

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний медичний університет

Збірник тез

І заочної науково-практичної конференції

**ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ**



м. Харків

2018

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Збірник тез

І заочної науково-практичної конференції

м. Харків, 12 квітня 2018 р.

Харків

ХНМУ

2018

Редакційна колегія:

М.О. Щербина – д.мед.н., проф., завідувач кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ;

О.М. Аралов – к.мед.н., доц. кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ;

О.О. Диннік – к.мед.н., асист. кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ

П77 Пріоритетні напрямки перинатальної медицини: зб. тез I заочної наук.-практ. конф., м. Харків, 12 квіт. 2018р. – Харків: ХНМУ, 2018. – 98с.

У збірці зібрані статті та тези як досвідчених, так і молодих вчених України та зарубіжжя. Висвітлені актуальні питання сучасних напрямків розвитку охорони здоров'я матері та дитини як важливої ланки у вирішенні демографічної державної програми.

Збірник розрахований на акушерів гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

УДК 618.2/.3(062.552)

Конференція зареєстрована в Українському інституті науково-технічної експертизи та інформації за № 566 від 19 вересня 2017 р. і внесена до бази даних «Науково-технічних заходів України»

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез

© Харківський національний медичний університет, 2018

Бобрицька В.В., Тарусіна О.В., Шарашидзе К.З.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології №1, м.Харків, Україна

Вступ. Проблема невиношування вагітності залишається актуальною, не дивлячись на те, що в теперішній час визначені основні причини цього патологічного варіанту гестації. Одними з основних визнані інфекційні чинники. Велика роль приділяється анатомічним особливостям істмічного відділу (істміко-цервікальна недостатність (ІЦН)), а також наявності в анамнезі хірургічного переривання вагітності. Значне місце посідає антифосфоліпідний синдром як причина тромбозу судин плаценти і пуповини. І, звичайно, ендокринологічні захворювання, як фон невиношування.

Поєднує всі ці стани, окрім хірургічної корекції в разі ІЦН, стан відносної або абсолютної прогестеронової недостатності[1,2]. Прогестерон – pro gestatio-гормон, направлений на збереження та розвиток гестації (вагітності). Цей гормон знижує рівень вираженості реакцій відтогнення плоду, імунологічної несумісності плоду, як частково чужорідного до організму матері[4,5,8]. Впливає також на процес статевого диференціювання плоду, має седативний вплив на вагітну [3,4]. Однією з теорій початку пологів є зниження рівню прогестерону, з одночасним підвищенням естрогенів, окситоцину та т. ін..

В лікарській практиці прогестерон використовується з середини минулого століття, розроблені різноманітні синтетичні та близькі до натуральних форми цього біоактивного компонента. Прогестагени (попередники і біоподобні прогестерону речовини) поділяються на натуральний прогестерон (синтезується яєчниками і плацентою): прогестерон для ін'єкцій в етилолеат, прогестерон для ін'єкцій олійний розчин, мікронізований; і синтетичні стероїди (прогестини - вплив, подібне прогестерону) ретропрогестерон (дидрогестерон), похідні 17-ОПК, похідні 19 нортестостерона, похідні спиронолактона (дроспіренон).

Найбільш наближеним до природного гормону вважається мікронізований прогестерон. Препарат випускається в оральній, сублінгвальної та вагінальній формах[2].

В разі прийому per os, відомі часті реакції підвищення рівня печінкових ферментів, парадоксальні результати печінкових проб, які не корелюють з клінічними ознаками печінкової патології. Прийом препарату сублінгвально пришвидшує попадання в кров, але не зменшує навантаження на печінку. В разі прийому більших доз препарату такі реакції також не рідкісні. Тому доцільним вважається застосування вагінальних форм мікронізованого прогестерону та вивчення порівняльної ефективності різних клінічних форм препарату[9,10].

Мета дослідження – підвищення якості лікування невиношування вагітності шляхом визначення оптимальних по клінічній ефективності форм мікронізованого прогестерону.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 75 вагітних жінок в гестаційному терміні від 25 до 32 тижнів, з ознаками загрози передчасних пологів. Терапія невиношування проводилась згідно з вимогами Протоколів з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, з використанням мікронізованого прогестерону. Пацієнки відібраних груп дослідження отримували 200 мг прогестерону на добу.

Пацієнтки були розділені на три групи в залежності від отримуваної для лікування форми мікронізованого прогестерону: 20 жінок отримували препарат перорально, 20 вагітних отримували препарат сублінгвально, 20 жінкам призначалась вагінальна форма препарату.

Серед пацієнток вперше вагітними були 5 (25,0%) в першій групі, 6 (30,0%) в другій і 5 (25,0%) в третій. Штучні аборти в анамнезі мали 10 (50,0%) першої групи, 12 (60,0%) другої, і, 14, (70,0%) відповідно – третьої. Ознаки ПЦН виявлені у 3 (15,0%) пацієнток першої, 4 (20,0%) другої і 4 (20,0%) третьої групи. Акушерський песарій застосовано у 1 (5,0%) жінки з ПЦН з першої групи, 2 (10,0%) другої і 2 (10,0%) третьої груп. Всі пацієнтки пред'являли скарги на

помірні болі в низу живота, почуття «тяжкості», болі у попереку. Рухлива активність плодів не була знижена. Навколоплідні води були цілі.

Всім жінкам проводили ультразвукові дослідження, які включали біометрію плода, доплерографічне дослідження функції плодово-плацентарного кровотоку, цервікометрію (визначення довжини шийки матки).

Оцінювали клінічні ознаки загрози передчасних пологів та суб'єктивні відчуття пацієнок, скарги на болі в області живота, попереку.

Проводили загальноклінічні дослідження, біохімічні дослідження крові з визначенням рівню загального білку, печінкових ферментів, білірубіну.

Ефективність лікування оцінювали за відсутністю клінічних ознак загрози передчасних пологів, нормалізацією маткового тонусу. До та після лікування проводили доплерометричне дослідження та визначення довжини вагінальної частини шийки матки – цервікометрію.

Результати дослідження. В результаті дослідження всі пацієнтки обстежуваних груп демонстрували добрі результати лікування загрози передчасних пологів, але слід підкреслити, що пацієнтки третьої групи, які отримували вагінальну форму мікронізованого прогестерону, швидше відзначали зменшення болю та відчуття тяжкості в низу живота: 10 (50,0%) третьої групи у порівнянні з 7 (35,0%) і 8 (40,0%) другої і третьої відповідно. Також результати цервікометрії : у 1 (5,0%) пацієнтки першої групи і 2 (10,0%) другої групи відзначали прогресування ознак невиношування, що також вимагало установки акушерського песарію, та збільшення дози приймаемого прогестерону до 600 мг за добу.

Важливим фактом, що свідчить на користь вагінальних форм прогестерону є факт нормальних печінкових біохімічних показників серед усіх пацієнок третьої групи. В той же час у 9 (45,0%) пацієнок першої і 8 (40,0%) другої групи відзначалось підвищення аланінамінотрансферази (АЛТ) і аспартатамінотрансферази (АСТ) від 2 до 10% від умовної норми.

Допплерометричні показники нормалізувались серед пацієнток усіх трьох груп, але швидше також цей процес проходив в третій групі з різницею між 1 групою в $4 \pm 1,5$ дні та 2 групою $3 \pm 2,2$ дні.

Побічних ефектів пацієнтки, що отримували вагінальний прогестерон, не відзначали. Таким чином, можливо зробити висновки про те, що вагінальна форма прогестерону є більш ефективною та має менше побічних метаболічних ефектів.

Висновки. Вагінальні форми мікронізованого прогестерону є більш ефективними та мають при застосуванні менше побічних ефектів. Застосування препарату безпосередньо біля органу-мішені підвищує ефективність вагінальної форми та виключає печінковий метаболізм прогестерону, що позитивно відзначається на функції печінки за результатами додаткових клінічних досліджень.

Література

1. Резников А.Г. Современные аспекты репродуктивного здоровья женщины: прогестерон в акушерско-гинекологической практике// Репродуктивная эндокринология, 2012.- №6(8).- С.84-89.
2. Борис Е.Н., Каминский А. В., Суменко В. В., соавт. Сравнительная оценка эффективности применения микронизированного прогестерона перорально, интравагинально и сублингвально в циклах вспомогательных репродуктивных технологий и в I триместре наступивших беременностей// Е.Н. Борис, А. В. Каминский, В. В. Суменко, Л. Н. Онищик, А. В. Сербенюк // ЗЖ 2015 -№3(99).- С.162–168.
3. Гончаров Н.П., Кацяя Г.В. Нейростероид дегидроэпиандростерон и функции мозга// Физиология человека, 2013.- 36(6).-С. 120-128.
4. Нагорная В.Ф. Эндогенный прогестерон и прогестины в обеспечении физиологической беременности, в профилактике и лечении ее осложнений// Репродуктивная эндокринология.- №5 (13) / ноябрь 2013.-С.30-44.
5. Garcia-Ruiz G., et al. In vitro progesterone modulation on bacterial endotoxin-induced production of IL-1 β , TNF α , IL-6, IL-8, IL-10, MIP-1 α , and MMP-9 in pre-

labor human term placenta / G.Garcia-Ruiz, P Flores-Espinosa.,E.Preciado-Martinez, L.Bermajo-Martinez, A.Espeiel-Nutiez, G.Estada-Gutierrez, R. Maida-Claros, A.Flore-Pliego, Veronica Zaga-Clavellina/ *Reprod.Biol.Endocrinol*, 2015; 13: 115.

6. Iams, JD. Prevention of Preterm Parturition. *The New England Journal of Medicine*. 2014; 370: 25-261.

7. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth/ G. C. Di Renzo, Lluís Cabero Roura, Fabio Facchinetti, European Association of Perinatal Medicine-study Group on “Preterm Birth”: Aris Antsaklis, Gregor Breborowicz, et al.//*Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, May 2011; 24(5): 659–667 .

8. Progesterone Therapy for Prevention of Preterm Delivery Clinical Practice Guideline/Reviewed and approved 8/2014 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Practice Bulletin No. 130. Prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(4): 964-973.

9. Hassan S.S., Romero R., Vidyadhari D. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix //*UltrasoundObstetGynecol*. – 2011;(38): 18-31.

Граділь О.Г., Овчаренко О.Б., Лященко О.А.

ОЦІНКА ОКСИДАТИВНИХ ФАКТОРІВ ПЕРЕДЧАСНОГО ВИСНАЖЕННЯ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ

Харківський національний медичний університет, кафедра акушерства та
гінекології №2, м. Харків, Україна

Вступ. Загальновідомим є поняття виснаження оваріального резерву (ОР) у жінок старших вікових груп, що обумовлене генетично детермінованим згасанням репродуктивної системи. Важко провести чітку вікову межу, оскільки цей процес є досить індивідуальним. Вважається, що за 5 років до настання

Зміст

Багацька Н.В. ПЕРИНАТАЛЬНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ У ХЛОПЦІВ	3
Багацька Н.В., Глотка Л.І. НЕСПРИЯТЛИВІ ПРОГНОСТИЧНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧНОГО ЗОБА У ДІВЧАТОК	7
Багацкая Н.В. ¹ , Начетова Т.А. ² , Дынник В.А. ¹ ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	10
Бобрицька В.В., Тарусіна О.В., Шарашидзе К.З. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	15
Граділь О.Г., Овчаренко О.Б., Лященко О.А. ОЦІНКА ОКСИДАТИВНИХ ФАКТОРІВ ПЕРЕДЧАСНОГО ВИСНАЖЕННЯ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ	19
Грищенко О.В. ¹ , Лахно І.В. ¹ , Гузман-Велазкез Б.П. ² , Діаз-Мендес Х.А. ² ВИКОРИСТАННЯ НЕЧІТКОЇ ЛОГІКИ У ДІАГНОСТИЦІ СТАНУ ПЛОДУ ..	21
Деменкова І.Г. ПЕРИНАТАЛЬНІ ТА СЕРЕДОВИЩНІ ЧИННИКИ У ВИНИКНЕННІ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ	25
Дынник А.А., Капустник Н.В. ПЕРИНАТАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ В ВИЯВЛЕННІ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ.....	29
Дынник В.А. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФОРМИРОВАНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	34
Калиновская О.И., Овчаренко О.Б., Лященко О.А.	

Наукове видання

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Збірник тез

I заочної науково-практичної конференції

Відповідальний за випуск О.М. Аралов

Комп'ютерна верстка О.О. Диннік

Формат А4. Умов. друк. арк. 4,7. Тираж 100 прим.

Редакційно-видавничий відділ

ХНМУ, пр. Науки 4, м. Харків, 61022

izdatknmurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.