



**ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ  
СУЧАСНОЇ ПЕРИНАТОЛОГІЇ**

**до 100-річчя з дня народження  
професора Борими Т.В.**

**Матеріали конференції**

**м. Чернівці, 2014**

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Буковинський державний медичний університет**

**ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ  
ПЕРИНАТОЛОГІЇ**

*до 100-річчя з дня народження професора Борими Т.В.*

Матеріали  
науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

*16 жовтня 2014 року, м. Чернівці*

**м. Чернівці**

УДК 618.2+618.33+616-053.31](063)  
ББК 57.16я431+57.31я431  
1126

Перспективні напрямки розвитку сучасної перинатології // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до 100-річчя з дня народження професора Борими Г.В.- Чернівці: Медуніверситет, 2014.- с.

У збірнику представлено матеріали статей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перспективні напрямки розвитку сучасної перинатології» (Чернівці, 16.10.2014р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам перинатальної медицини. Розглянуті сучасні аспекти організації перинатальної допомоги в Україні, роль планування сім'ї в збереженні репродуктивного здоров'я, проблеми анте- та інтранатальної охорони плода, корекції екстрагенітальних захворювань, як фактора зниження материнської та перинатальної патології.

Загальна редакція – доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Макар Б.Г.

доктор медичних наук, професор Сорокман Т.В.

УДК 618.2+618.33+616-053.31](063)  
ББК 57.16я431+57.31я431  
1126

ISBN 978-966-697-568-6

© Буковинський державний  
медичний університет, 2014

<b>Ілащук Т.О., Окіпняк І.В., Безрук Т.О., Рижкова Т.С.</b>	104
Особливості змін артеріального тиску впродовж вагітності за даними добового моніторингу	
<b>Іліка В.В., Давиденко І.С.</b>	108
Хемолюмінісцентне дослідження нітропероксидів в осередках запалення при хоріонамніоніті та базальному децидуїті у вагітних із залізодефіцитною анемією	
<b>Кашиперук-Карпюк І.С., Слободян О.М., Проняєв Д.В.</b>	111
Неонатальна анатомія міхурово-сечівникового сегмента	
<b>Кожарко І.О., Рак Л.М., Никифор Л.В.</b>	115
Оптимізація діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку	
<b>Косілова С.Є.</b>	118
Стан гіпофізарно-наднирникової системи у вагітних і роділь з набутими вадами серця	
<b>Кравченко О.В.</b>	122
Інтраопераційні ризики при повторному кесаревому розтині	
<b>Кравченко О.В.</b>	126
Прогнозування наслідків вагітності при невиношуванні в І триместрі гестації	
<b>Макаренко М.В., Кузьміна І.Ю.</b>	129
Клінічне значення визначення рівня регуляторних аутоантител при синдромі затримки розвитку плоду	
<b>Ластівка І.В., Сорокман Т.В., Антофійчук С.М., Черевата Н.М.</b>	134
Медико-генетичне консультування в неонатологічній практиці	
<b>Маринчина І.М.</b>	139
Стан гормональної функції плаценти у вагітних з гіперандрогенією	
<b>Маринчина І.М.</b>	144
Планування сім'ї та репродуктивне здоров'я підлітків та молоді	
<b>Нечитайло Ю.М., Нечитайло Д.Ю.</b>	148
Стан мікроциркуляції у дітей з перинатальною патологією в анамнезі	

досліджених зустрічалася в 57% випадків, тоді як в другій і в третій групі в 100%. Гормонально підтверджена плацентарна дисфункції в першій групі досліджених становила 38,2%, тоді як в другій групі відповідний показник дорівнював 67%, в третій – 96%. Відшарування плідного яйця, яке призвело до втрати вагітності, спостерігалось у 19% жінок другої групи та 39% - третьої групи.

**Висновки.** Трьохмірна доплерометрія з вираховуванням показників об'ємного кровотоку дає можливість виявити закономірності формування судинного компонента хоріона в I триместрі гестації та може слугувати критерієм відбору пацієнок групи ризику щодо розвитку патологічного перебігу вагітності та її наслідків.

### Література

1. Милованов А.П., Савельев С.В. Внутриутробное развитие человека // Руководство для врачей. – М.: МДВ, 2006. – 384 с.
2. Савельев С.В. Стадии эмбрионального развития мозга человека. – М.: «ВЕДИ», 2002.
3. Welsh A.W., Humphries K., Congrove D.O., Taylor M.J., Fisk N.M. Developments of three-dimensional power Doppler ultrasound imaging of fetoplacental vasculature // *Ultrasound Med Biol*, 2001 Sep; 27 (9): 1161.70.
4. Kurjak A., Kupesic S., Zoclan T. Three-dimensional and power Doppler in the study of angiogenesis // *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2001 Okt; 18 (4).

### КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ РЕГУЛЯТОРНИХ АУТОАНТИТІЛ ПРИ СИНДРОМІ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДУ

**Макаренко М.В., Кузьміна І.Ю.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

**Актуальність.** У розвитку багатьох захворювань організму лежать стійкі порушення синтезу та розпаду тих або інших молекулярних компонентів клітин нашого тіла [1]. Подібні кількісні зміни молекулярного складу неминуче

знаходять своє віддзеркалення в продукції і сироваткового змісту тих або інших регуляторних антитіл (р-АТ) [2].

Однією з умов нормального розвитку плоду є підтримка в крові фізіологічних концентрацій природних р-АТ, які відповідають за процеси ембріогенезу і визначають нормальний або аномальний розвиток вагітності та стан внутрішньоутробного плоду [3]. Істотні відмінності між сироватками жінок з нормальним і несприятливим результатом вагітності, торкаються, передусім, ембріотропних антитіл класу IgG, спрямованих до білків: хоріонічного гонадотропіну чоловіка (ХГЧ), ДНК, колагену, маркеру васкулопатій (ANCA) фосфоліпідів,  $\beta$ 2-глікопротеїну ( $\beta$ 2 ГП).

За даними деяких авторів, при різноманітній акушерській і соматичній патології відбувається зміна в крові вагітної концентрації р-АТ, що є прогностичною ознакою розвитку порушень в системі мати-плацента - плід [4].

**Метою** дослідження явилось виявлення характерних змін р-АТ у вагітних з симптомом затримки розвитку плоду (СЗРП).

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено обстеження 75 вагітних, з яких, 50 пацієнток з СЗРП (основна група) і 25 здорових вагітних з фізіологічною течією вагітності і пологів (контрольна група). Діагноз СЗРП під час вагітності встановлювався на підставі даних регулярного клінічного спостереження і ультразвукового дослідження (УЗД).

Пацієнтки з СЗРП були підрозділені на три підгрупи. Першу підгрупу склали 15 вагітних з СЗРП I ступеню (відставання від гестаційного віку на 2 тижні), 21 вагітна з СЗРП II ступеню (відставання на 3 тижні) увійшли в II підгрупу, 14 жінок з СЗРП III ступеню (відставання на 4 тижні) — в III підгрупу.

Разом із стандартними методами обстеження у вагітних на термінах 22-26 тижні за допомогою твердофазного імуоферментного методу ЕЛІ-ТЕСТ визначали концентрацію р-АТ класу Ig G. Значення р-АТ від - 20 до + 10 умовних одиниць є нормальними, від - 20 до - 30 у.о. і від +10 до +20 у.о. - слабкі відхилення, значення нижчі - 40 і вище +40 у.о. - виражені відхилення від норми [5].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз клініко-імунологічних кореляцій у обстежуваних вагітних виявив, що патологічні зміни в сироватковому вмісті аутоантитіл зустрічаються у 88% (44) жінок з СЗРП. У вагітних контрольної групи, на відміну від пацієток з СЗРП, у 94% відзначалися нормальні значення і лише в 6% - слабкі відхилення від норми.

У вагітних з СЗРП знижений зміст аутоантитіл зустрічався рідше (26%), ніж підвищене (32%), нормальні значення виявлені у 42% спостережень.

Важкі форми СЗРП характеризувалися підвищенням кількості патологічних і зменшенням нормальних значень р-АТ. Так, в I підгрупі нормальні значення р-АТ відмічені в 62%, в II - в 49%, в III - лише в 23% визначень. Підвищений зміст р-АТ в I групі спостерігався в 28%, у II - в 33%, у III - в 38% спостережень. Кількість знижених значень також збільшувалася з наростанням ступеню тяжкості СЗРП - в 11%, 19% і 39% відповідно. При СЗРП III ступеню число знижених значень переважало над нормальними і підвищеними значеннями.

Більш ніж у половини пацієток з тих, у яких згодом розвинувся СЗРП, був характерний дисбаланс р-АТ у сироватці крові. При цьому рівень переважаючої частини р-АТ знаходився вище, а меншій частині — нижче норми, що вказує на незбалансовану патологічну активацію одних клонів лімфоцитів, що поєднується з супресією інших [6]. У 26% (14 жінок) відзначалися підвищені значення усіх патологічно змінених р-АТ. Пацієток тільки з пониженим вмістом усіх аутоантитіл серед пацієток з СЗРП не зустрічалося. У 4 вагітних III підгрупи (III ступень СЗРП) вагітність завершилася внутрішньоутробною загибеллю плоду на термінах 21-24 тижні. Можливо, що розвиток СЗРП в цих випадках був викликаний своєчасно не діагностованою генетичною патологією плоду, що не має віддзеркалення в змінах концентрації материнських ауто-антитіл.

З наростанням тяжкості СЗРП відмічено збільшення відсотка жінок з різноспрямованими патологічними відхиленнями в концентрації р-АТ. Так, у вагітних з СЗРП I ступеню дисбаланс р-АТ спостерігався в 38%, з СЗРП II ступеню - в 59%, III ступеню - в 77% випадків. Причому, якщо у пацієток I

підгрупи з дисбалансом р-АТ переважали підвищені (70%) значення, у вагітних II підгрупи кількість підвищених (51%) і знижених (49%) значень аутоантитіл була порівняною, то в III підгрупі більшість (68%) змінених аутоантитіл мали негативні значення.

Спектральна характеристика рівня р-АТ у вагітних з фізіологічною течією вагітності (рис.1) знаходились від - 20 до + 10 умовних одиниць (У.О.) і були нормальними у всіх ембріотропних антитіл класу IgG.

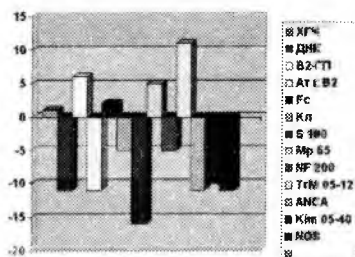


Рис.1 Спектральна характеристика рівня р-АТ у вагітних з фізіологічною течією вагітності.

Вивчення спектру змін р-АТ при СЗРП виявило, що найбільш характерним для пацієнток із СЗРП (рис.2) було підвищення змісту багатьох параметрів всіх ембріотропних антитіл класу IgG від +10 до +20 у.о.(слабкі відхилення), а у деяких показниках було критичним: - 40 і вище +40 у.о. (виражені відхилення).

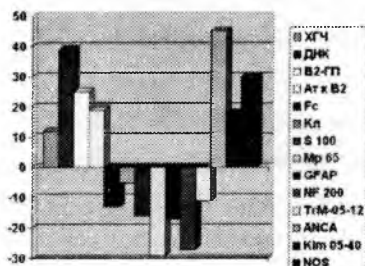


Рис.2. Спектральна характеристика рівня р-АТ у вагітних з СЗРП.



Важкі форми СЗРП відрізнялися найбільш вираженими зрушеннями в концентрації р-АТ із залученням до патологічного процесу більшої їх кількості. Так, при СЗРП I ступеню були відхилення у вмісті від одного до п'яти (в середньому — трьох) аутоантитіл, при СЗРП II ступеню - від трьох до шести (в середньому — чотирьох) аутоантитіл, СЗРП III ступеню — від чотирьох до восьми (в середньому — п'яти) аутоантитіл.

Таким чином, при СЗРП виявлено переважання (у 60%) дисбалансу р-АТ зі зниженням рівнів аутоантитіл до ДНК і  $\beta 2$  -ГП у 44%, ХГЧ у 47%, маркеру васкулопатій (ANCA) у 58% вагітних.

Для СЗРП I і II ступеню тяжкості переважали підвищені значення патологічно змінених р-АТ, тоді як при СЗРП III ступеню спостерігаються різноспрямовані зміни досліджених р-АТ з переважанням знижених значень.

Відомо, що підвищені значення р-АТ властиві для початкових етапів розвитку патології, що не має ще клінічних проявів, а пониження рівнів говорить про давність існування патологічного процесу [7].

**Висновки.** Отримані результати дослідження свідчать про те, що патологічні зміни сироваткового змісту р-АТ мають пряме відношення до механізмів розвитку СЗРП. Причому, виразність патологічних зрушень в рівні р-АТ пропорційно ступеню розвитку СЗРП. При СЗРП III ступеню відзначаються виражені відхилення від норми в концентрації р-АТ. Ці дані служать підтвердженням того, що в розвитку СЗРП важливе значення має імунopatологічний компонент.

Враховуючи характеристики змінених р-АТ, результати нашого дослідження, ймовірно, свідчать про те, що у вагітних з СЗРП спостерігаються порушення імунорегуляції з патологією апоптозу, структурних і функціональних процесів системи мати-плацента-плід.

### Література

1. Полетаев А.Б., Алиева Ф., Мальцева Л.И. Иммунопатология беременности и здоровье ребенка // *Мать и дитя. Акушерство и гинекология.* — 2010. — Т. 18. — № 4. — С. 162-167.

2. Shoenfeld Y. Etiology and pathogenetic mechanisms of the antiphospholipid syndrome unraveled // Trends in Immunology. — 2003. - Vol. 24, № 1. -P. 5-7.

3. Мерзлякова А.А., Добротина А.Ф., Егорова Н.А. Показатели аутоиммунных антител и состояние системы гемостаза у беременных с рано развившимся гестозом // Нижегородский мед. журнал. — 2002. — № 4. — С. 9-16.

4. Макаров О.В., Богатырев Ю.А., Осипова Н.А. Значение аутоантител в патогенезе преэклампсии // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 4-1. — С. 16-21.

5. Мальцев С.В., Полетаев А.Б., Мансурова Г.Ш. Диагностическое и прогностическое определение естественных аутоантител к почечным антигенам в развитии пиелонефрита у детей // Педиатрический журнал. — 2007. — № 6. — С. 60-64.

6. Радзинский В.Е., Галина Т.В., Морозов С.Г., Крылова Ю.В., Хахва Н.Т., Соболев В.А. Прогноз развития плацентарной недостаточности с помощью определения содержания эмбриотропных аутоантител // Вестник Российского университета дружбы народов. — 2002. — № 1. — С. 46-51.

7. Entrican G. Immune regulation during pregnancy and most pathogen interactions in infectious abortion // J. Comp. Pathol. — 2002. — Vol. 126. — P. 79-94.

## **МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В НЕОНАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**Ластівка І.В., Сорокман Т.В., Антофійчук С.М.\*, Черевата Н.М.\***

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*Обласний медико-діагностичний центр, м. Чернівці\**

**Актуальність.** Медико-генетичне консультування (МГК) – система надання спеціалізованої медико-генетичної допомоги, яка включає неонатальний скринінг, генетичне консультування сімей, пренатальну діагностику стану плоду, а також пренатальний скринінг вагітних [1].

---

Підписано до друку 29.09.2014. Формат 60x84/16. Папір офсетний.  
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.  
Обл.-вид. арк. 10,56. Ум. друк. арк. 13,72.  
Тираж 100 пр. Зам. №141-2014.  
Віддруковано СПД Лівак У.М. Реєстр № 1Ф-28.  
58018, м. Чернівці, вул. Головна 246/302. Тел.: 543474

Видавництво БДМУ  
Свідоцтво державного реєстру  
Серія ДК, №2610 від 12.09.2006 р.