

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

3. Саидова Р.А., Мищенко А.Л., Быковская А.С., Тропынина Е.В. Коррекция нарушений менструальной функции дюфастоном у больных с дисфункциональными маточными кровотечениями репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. - 2004. - №2.- С. 55-58.
4. Щербина Н.А., Танько О.П., Раков А.В. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений // Экспериментальна і клінічна медицина. - 2001.- №1.- С. 135-136.

Курічова Н.Ю., Бондаренко О.В.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

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

Актуальність проблеми багатоплідної вагітності (БВ) полягає в значному числі ускладнень під час вагітності та пологів, підвищення питомої ваги кесаревого розтину, ускладнень післяпологового періоду, підвищеному рівні антенатальних втрат в різні гестаційні терміни, високій частоті неврологічних порушень у дітей, що вижили. Багатоплідна вагітність складає 0,7-1,5% від усіх вагітностей. Збільшення народження багатоплідної вагітності в останні 20 років може бути пов'язано з розвитком допоміжних репродуктивних технологій і зі збільшенням середнього віку вагітних. Пацієнтки з БВ залишаються в групі високого ризику перинатальних ускладнень. Навіть при сучасному розвитку медицини перинатальна смертність при вагітності двійнятами в 5 разів вище, ніж при одноплідній вагітності, внутрішньоутробна загибель плода вище в 4 рази, неонатальна - в 6 разів, перинатальна - в 10 разів. Частота церебрального паралічу у дітей з двійні вище в 3-7 разів, при трійні - в 10 разів. Рівень анте- і інтранатальних ускладнень з боку матері в 2-10 разів перевищує такий у пацієнток з одноплідною вагітністю. Для визначення тактики ведення вагітності і пологів при багатоплідді вирішальне значення має визначення зиготності, хоріальності та кількості амніотичних порожнин.

Визначення зиготності до розродження можливо тільки при дослідженні ДНК у плодів, отриманої в результаті проведення амніоцентезу, біопсії хоріона або кордоцентеза. Однак на підставі зиготності не можна судити про тип плацентації. Монозиготні двійні можуть бути як монохоріальними, так і біхоріальними.

Визначення хоріальності плодів можливо при проведенні ультразвукового дослідження, при якому встановлюють кількість плацент, підлогу плодів, наявність амніотичної перегородки. Оптимальний термін для діагностики хоріальності - 6-9 тижнів вагітності. При наявності діхоріальної двійні визначаються два плідних яйця, розділених потовщеною перегородкою 2 мм і більше. Використання цього критерію дозволяє діагностувати моно- і біхоріальні двійні з точністю до 85% і 92,3% відповідно. У монохоріальній двійні тканина хоріона між амніотичними перегородками відсутня. При діхоріальній двійні межембріональна перетинка включає в себе шар тканини хоріона, що розділяє оболонки кожного ембріона. Багатоплідна вагітність ускладнюється затримкою зростання одного або обох плодів, фето-фетальний трансфузійним синдромом (ФФТС), внутрішньоутробною загибеллю одного або обох плодів.

Затримка росту одного з плодів при багатоплідній вагітності зустрічається в 10 разів частіше, ніж при одноплодовій, і становить 30 і 20% відповідно при моно- і біхоріальних двійнях. Частота затримки росту обох плодів залежить від будови плаценти. При монохоріальній двійні затримка росту обох плодів становить 7,5%, при біхоріальній двійні - 1,7%. Були проведені дослідження з метою визначення значущих УЗ-критеріїв ранніх строків вагітності для прогнозування затримки росту плода. У пацієток, чия вагітність закінчилася народженням живих дітей, вже в I триместрі виявлено різницю між куприкатим'яними розмірами (КТР) плодів, що становить в середньому 0,9 мм. При цьому різниця в розмірах плодів наростає зі збільшенням терміну гестації: від 3% в 12 тижнів до 10% при народженні. При монохоріальній двійні суттєвої різниці КТР плодів в залежності від результату вагітності не виявлено, що не дозволяє

використовувати цей показник в якості достовірного прогностичного критерію щодо ФФТС.

ФФТС є ускладненням 5-25% монохоріальних вагітностей . Перинатальна смертність при ФФТС досягає 60-100%. Причина розвитку ФФТС - наявність судинних анастомозів, які з'єднують системи плацентарної гемоциркуляції обох плодів. Розрізняють артеріо-артеріальні, вено-венозні, артеріо-венозні плацентарні анастомози. Анатомічні дослідження показали, що для ФФТС характерні артеріо-венозні анастомози, що розташовуються не на поверхні, а в товщі плаценти, тоді як формуючи їх судини проходять по поверхні плаценти. Ступінь вираженості ФФТС залежить від ступеня перерозподілу крові через ці анастомози, які варіюють за розмірами, кількістю і напрямком. У деяких випадках виявити анастомоз дозволяє УЗД з використанням кольорового доплерівського картування і тривимірного ультразвукового сканування. Передбачається, що основним пусковим фактором формування ФФТС служить патологія розвитку плаценти плода-донора, в результаті якої підвищується периферична резистентність плацентарного кровотоку, що призводить до шунтування крові до плода-реципієнта. Плід-донор страждає через гіповолемію (внаслідок втрати крові) і гіпоксію (внаслідок плацентарної недостатності). Плід-реципієнт компенсує збільшення об'єму циркулюючої крові поліурією. При прогресуванні ФФТС розвивається загроза для життя кожного з плодів: у донора розвиваються гіповолемія, анемія, у реципієнта - гіперволемія і перевантаження серцево-судинної системи. Перші клінічні ознаки ФФТС з'являються в 15-25 тижнів вагітності. Найбільш несприятливий прогноз - при розвитку синдрому до 25 тижнів. Діагноз ФФТС встановлюють за даними УЗД на підставі наявності наступних ехографічних критеріїв: поліурія, полігідроамніон - характеризують стан плода-реципієнта; олігоурія (анурія), олігогідроамніон (ангідроамніон) - виникають у плода-донора, що послідовно веде до його прогресуючої затримки розвитку і загибелі.

При важкому ФФТС УЗ-ознаки гемодинамічних змін можуть з'являтися в 11-14 тижнів вагітності у вигляді збільшення комірнього простору (КП) у одного

або обох плодів. Можливо, що комірний набряк у плода-реципієнта - це прояв серцевої недостатності у зв'язку з гіперволемією. Наявність збільшеного КП у монохоріальних двійнят в 11-14 тижнів вагітності вимагає ретельного спостереження з метою ранньої діагностики проявів вираженого ФФТС. У 15-17 тижнів вагітності можна виявити ФФТС за наявністю поглиблення-складки міжплодових оболонок внаслідок олігурії плода-донора. Розрізняють такі ступені тяжкості ФФТС:

I. Маловоддя у плода-донора і багатоводдя у плода-реципієнта. Сечовий міхур донора візуалізується.

II. Сечовий міхур у плода-донора не візуалізується (анурія).

III. Зміни в показниках доплерометрії (в артерії пуповини, ретроградний кровотік в венозній протоці).

IV. Виражені гемоциркуляторні порушення у одного або обох плодів, водянка плода-реципієнта.

V. Загибель плода-донора.

Метод вибору для лікування ФФТС - фетоскопічна лазерна коагуляція анастомозів плаценти. Принцип лікування полягає в лазерній коагуляції всіх плацентарних судинних анастомозів між донором і реципієнтом. Фетоскопічна лазерна коагуляція анастомозів виконується в терміні 16-25 тижнів вагітності. В кінці оперативного втручання проводиться також дренажування навколоплідних вод з метою нормалізації їх кількості, що оцінюється по закінченні процедури за допомогою УЗД. За даними Ville et al., За допомогою фетоскопічної лазерної коагуляції можливо пролонгування вагітності в середньому на 14 тижнів і зниження смертності з 90 до 29%.

Для монохоріальної моноамніотичної вагітності характерні специфічні вади розвитку. Зрощені близнюки зустрічаються в 1% монохоріальних двійнят з частотою 40 на 10000 народжених двійнят. Торакопагі, омфалопагі і комбінація цих двох патологічних форм (за класифікацією A. Guimacher і B. Nichols, 1967) зустрічаються в 50% випадків зрощених близнюків. Прогноз для зрощених близнюків залежить від місця і ступеня з'єднання і від наявності супутніх вад

розвитку. Для більш точного встановлення можливості виживання дітей і їх поділу потрібні додаткові методи дослідження: ехокардіографія і ядерно-магнітний резонанс (ЯМР). Ведення вагітності при внутрішньоутробно діагностованій зрослій двійні полягає в перериванні вагітності при встановленні діагнозу в ранні терміни. При бажанні батьків зберегти зрощених близнюків для подальшого хірургічного втручання з метою їх поділу після народження необхідна вичікувальна позиція.

Ультразвукове дослідження має велике значення для вирішення питання про тактику ведення пологів при багатоплідній вагітності. При багатоплідній вагітності важливі гестаційний вік плодів, тип плацентації, передлежання першого і другого плодів, стан матері та плодів при пологах. Найбільш точно встановлюється термін гестації плодів в ранні терміни вагітності при УЗД. При визначенні терміну пологів при двійні слід враховувати, що вагітність при двійні вважається перенесеною з 39 тижнів гестації.

Оптимальний метод розродження при головному передлежанні обох плодів - пологи через природні родові шляхи. Думки з приводу розродження двійні при головному передлежанні першого і тазовому передлежанні другого суперечливі. Можливі абдомінальне розродження обох плодів, пологи через природні родові шляхи з витяганням за тазовий кінець другого з двійні або зовнішній поворот другого плода з перекладом його в головне передлежання під контролем УЗД.

З огляду на високу частоту передчасних пологів при багатоплідді, всім вагітним рекомендується введення кортикостероїдів в 30-32 тижні з метою профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС) новонароджених. Тип плацентації має важливе значення для визначення тактики ведення пологів. При монохоріальній двійні існує високий ризик гострої інтранатальної трансфузії, здатної викликати гостру гіповолемію з наступним пошкодженням головного мозку, анемією, інтранатальною загибеллю. Монохоріальна моноамніотична вагітність вимагає ретельного УЗ-моніторингу за ростом і станом плодів. Пологи при монохоріальній моноамніотичній двійні пов'язані з високим ризиком

перекрута пуповини. Оптимальний метод розродження - кесарів розтин в 33 - 34 тижні вагітності. При пологах пацієток з багатоплідною вагітністю 3 і більше плодами, на думку більшості акушерів, переважно плановий кесарів розтин в 34 тижні.

Таким чином, багатоплідна вагітність – фактор високого ризику перинатальних ускладнень, висуваючи підвищені вимоги до організму матері. Імовірність розвитку загрози переривання, плацентарної недостатності, гестозу, анемії при багатоплідній вагітності вище, ніж при одноплідній. Всі заходи, спрямовані на профілактику розвитку цих станів необхідно проводити безпосередньо з початку другого триместру. Вагітні з монохоріальними двійнятами повинні спостерігатися з особливою ретельністю. УЗ-моніторинг з ранніх строків вагітності дозволяє здійснювати диференційований підхід до ведення вагітності та пологів, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності та смертності. Розродження жінок з двійнятами бажано проводити в пологовому будинку високого рівня (перинатальному центрі), який забезпечив би кваліфіковану допомогу з реанімацією новонароджених.

Липко О.П., Потапова Л.В.

РОЛЬ МЕТАЛОПРОТЕИНАЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина

Актуальность. Проблема невынашивания беременности относится к полиэтиологической патологии [1]. В последние годы большое внимание исследователей направлено на изучение гемореологических нарушений системы гемостаза [2, 3] при наличии привычного невынашивания.

Микротромбоз в зоне имплантации может приводить к нарушению питания зародыша и в последующем — к несостоявшемуся аборту. Кроме того, в последние годы активно изучают различные металлопротеиназы (ММР),

ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	39
Качайло И.А., Гузь И.А., Максютин И.А.	
ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	43
Кузьміна О.О., Нагута Л.О., Ткачова О.В.	
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ.....	46
Курічова Н.Ю., Бондаренко О.В.	
АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ БАГАТОПІДНОЇ ВАГІТНОСТІ	50
Липко О.П., Потапова Л.В.	
РОЛЬ МЕТАЛОПРОТЕИНАЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА.....	55
Липко О.П., Потапова Л.В., Чехунова А.О.	
ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНГИОГЕНЕЗА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ ДИСКОРДАНТНОЙ ДВОЙНИ.....	57
Марченко І.І., Гончарова А.М.	
ЭФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АЦЕТИЛСАЛЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.....	60
Мелихова Т.В.	
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПЕРЕХОДНОЙ ЗОНЫ СТЕНКИ МАТКИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ.....	62
Мерцалова О.В., Юркова О.В.	
ХРОНИЧНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В СТРУКТУРІ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНОМЕТРИТУ.....	65
Нефідова В.Є.	
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ХРОМОСОМНОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ НА ВТОРИННУ АМЕННОРЕЮ, ЩО ВИНИКЛА НА ПЕРШОМУ РОЦІ ТА ЧЕРЕЗ РІК ПІСЛЯ МЕНАРХЕ	70

Наукове видання

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Збірник тез

І 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.