

ФАКТОРИ ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ

THE FACTORS WHICH INFLUENCE THE FORMATION OF PLACENTAL DYSFUNCTION

Лаврінець С. В., Корицька Т. С.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Мітюніна Н. І., к. мед. н. Кетова О. М.

Lavrinetz S. V., Korytska T. S.

Science advisor: doc. Mitiunina N. I., PhD, Ketova O. M., PhD

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра акушерства і гінекології №1

Актуальність: Плацентарна дисфункція (ПД) – це клінічний синдром, який може розвинути при вагітності в результаті порушень функцій плаценти та впливає не тільки на показники матково-плодово-плацентарного кровотока, але може призводити до фетальному дистресу. ПД є однією з важливих проблем сучасного акушерства і перинатології. В теперішній час в Україні протягом останніх років, по даним різних авторів, частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) плода складає 12% - 36%.

Метою роботи було дослідити частоту і структуру причинних факторів виникнення ПД, а також оцінити стан плодів та новонароджених.

Матеріали і методи: для досягнення мети, нами досліджено 53 історії пологів жінок з доношеними вагітностями на тлі ПД, в яких ми оцінювали перебіг даної вагітності, дані біофізичного профілю плодів, кардіотокограми (КТГ), перебіг пологів та стан новонароджених дітей.

Результати та їх обговорення: Середній вік жінок склав 28,3 роки, при чому перша вагітність була у 26 жінок, що склало 49%, а повторно вагітними були 27 жінок, але з них пологи першими були у 7 (25,9%). Враховуючи дані літератури, що свідчать про те, що ризик розвитку ПД при наявності соматичної патології складає 25-40 %, ми звертали увагу на перебіг даної вагітності та наявність екстрагенітальних захворювань. Нами виявлено, що всі жінки мали ті чи інші обтяжливі фактори. На перше місце вийшла анемія вагітних, що була у 84,9% жінок та інфекційні фактори. Так у 60,4% жінок мала місце гострі респіраторні захворювання під час вагітності. Також виявлено, що в анамнезі мала місце загроза переривання вагітності в терміні 8-14 тижнів, що склало 62,3% випадків. Найчастіше зустрічалися: хронічний холецистит, пієлонефрит, тонзиліт та бактеріємія - у кожній другій вагітній. Діагноз ПД був встановлений за даними УЗД з біофізичним профілем та доплерометрією. Про ПД свідчили мало- та багатоводдя (відповідно у 49,05% та у 39,6% вагітних). Лікування і спостереження проводилось згідно наказу. Більшість жінок були розроджені в терміні 38,2 тижні, через природні статеві шляхи і лише 15% був проведений кесарів розтин, у зв'язку з дистресом плода в пологах. Середня вага новонароджених склала 2814,3 грами, що свідчить про ЗВУР при наявності ПД 47,2 %. Ці дані співпадають з даними літератури.

Висновки: причиною формування ПД найчастіше є загроза переривання вагітності у першому триместрі, що імовірно впливає на інвазію трофобласта, інфекційні чинники та анемія вагітних, що сприяє тканинній гіпоксії і вторинним порушенням метаболізму. Основними методами діагностики є УЗД з доплерометрією та КТГ поєднано, під час вагітності та в пологах. Що дає можливість своєчасно встановити діагноз, провести лікування та прийняти акушерське рішення.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ПІЗНІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

FEATURES OF COURSE OF EASY APENDICITY IN THE LONG TERM OF PREGNANCY

Сердюк Я. В.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Ляховська Т. Ю.

Serdiuk Y. V.

Science advisor: doc. Lakhovskaya T. Y., PhD

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра акушерства та гінекології №1

Актуальність: надзвичайно актуальним в наш час є питання своєчасної діагностики гострого апендициту на пізніх термінах вагітності. Гострий апендицит – це запалення червоно подібного відростка сліпої кишки, обумовлене проникненням в його стінку патогенної мікробної флори. У вагітних це найбільш часта хірургічна патологія, яка загрожує життю матері і плода. Частота гострого апендициту під час вагітності становить 0,5 – 5 % за даними різних авторів. Особливості його перебігу пов'язані з фізіологічними змінами в організмі жінки під час вагітності: зміною розташування червоподібного відростку вгору і зовні від матки, зниженням моторики кишечника під впливом прогестерону, підвищенням згортання крові. Все це обумовлює особливості клінічного перебігу, викликає труднощі в діагностиці та приводить до затримки своєчасного лікування. В результаті летальність при гострому апендициті у вагітних у 10 разів вище, ніж у не вагітних жінок, а при ускладнених формах досягає 16%.

Метою нашої роботи: було вивчити особливості перебігу гострого апендициту у пізні терміни вагітності.

Матеріали і методи: для поставленої мети ми провели аналіз 27 історій пологів жінок, які знаходились на лікуванні у Перинатальному центрі Полтавської обласної клінічної лікарні з приводу гострого апендициту у 2012-2016 роках. З них з приводу гострого апендициту було 27 жінок. Враховували особливості скарг, анамнезу, даних об'єктивного обстеження, результати додаткових методів дослідження: загального аналізу крові, ультразвукового обстеження.