спостереження перебувало 30 вагітних із терміном гестації від 3–4 до 28–32 тиж., яким запропоновано гормональну підтримку з використанням біoadгезивного вагінального гелю, що містить 8% мікронізованого прогестерону. У вагітних із невиношуванням що діагностовано суттєве порушення гормонального фону вже на ранніх термінах вагітності, що проявлялося змінами рівнів основних гормонів. Стан мікробіоценозу статевих шляхів характеризувався як дисбіоз. Використання в програмі гормональної підтримки на етапі прекоцепційної підготовки і в I триместрі вагітності біoadгезивного вагінального гелю що містить 8% мікронізованого прогестерону дозволило суттєво покращити гормональний фон, знизити за рахунок протиінфекційного захисту ступінь несприятливого впливу дисбіозу піхви на перебіг вагітності і створити сприятливі умови для інвазивних втручань, що в подальшому дозволило пролонгувати вагітність та уникнути перинатальних втрат.

Попри численні дослідження з етіології та патогенезу невиношування вагітності, розроблення та впровадження нових препаратів і способів лікування цієї патології, в Україні частота невиношування вагітності на сьогоднішній день становить 15–27%. У 20–30% жінок в перші 16–20 тиж гестації є ознаки загрози переривання вагітності, у кожній другій з них відбувається викидень. Таким чином, згідно з даними літератури, до 85% викиднів припадає на I триместр вагітності (до 12 тиж), а 15% відбуваються в II і III триместрах і пов'язані з гестацією чи материнським чинником, а саме істміко-цервікальною недостатністю, аномаліями матки, імунологічними проблемами, гестозом, ендокринними порушеннями та ін. У 60% випадків спонтанних абортів, що відбуваються в I триместрі, плід відсутній (так звана анембріонія) або наявні інші суттєві аномалії розвитку – тобто реалізується дія так званого «пренатального фільтру». До чергової вагітності ніколи не можна бути абсолютно впевненим у тому, що діагностували істинну причину невиношування та чи існують додаткові чинники, які залишилися непоміченими, а заплановане або проведене лікування виявилось ефективним. Перекопатися в правильності обраної тактики можна тільки за наслідками вагітності, але ціна невдачі в даній ситуації дуже висока. Важливо усвідомлювати, що кожна вагітність, яка перервалася, завдає жінці не тільки психологічної травми, але і негативно позначається на стані репродуктивної системи в цілому за рахунок наслідків самого переривання вагітності, а також проведення інвазивних процедур. Таким чином, з кожною невдалою спробою вагітності відбувається посилення тих патологічних процесів, які призводять до невиношування.

Використання в програмі гормональної підтримки на етапі прекоцепційної підготовки та I триместру вагітності препарату біoadгезивного вагінального гелю, що містить 8% мікронізованого прогестерону дозволило суттєво нормалізувати гормональний фон, знизити за рахунок протиінфекційного захисту ступінь несприятливого впливу дисбіозу піхви на перебіг вагітності та створити сприятливі умови для інвазивних втручань (накладання циркулярного шва на шийку матки), що в подальшому дозволило пролонгувати вагітність та уникнути перинатальних втрат.