

## ЗМІНИ ДІЯЛЬНОСТІ НИРОК У ЗДОРОВИХ ЖІНОК В 1-МУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ПЕРЕРЕЗПОДІЛУ КРОВІ В ОРГАНІЗМІ

*Ухналь Л.В., Гудима О.О.*

Науковий керівник: д.м.н., доц. Ліхачов В.К.

*Кафедра акушерства і гінекології*

Відомо, що вагітність супроводжується такими значними змінами в діяльності нирок і водно-сольового гомеостазу, що вони межують з патологією, але їх доцільність полягає в забезпеченні функціонування третього кола кровообігу та адекватного живлення плоду. Разом з тим, до цього часу не виявлені механізми, які забезпечують такі різкі зміни діяльності волюморегулюючих систем при вагітності, що дозволяють циркулювати в організмі великим надлишковим кількостям рідини.

Тому метою нашого дослідження є поглиблене вивчення механізмів діяльності нирок у здорових вагітних в 1-му триместрі, які дозволяють накопичувати і утримувати в судинній системі збільшений ОЦК.

Завдання – дослідити особливості роботи нирок у вагітних в 1-му триместрі в умовах стимулювання волюморцепторів низького тиску.

Було обстежено 27 здорових жінок (15 невагітних і 12 вагітних в 1-му триместрі) в умовах спонтанного діурезу і після перерозподілу крові в організмі за допомогою одноординного стискання гомілок і стегон протиперевантажувальним костюмом (ППК) тиском 50-70 мм.рт.ст. Клубочкова фільтрація води визначалась за допомогою ендogenous креатинину, нирковий плазмоток – з використанням кардіотрасту, концентрація натрію – методом полум'яної фотометрії, вміст натрійуретичного фактору (НУФ) в плазмі крові – методом Іванова Ю.І. (1980).

У здорових невагітних у відповідь на перерозподіл крові в організмі за допомогою ППК спостерігалось значне збільшення діурезу і натрійурезу (в 2,5 рази) за рахунок суттєвого зменшення реабсорбції натрію і води в канальцях нирок внаслідок трьохкратно зростання вмісту НУФ в плазмі крові. В 1-му триместрі вагітності у відповідь на перерозподіл крові в організмі виникає парадоксальна реакція, яка проявляється в значному зниженні діурезу. Це пояснюється достовірним зменшенням клубочкової фільтрації, яке виникає через збільшення загального опору ниркових судин і відповідне падіння ниркового кровотоку. Канальцева система нирок вагітних поводять себе дуже інертно, що пояснюється меншим ступенем зростання НУФ в плазмі крові у порівнянні із невагітними.

Таким чином, в затримці рідини в організмі вагітних в 1-му триместрі провідну роль відіграє реногемодинамічний механізм волюморегуляції, який в цьому терміні вагітності домінує над гормональним механізмом.

## ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВОЛЮМОРЕГУЛЮЮЧОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

*Ухналь Л.В., Гудима О.О.*

Науковий керівник: д.м.н., доц. Ліхачов В.К.

*Кафедра акушерства і гінекології*

При вагітності у жінок з набутими вадами серця (НВС) має місце високий рівень материнської летальності, аномалій родової діяльності, акушерських кровотеч, перинатальної смертності. В погіршенні стану жінки значну роль відіграють порушення водно-сольового балансу, які призводять до зростання об'єму циркулюючої крові, що дає додаткове навантаження на хворе серце.

Метою даної роботи стало виявлення патогенетичних особливостей функціонування системи волюморегуляції у вагітних з НВС для обґрунтування шляхів удосконалення їх лікування. Завдання дослідження – встановити механізми, які

забезпечують зміни в роботі системи волюморегуляції у вагітних з НВС з урахуванням регулюючого впливу натрійуретичного фактору (НУФ) на функціонування нирок.

Було обстежено 40 вагітних в 3-му триместрі: 10 здорових жінок і 30 вагітних з НВС (12 – без недостатності кровообігу, 10 – з НК1 ст., 8 – з НК11Аст.). Діяльність волюморегулюючої системи оцінювали, виявляючи реакції водо- і електролітотовидільної функції нирок на подразнення об'ємних рецепторів низького тиску шляхом перерозподілу крові в організмі за допомогою компресії нижніх кінцівок протиперевантажувальним костюмом (ППК).

Аналіз особливостей механізмів регуляції сталості об'ємів у вагітних з НВС показує, що ланцюг патогенетичних реакцій у них включається падінням серцевого викиду та зменшенням продукції НУФ секреторними кардіоміоцитами внаслідок первинного ураження серця. Це призводить, з одного боку, до закономірного зниження ниркового кровотоку і клубочкової фільтрації, з другого – до зростання канальцевої реабсорбції. Затримана нирками рідина підвищує ОЦК, що завдає додаткового навантаження на хворе серце. Стимуляція волюморекцепторів у таких жінок не призводить до суттєвого зростання діурезу, оскільки їх кардіоміоцити неспроможні збільшити вироблення НУФ.

Приходимо до висновку, що у вагітних з НВС для нормалізації об'ємно-електролітного гомеостазу в комплекс лікування необхідно включати: засоби, які покращують насосну функцію серця; препарати, що стимулюють метаболічні процеси в міокарді для збільшення вироблення НУФ кардіоміоцитами; регулярне подразнення волюморекцепторів за допомогою ППК для стимуляції звільнення НУФ.

#### ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ КИСЛОТО-УТВОРЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

*Фастовець М.М.*

Наукові керівники: к.м.н., доц. Крючко Т.О., Кінаш Н.В.

*Кафедра госпітальної педіатрії*

Актуальність проблеми хронічного гастродуоденіту (ХГД) полягає у значній розповсюдженості даного захворювання, трансформації його у виразкову хворобу (ВХ) внаслідок неадекватно призначеного лікування. У розвитку ХГД значну роль відіграє кислотний фактор, тому метою нашого дослідження було комплексне вивчення кислотоутворюючої функції шлунку (КУФШ) при даному захворюванні на підставі інтрагастральної рН-метрії.

Під спостереженням знаходилось 30 дітей з ХГД, яким поряд із загальноприйнятими інструментальними методами обстеження проводили інтрагастральну рН-метрію з визначенням таких показників: 1.Базальна КУФШ. 2.КУФШ після проведення атропінового та лужного тестів. 3.Кислото-нейтралізуюча функція шлунку (КНФШ). 4.Інтенсивність кислотопродукції (ІКП). По результатам досліджень при ХГД у 72% дітей виявилася підвищена КУФШ, у 20% - нормальну, у 8% - знижена. ІКП у 61% хворих визначалася в межах норми. У 39% - підвищена. КНФШ у 15% була суб-, у 85% - компенсованою. При ХГД з підвищеною КУФШ, підвищеною ІКП у випадку суб- або некомпенсованої КНФШ, тривалого перебігу захворювання рекомендується у лікуванні Н2-блокатори гістамінових рецепторів, при позитивному атропіновому тесті – препарати атропінового ряду.

Таким чином, комплексне проведення інтрагастральної рН-метрії дозволяє суттєво покращити якість дослідження функціонального стану шлунку у дітей з ХГД та диференційовано підійти до призначення комплексу лікувально-відновлюючої терапії.