

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].