



використовуються препарати 17 β -естрадіолу в пероральній, трансдермальній та дозованій трансдермальній формах. Трансдермальна форма забезпечує надходження необхідної дози 17 β -естрадіолу і дозволяє уникнути ряду несприятливих ефектів: надлишкової активації факторів коагуляції крові; первинного печінкового метаболізму; надлишкового навантаження на печінку; пікових концентрацій естрогенів в плазмі крові. Якщо призначення препаратів прогестерону з метою підтримки імплантації та ранніх строків вагітності досить чітко визначено і легітимно, то доцільність застосування естрогенів далеко не так очевидна і потребує уточнення. Це стосується застосування естрогенів при тонкому ендометрії, недостатня товщина якого є каменем спотикання при проведенні програм допоміжної репродукції.

Нами було проведено дослідження застосування трансдермального гелю (Дивігель) у пацієнок із безпліддям та тонким ендометрієм в програмах ДРТ. Під спостереженням знаходилось 50 пацієнок основної групи з «тонким ендометрієм», до контрольної групи увійшло 30 пацієнок з чоловічим безпліддям. Тільки за умови відсутності патологічних змін в порожнині матки після завершення відновлювальної терапії приступають до реалізації програм, спрямованих на подолання безпліддя. В усіх пацієнок була виконана гістероскопія для виключення органічних змін в порожнині матки та хронічного ендометриту. Під ультразвуковим контролем оцінювали ріст ендометрія. Обстеження проводили на ультразвуковому апараті «Mindray DC-80-X-Insight» у КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» м. Чернівці.

Товщина ендометрію в обстежених жінок основної групи на 5-9-й дні менструального циклу становила $6,2 \pm 0,2$ мм, а на 21-24 дні – $8,1 \pm 0,15$ мм ($p < 0,001$), а в контрольній, відповідно, $6,1 \pm 0,2$ мм та $8,2 \pm 0,2$ мм.

Усім пацієнткам, основної групи, призначали препарат Дивігель по 0,5 мг двічі на добу (1 г), а у 12 пацієнок доза була збільшена до 1,5 г. Динаміка товщини ендометрію в обстежених пацієнок основної групи, до 11-15-го дня циклу склала: у 13 жінок – $9,6 \pm 0,1$ мм, у 12-ти – $10,4 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$), у 14-ти – $11,2 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$), у 11-ти – $12,3 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$), в середньому $10,9 \pm 0,2$ мм. Гестагени призначали з 16 по 25-й дні циклу. Лікування тривало впродовж 2-4-х циклів.

У 26 пацієнок (52,0%) настала вагітність, з них у 18 після проведення 2-х курсів лікування ($69,2 \pm 6,5\%$) і у 3-х після чотирьох курсів лікування ($30,8 \pm 6,5\%$, $p < 0,01$). В контрольній групі вагітність настала у 26,7% пацієнок.

Наведене вище дозволяє розглядати дозовану трансдермальних форму 17 β -естрадіолу в якості препарату вибору для усунення дефіциту естрогенів в програмах ДРТ. Разом з тим, призначаючи естрогени, необхідно чітко дотримуватися показань та протипоказань для лікування, враховувати механізми дії лікарських засобів, схеми призначення, безпечний шлях введення, терапевтичні ефекти і можливі ускладнення.

Юр'єва Л.М.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА – ПЛІД У ВАГІТНИХ ІЗ ПЕРВИННОЮ ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Вищий державний навчальний заклад

«Буковинський державний медичний університет»

Серед причин, які призводять до антенатального ураження плода, а саме його гіпоксії, гіпотрофії, анте- та інтранатального дистресу є плацентарна дисфункція (ПД) (OkunN, SierraS., 2014). Перинатальна смертність у жінок, які перенесли ПД, серед доношених новонароджених становить 10,3%, серед недоношених сягає 49% (Романенко Т.Г., 2017).

Тому метою роботи було дослідити гемодинамічні особливості у матково-плацентарно-плодовому комплексі вагітних із ПД.



Функціональний стан ФПК досліджено у 104 пацієток із ПД (основна група) і у 136 жінок із неускладненим перебігом вагітності і пологів (контрольна група). Функціонування матково-плодово-плацентарного комплексу оцінювали в 32-34 тиж. вагітності за характером кривих швидкостей кровотоку (КШК) з визначенням індексу резистентності (ІР), пульсаційного індексу (ПІ) і систоло/діастолічного відношення (СДВ). Результати опрацювали за допомогою пакету прикладних програм «Statistica».

Доплерографічне дослідження кровоплину на 32–34 тижні показало наявність достовірних відмінностей щодо високого периферичного судинного опору як в домінантних, так і в субдомінантних МА у 21 (20,2%) вагітної із ПД, про що засвідчили достовірно вищі показники ІР, ПІ і СДВ порівняно із контролем (ІР $0,56 \pm 0,05$ ПІ $0,88 \pm 0,21$ СДВ $2,89 \pm 0,24$ проти ІР $0,42 \pm 0,021$ ПІ $0,64 \pm 0,06$ СДВ – $1,70 \pm 0,09$ у контролі, $p < 0,05$). Асиметрію кровотоку в МА в межах 10-15% за ПІ діагностовано у 54 (51,9%) пацієток із ПД ($p < 0,05$). У 33 (31,7%) вагітних із порушеною функцією плаценти коефіцієнт асиметрії перевищував 20%.

У жінок із ПД у 83 (79,8%) спостереженнях КШК в АП характеризувалися зниженням кінцевої діастолічної швидкості кровотоку (СДВ – до $3,43 \pm 0,22$ і ІР АП – до $0,63 \pm 0,11$ проти $2,41 \pm 0,03$ і $0,57 \pm 0,02$ у контрольній групі; $p < 0,05$), вірогідним зниженням плацентарного коефіцієнта (ПК) порівняно з таким показником групи контролю ($0,148 \pm 0,002$ проти $0,197 \pm 0,002$, $p < 0,05$).

У вагітних із плацентарною дисфункцією гемодинамічні зміни в матково-плацентарному басейні супроводжуються зменшенням інтенсивності плацентарно-плодового кровотоку і в 16,3% випадків патологічною централізацією кровообігу плода. Тому своєчасне проведення доплерометрії є важливим як у діагностиці компенсаторних можливостей ФПК, так і під час визначення правомірнообґрунтованої акушерської тактики.

Яніковська С.М.

ВПЛИВ МЕТОДУ ПРЕІНДУКЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ НА ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ ТА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Вагітність, що переноситься, супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності, великою кількістю ускладнень в пологах і післяпологовому періоді у матері і новонародженого. Порушення фізіологічного процесу підготовки організму жінки до пологів значною мірою призводить до розвитку ускладнень та можливих несприятливих віддалених наслідків. З метою зниження зазначених ризиків для матері та плода клініцистами протягом останніх років широко впроваджується преіндукція та індукція пологів. На даний час існує спектр як лікарських, так і механічних методів, які застосовуються для підготовки пологових шляхів та індукції пологів. У зв'язку з цим вкрай важливою є проблема їх раціонального використання та вірного вибору в конкретній клінічній ситуації.

Метою нашої роботи було дослідження особливостей перебігу пологів та стану новонароджених залежно від методу преіндукційної підготовки шийки матки.

Під спостереженням перебувало 87 жінок, яким з метою преіндукційної підготовки шийки матки застосовувався міфепристон (І група) та 52 вагітних з підготовкою шийки матки катетером Фоллея (ІІ група). У досліджуваних групах проаналізовано особливості перебігу пологів та визначено стан їх новонароджених.

За результатами досліджень встановлено, що середній вік жінок в обох групах склав 27,5 років, середній термін вагітності до початку преіндукції – 40 тижнів і 4 дні. Оцінку зрілості шийки матки проводили за шкалою Е. Bishop (1964) в модифікації J. Bernet (1966). Середній бал зрілості шийки склав у І групі – 5,7 бали, у ІІ групі – 4,7 бала.

У 3 (3,4%) вагітних І групи мала місце відсутність ефекту від преіндукції, вагінальні пологи відбулися у 71 (81,6%) жінки, кесарів розтин виконаний 16 (18,4%) пацієнткам.