

1. Nakaz MOZ Ukraini vId 13.04.2011 r. No. 204 «Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya primirnogo pereliku poslug perinatalnoyi dopomogi na vsih etapah yiyi nadannya».
2. Nakaz MOZ Ukraini vid 04.04.2005 r. No. 152 «Pro zatverdzhennya Protokolu medichnogo doglyadu za zdorovoyu novonarodzhenoyu ditinoyu»
3. Nakaz MOZ Ukraini vid 04.08.2006 r. No. 540 «Pro zatverdzhennya printsipiv pidtrimki grudnogo vigodovuvannya, kriteriyiv ta porjadku otsinki zakladu ohoroni zdorov'ya na vidpovidnist statusu «likarnya, dobrozichliva do ditini».

### Реферати

#### ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛТАВСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Удовыцкая Н. А.

В статье представлены сравнительные данные по годам (2002 и 2012) количества родов, показателей перинатальной, ранней неонатальной смертности, количество партнерских родов и осложнений в родах в Полтавском городском клиническом родильном доме с внедрением инновационных технологий.

**Ключевые слова:** индивидуальные родильные залы, партнерские роды, раннее грудное вскармливание.

Стаття надійшла 24.12.2015 р.

#### OPERATIONAL EXPERIENCE OF POLTAVA MUNICIPAL CLINICAL MATERNITY HOSPITAL IN IMPLEMENTATION OF ADVANCED TECHNOLOGIES

Udovytska N. O.

The paper presents comparative data for the year (2002 and 2012) the number of births, perinatal, early neonatal mortality, the number of affiliate birth and delivery complications in childbirth in the town of Poltava clinical maternity hospital with the introduction of innovative technologies.

**Key words:** individual delivery rooms, affiliate birth, early breastfeeding.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616

Н. О. Удовыцкая

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

#### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПЛАЦЕНТИ В МАТЦІ

Вивчено клінічний перебіг вагітності і пологів у 1080 жінок. Проведено ультразвукових сканувань – 1450 (в динаміці); антропометрій – 560; кардіотокографій – 710 (в динаміці); тонуеметрій – 242; морфологічних досліджень послідів – 80. Встановлено, що клінічний перебіг пологів залежить від локалізації плаценти в порожнині матки. Розташування її у верхніх відділах матки сприяє виникненню слабкості пологової діяльності. Навпаки, при низькому розташуванні плаценти частіше спостерігаються гіпотонічні кровотечі в післяпологовому періоді.

Прогнозування слабкості пологової діяльності повинне здійснюватися на підставі виявлення факторів ризику. Виявлена залежність пологової діяльності від локалізації плаценти в матці дало змогу лікарю акушеру-гінекологу враховувати даний фактор при прогнозуванні розвитку СПД. Своєчасне прогнозування та адекватна профілактика СПД дозволили знизити частоту слабкості пологової діяльності в 3 рази, а оперативного розродження – в 2 рази.

**Ключові слова:** вагітність, пологи, плацента, слабкість пологової діяльності

*Робота є фрагментом НДР "Вивчення патогенетичних механізмів виникнення захворювань репродуктивної системи у жінок, розробка методів удосконалення їх профілактики, консервативного та оперативного лікування і реабілітації" № держреєстрації 0112U002900.*

Серед причин, що ведуть до зниження материнської та перинатальної смертності, важливе місце займають аномалії розташування плаценти – передлежання плаценти і її низьке розташування (низька плацентажія). Частота коливається від 0,3% до 1,04%, низька плацентажія зустрічається в 9,1% спостережень [1, 2, 4, 8, 10]. Перинатальна смертність при атиповому розташуванні плаценти досягає 22-81%, а материнська смертність при цьому коливається від 2% до 10% [2, 10].

Акушери давно звернули увагу на те, що зі збільшенням терміну вагітності плацента переміщається від внутрішнього зіву шийки матки у напрямку догори, що отримало назву феномена «міграції». Механізм міграції плаценти повністю не з'ясований, а також не дана оцінка стану плода та новонародженого у групі жінок з «міграцією плаценти». Опубліковані клініко-фізіологічні дані про порушення функції плаценти при різній локалізації неоднозначні [4, 5, 6, 7], що вимагає подальшого вивчення даної проблеми.

Вживання радіоактивних ізотопів для визначення локалізації плаценти дозволило підвищити точність діагностики і зменшити дозу опромінення плоду. Термографічний спосіб визначення локалізації плаценти, на думку багатьох авторів, є недостатньо ефективним. Його достовірність коливається від 50 до 96%. Більш достовірнішою є ультразвукова ехолокація плаценти. Величезні можливості має ультразвукова діагностика [3, 9, 11].

Принципово важливим є розробка нестандартних підходів, з урахуванням отриманих даних при вивченні повільних коливальних процесів гемодинаміки, доплерометрії і гормонального стану фетоплацентарної системи, з переглядом та розробкою нових методичних підходів при веденні вагітності з аномаліями її розташування і варіантами міграції. В основному розрізнені та не повні дані літератури, явилися підставою для проведення комплексного, з застосуванням сучасних методів, дослідження, які характеризують перебіг вагітності і пологів в залежності від розташування плаценти.

**Метою** роботи було встановлення зв'язку між вагітністю і пологами при різних видах локалізації плаценти.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами був проведений ретроспективний аналіз перебігу вагітності і пологів у 520 жінок. З них 120 – із слабкістю пологової діяльності (СПД – I основна група) та 400 – з нормальною пологовою діяльністю (НПД – I контрольна група).

Другу основну групу склали 150 жінок із СПД, а другу контрольну – 130 жінок з НПД. Крім того, для визначення інформативності й достовірності запропонованої нами таблиці прогнозування СПД та визначення групи ризику ми провели тестування 200 жінок методом суцільної вибірки. З них у 41 жінки прогнозована СПД.

Для визначення ефективності запропонованого способу профілактики СПД ми провели дослідження у 80 жінок, які були загрозливими по розвитку слабкості пологових сил, відібраних методом цілеспрямованої вибірки. Контролем для цієї групи була 41 жінка, визначена по карті прогнозу, яким підготовка до пологів не проводилася.

Всього нами вивчений клінічний перебіг вагітності і пологів у 1080 жінок. Проведено ультразвукових сканувань – 1450 (в динаміці); антропометрій – 560; кардіотокографій – 710 (в динаміці); тонуометрій – 242; морфологічних досліджень послідів – 80.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед багатьох практично значущих проблем акушерства на перший план все частіше висувають морфофункціональні взаємовідносини в системі мати-плацента-плід. Фетоплацентарна система є одним з основних механізмів, відповідальних за формування умов, адекватних для нормального розвитку плоду, перебігу вагітності, своєчасному початку і благополучному завершенню пологів. Порушення будь-якого з ланок цієї системи призводить до суттєвих відхилень в стані плода і обумовлює аномальний перебіг вагітності та пологів.

Плацента є дуже важливим органом, який забезпечує формування і розвиток плоду. Гормональна діяльність плаценти сприяє збереженню, прогресуванню і вчасному завершенню вагітності, підвищенню активності ендокринних органів матері. Продукти, синтезовані плацентою, несуть функцію імунного захисту, впливають на різні відділи імункомпетентної системи матері, сприяють розвитку і диференціюванню імункомпетентної системи плоду. Виконання різноманітних функцій плаценти пов'язано також з особливостями її будови в різні терміни вагітності.

У плаценті синтезуються простагландини, під дією яких завершуються пологи. У плаценті синтезуються гормони, які не тільки створюють необхідні умови для розвитку вагітності, але і гормони, які забезпечують скоротливу функцію м'язів матки в пологах. Отже, встановлене різноманіття функцій плаценти та її розташування впливає на перебіг вагітності і пологів.

За допомогою ультразвукового сканування встановлено, що плацента рідко локалізується в межах однієї стінки матки, оскільки середній діаметр плаценти складає 18-25 см, а вся довжина порожнини матки 30-40 см.

Тому, плацента в 80% випадків розташовується на двох стінках матки, а в 20% – на трьох. У зв'язку з цим більшість авторів виділяють наступні види локалізації плаценти: передню, передньообову (справа, зліва), в дні, в тілі та в нижньому відділі матки.

Як правило, відзначався затяжний перебіг пологів, коли плацента розташовувалась в дні матки, в порівнянні із низькою її локалізацією.

Нами, встановлена залежність між розташуванням плаценти в порожнині матки і тривалістю пологів та станом шийки матки. Так, при розташуванні плаценти в дні матки відзначається найбільша тривалість пологів, частіше зустрічається «незріла» шийка матки, частіше виникає необхідність застосування утеротонічних препаратів, тоді коли при низькому розташуванні плаценти у переважній більшості породіль спостерігалась функціонально підготовлена шийка матки. Встановлений нами зв'язок між розташуванням плаценти і тривалістю пологів відмічали в своїх дослідженнях і інші автори [6, 7, 8].

При низькому розташуванні плаценти (по передній або задній стінці матки) відмічалось частіше виникнення гіпотонічної кровотечі в післяпологовому і ранньому післяпологовому періодах.

Нами встановлений факт залежності між розташуванням плаценти і вагою плоду. Так при локалізації плаценти по задній стінці матки переважно розвивалася макросомія, а при низькому розташуванні – мікросомія. Встановлені факти знайшли своє відображення в літературі [1, 8].

Більш часте несвоєчасне вилиття навколоплідних вод ми відмічали при низькому розташуванні плаценти.

При низькій плаценталії вагітність частіше (16-24%) протікала з явищами загрози переривання та в 6-10% закінчувалася передчасними пологамі. Відшарування низько розташованої плаценти зустрічалось в 5-14% випадків. При низькій плаценталії розвивалася хронічна плацентарна недостатність, а в пологах – дистрес плоду.

### Висновок

Клінічний перебіг пологів залежить від локалізації плаценти в порожнині матки. Розташування її у верхніх відділах матки сприяє виникненню слабкості пологової діяльності. Прогнозування слабкості пологової діяльності повинне здійснюватися на підставі виявлення факторів ризику (за розробленою нами шкалою) з 37 тижнів вагітності. Використання запропонованого нами способу дозволяє прогнозувати слабкість пологової діяльності в 82,9% випадків.

*Перспективи подальших розробок.* В подальшому планується вивчення зв'язку між розвитком СПД, локалізацією плаценти в матці та конституціональними особливостями розвитку жінок.

### Список літератури

1. Afanaseva N. V. Ishody beremennosti i rodov pri fetoplatsentarnoy nedostatochnosti razlichnoy stepeni tyazhesti / N.V. Afanaseva, A.N. Strizhakov // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. - 2004. T. 3, No. 2. S. 7-13.
2. Abramchenko B.B. Beremennost i rodyi vyisokogo riska / B. B. Abramchenko // - M.: MIA, - 2004 - 400 s.
3. Baevskiy R.M. Matematicheskii analiz izmeneniy serdechnogo ritma pri stresse / P. M. Baevskiy, O. I. Kirillov, S.Z. Kletskin // - M.: Nauka, - 1984.-226 s.
4. Vaytkuvene A. P. Klinicheskoe proyavlenie migratsii platsentyi pri ee predlezhanii / A. P. Vaytkuvene // Aktualnyie problemyi razvitiya nauchnyih issledovaniy molodyih uchennyih. Vilnyus: Gos. Universitet. - 1980. - 23 s.
5. Govorka E. Platsenta cheloveka / E. Govorka // - Varshava: Polskoe gos. med. izd. - 1970. -237s.
6. Golota V. Ya. Akusherskaya taktika pri vedenii beremennosti i rodov, oslozhnennyih predlezhaniiem platsentyi / V. Ya. Golota, A.I. Lyalkina // Plenarnoe pravlenie Vsesoyuznogo obschestva akusherov-ginekologov. Tashkent,- 1986.-S.67-68.
7. Golota V. Ya. Kesarevo sechenie pri prezhdevremennyih rodah / V. Ya. Golotova, A. I. Lyalkina // Akusherstvo i ginekologiya. - 1987. – No. 2. - S.6-8.
8. Zaporozhan V. M. Akusherstvo ta ginekologiya : natsionalne kerivnitstvo: u 4 t. / V. M. Zaporozhan, M. L. AryaEv, D. O. Dobryanskiy // – K.: Meditsina, - 2013. – T. 1. – 927 s.
9. Makarov I. O. Sochetanie dopplerometrich s otsenkoy biofizicheskogo profilya ploda u beremennyih s OPT- gestozom / I.O. Makarov, I.S. Sidorova, H.H. Yanovskaya // Ultrazvukovaya diagnostika v akusherstve-ginekologii. - 2013; - No. 1. - S.37-42.
10. Nisvandra K. Akusherstvo: Spravochnik Kaliforniyskogo universiteta / K. Nisvander, A. Evans // - M.: Praktika, - 1999. - 704 s
11. Strizhakov A. N. Ultrazvukovaya diagnostika v akusherskoy klinike / A. N. Strizhakov, A. T. Bunin, M. V. Medvedev / M.: Meditsina, - 2014. - 101 s.

### Реферати

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ

Удовіцька Н.О.

Изучено клиническое течение беременности и родов у 1080 женщин. Проведено ультразвуковых сканирований - 1450 (в динамике); антропометрий - 560; кардиотокографий - 710 (в динамике); тонусметрий - 242; морфологических исследований последов - 80. Установлено, что клиническое течение родов зависит от локализации плаценты в полости матки. Расположение ее в верхних отделах матки способствует возникновению слабости родовой деятельности. Наоборот, при низком расположении плаценты чаще наблюдаются гипотонические кровотечения в послеродовом периоде. Прогнозирование слабости родовой деятельности должно осуществляться с учётом выявленных факторов риска. Выявленная зависимость родовой деятельности от локализации плаценты в матке дала возможность врачу акушеру-гинекологу учитывать данный фактор при прогнозировании

#### FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY CLINICAL COURSE DEPENDING ON LOCALIZATION OF PLACENTA IN THE UTERUS

Udovitska N. O.

The clinical course of pregnancy and childbirth in 1080 women. A ultrasound scans - in 1450 (over time); anthropometry - 560; CTG - 710 (dynamics); tonusmetry - 242; SEQ morphological studies - 80. It was established that the clinical course of delivery depending on the localization of the placenta in the uterus. Its location in the upper part of the uterus contributes to the weakness of labor. Conversely, in low-lying placenta are more common hypotonic bleeding in the postpartum period. Prediction of the weakness of labor should be carried out taking into account the identified risks. Revealed the dependence of labor on the location of the placenta in the uterus enabled obstetrician-gynecologist to take into account this factor in predicting the development of DRS.

развития СРД. Своевременное прогнозирование и адекватная профилактика СРД позволили снизить частоту СРД в 3 раза, а оперативного родоразрешения – в 2 раза.

**Ключевые слова:** беременность, роды, плацента, слабость родовой деятельности.

Стаття надійшла 11.01.2016 р.

Timely forecasting and adequate prevention reduced the incidence of TSS TSS 3 times, and operative delivery - 2 times.

**Key words:** pregnancy, childbirth, the placenta, uterine inertia.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 612.015.3+616-056.5

Ю. С. Шевченко, І. А. Голованова, Л. Е. Весніна, І. П. Кайдашев  
 ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

## ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ПІДВИЩЕНОЇ МАСИ ТІЛА У МОЛОДИХ ОСІБ

Проведено визначення взаємозв'язків факторів формування підвищеної маси тіла у досліджуваних осіб 18-25 років. Обстежені 27 осіб обох статей з підвищеною масою тіла (ІМТ вище 25 кг/м<sup>2</sup>) та 41 особа з нормальною масою (ІМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>) контрольної групи. Грунтуючись на отриманих даних за допомогою кореляційного аналізу та розрахунку показників відношення шансів визначено формування вірогідних взаємозв'язків між факторами, які лежать в основі підвищення маси тіла у осіб основної групи – порушенням харчової поведінки за обмежувальним та когнітивним обмежувальним типами, зміною якості життя, надходженням в організм надлишку енергії, підвищенням рівня основного обміну, інсулінорезистентністю, зміною рівня маркерів хронічного системного запалення та нейропептидів Агоуті-пов'язаного протеїну (AgRP) та кокаїн- і амфетамін опосередкованого транскрипту (CART). Припущено, що взаємодія сигнальних механізмів гіпоталамічної регуляції енергетичного гомеостазу та сигнального шляху ядерного фактора транскрипції  $\kappa\text{B}$  призводить до нівелювання стану прекодиціонування системи  $\text{I}\kappa\text{B}/\text{NF-}\kappa\text{B}$  та її стабілізації, а провідними компонентами, які опосередковують контроль за станом активності компонентів сигнального каскаду основного прозапального шляху  $\text{NF-}\kappa\text{B}$  за умов нормального та підвищеного надходження енергії можуть слугувати орексигенний нейропептид AgRP та анорексигенний – CART.

**Ключові слова:** нейропептиди, енергетичний обмін, ядерний фактор транскрипції  $\kappa\text{B}$ , підвищена маса тіла

*Робота є фрагментом НДР «Розробка стратегії використання епігенетичних механізмів для профілактики та лікування хвороб, пов'язаних із системним запаленням», № ДР 0114U000784.*

Відповідно до сучасних уявлень, енергетичний дисбаланс за умов значної переваги енергетичної цінності харчового раціону над витратами енергії становить основу формування надлишку енергії з накопиченням у жировому депо та підвищенням маси тіла.

За фізіологічних умов контроль харчового споживання забезпечують нейрональні популяції вентромедіального, паравентрикулярного та латерального ядер гіпоталамусу. Первичним сенсором периферичних сигналів виступають аркуатні ядра (ARC) медіабазальної частини гіпоталамусу [9]. Фундаментальна роль ARC у сприйнятті загального енергетичного статусу організму реалізується завдяки сигнальній інформації від низки гормонів та пептидів, які головним чином синтезуються у жировій тканині та кишечнику - інсуліну, лептину, греліну, пептиду YY, холецистокініну, глюкагоноподібного пептиду-1 та інших [24].

За нормальних умов харчового споживання спостерігається чіткий баланс між орексигенними нейропептидом Y та Агоуті-пов'язаним протеїном (AgRP) нейронів латеральної групи та анорексигенними проопіомеланокортином (POMC) та кокаїн- і амфетамін опосередкованим транскриптом (CART) медіальної [16]. За умов негативного енергетичного балансу, зокрема, голоду, експресія AgRP підвищується, POMC – знижується, за умов стану енергетичного надлишку відбуваються протилежні зміни.

В умовах формування індукованого постійним переїданням внутрішньоклітинного метаболічного стресу відбувається активація нейронних прозапальних сигнальних шляхів, що у свою чергу, погіршує лептинову та інсулінову сигналізацію, що призводить до нейрональної дисфункції та змін центральної регуляції маси тіла. Накопичення ліпідів у жировій тканині супроводжується розвитком системного хронічного запального процесу низької інтенсивності [25], яке сприяє порушенню механізмів регуляції енергетичного гомеостазу.

Результати експериментальних досліджень надали можливість зробити припущення, що фундаментальним зв'язком між надлишковим надходженням поживних речовин в результаті переїдання та дисфункцією гіпоталамічної сигналізації може слугувати сигнальний модуль ядерного фактору транскрипції  $\kappa\text{B}$  -  $\text{I}\kappa\text{B}/\text{NF-}\kappa\text{B}$  [26]. Кайдашевим І.П. (2011) запропоновано, що порушення регуляції активності  $\text{NF-}\kappa\text{B}$  призводить до стану «прекодиціонування системи  $\text{I}\kappa\text{B}/\text{NF-}\kappa\text{B}$ », що визначає розвиток інсулінорезистентності, ліпотоксичності, системного запалення, артеріальної гіпертензії [3]. Залишається не визначеним, які чинники центральних механізмів регуляції енергетичного балансу опосередковують вплив на компоненти сигнального каскаду ядерного фактору транскрипції  $\kappa\text{B}$  за умов надходження надлишку енергії.

При обстеженні молодих осіб з підвищеною масою тіла (індекс маси тіла ІМТ вище 25 кг/м<sup>2</sup>) були визначені на фоні відсутності змін ліпідного метаболізму наявність інсулінорезистентності, ознаки хронічного системного запалення та зміни на рівні центральних регуляторних механізмів підтримки енергетичного гомеостазу, що відобразились в збільшенні