

новонароджених від жінок, лікованих ЗЛ.

Використання УЛ забезпечило також достовірне зменшення перебування породіль, які перенесли тяжкі форми гестозу, на ліжку в післяродовому періоді з $13,1 \pm 1,05$ діб (ЗЛ) до $10,5 \pm 0,8$ діб (УЛ) ($p < 0,05$).

Висновки.

Спостерігається чітка залежність між ступенем важкості гестозу і вираженістю ФПН: по мірі утяжеління преєклампсії прогресують деструктивно-інволютивні процеси в плаценті, що призводить до погіршення умов живлення і, відповідно, стану плода. Провідними УЗД ознаками порушення стану фетоплацентарної системи при пізньому гестозі є зміни активності рухів плода і порушення структури плаценти. Використання перерозподілу крові в організмі в комплексі лікування ФПН при гестозі забезпечує збільшення матково-плацентарного кровотоку і покращення стану плода та новонародженого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Степанковская Г. К., Венцовский Б. М. *Неотложное акушерство*. – К., 1994.
2. Серов В. Н. и соавт. *Руководство по кратическому акушерству*. – М., 1997.
3. Савельева Г. М. и соавт. *Плацентарная недостаточность*. – М., 1991.
4. Стрижанов А. Н., Бунин А. Т., Медведев М. В. *Антенатальная кардиология*. – М., 1991.
5. Сидорова И. С. и соавт. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 1997. - № 5. – с. 16-23.
6. Лихачов В. К. // *Автореф. дис. ... д.м.н.* – Харьков, 1998.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПІЗЬОГО ГЕСТОЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕСТУ ЗМІНИ ЕКСКРЕЦІЇ ІЗ СЕЧЕЮ ГЕКСУРОНОВИХ КИСЛОТ

*Ліхачов В. К., Тарасенко К. В., Мітюніна Н. І., Алтуєв Г. Н., Нестеренко Л. А.
м. Полтава.*

Пізнні гестози є найбільш небезпечним ускладненням вагітності і пологів. Причини і механізми розвитку пізніх гестозів складні і недостатньо з'ясовані. Заслужують на увагу дані про те, що пізнні гестози супроводжуються системними змінами сполучної тканини, які характеризуються підвищенням деполімеризації складних білків – глікопротеїнів та протеогліканів [1].

Одержані нами дані обґрунтовують положення про те, що найбільш вразливими структурами при пізніх гестозах є протеоглікани [2]. У зв'язку з цим слід вважати доцільним використання показників стану сполучної тканини для прогнозування та ранньої діагностики пізнього гестозу.

Мета даної роботи – дослідити можливість використання компонента протеогліканів – гексуронової кислоти для визначення вірогідності виникнення гестозу.

Проведено ретроспективний аналіз стану 186 вагітних із терміном гестації 25-30 тижнів, які знаходилися на диспансерному обліку в жіночій консультації Полтавського міського пологового будинку. У вагітних проводили загальноприйняте клініко-лабораторне обстеження. В сечі, зібраній за 12 годин (з 20.00 годин вечора до 8.00 годин ранку), визначали вміст гексуронової кислоти за методом П.Н. Шараєва [3].

Для порівняльної оцінки біохімічних змін сполучної тканини використовували одержані нами раніше дані, згідно яким рівень екскреції із сечею гексуронової кислоти у вагітних з пізніми гестозами був в 2,9 рази вищий, чим в групі вагітних без гестозів ($129,8 \pm 11,2$ мкмоль/л та $45,6 \pm 6,2$ мкмоль/л відповідно) [1].

Нами встановлено, що у 32 (17,2%) обстежених жінок спостерігалось вірогідне підвищення екскреції із сечею гекууронових кислот, яке становило $118,7 \pm 30,7$ мкмоль/л. У 154 (82,8%) обстежених жінок величина екскреції із сечею гекууронових кислот коливалася в межах норми і дорівнювала $42,6 \pm 9,8$ мкмоль/л.

В групі жінок з підвищеною екскрецією із сечею гекууронових кислот (основна група) значно частіше, чим в групі порівняння (вагітні без змін екскреції із сечею гекууронових кислот) спостерігалось клінічні прояви (або один із них), які характерні для прегестозу: асиметрія кров'яного тиску, наявність прихованих набряків, зміна деяких показників коагулограми, гіпопротеїнемія та інші.

Наступне динамічне спостереження за вагітними показало, що у 23 жінок після 30 тижнів гестації вагітність ускладнилась пізніми гестозами: у 8 жінок виник набряк вагітних, у 15 – преєклампсія легкого ступеня.

Повторне дослідження екскреції із сечею гекууронових кислот у вагітних, у яких виникли пізні гестози, показало, що підвищення рівня екскреції із сечею мало місце у всіх 23 жінок з даною патологією вагітності ($115,6 \pm 29,8$ мкмоль/л). Ця частина обстежених вагітних становить 71,9% по відношенню до кількості вагітних з підвищеним рівнем екскреції із сечею гекууронових кислот на доклінічному етапі.

Отже, підвищення екскреції із сечею гекууронових кислот є інформативним доклінічним тестом у діагностиці прегестозу. Відомо, що протеоглікани, до складу яких входять гекууронові кислоти, зв'язують воду, підтримують тургор тканин та впливають на їх проникність [4].

Можна вважати, що підвищення деполімеризації протеогліканів може в значній мірі обумовити затримку води в тканинах та розвиток набряку, а також відігравати відповідальну роль в патогенезі інших проявів гестозу внаслідок розвитку вторинної гіпоксії.

Таким чином, результати наших досліджень про суттєву роль сполучної тканини в патогенезі гестозів, ретроспективний аналіз стану вагітних і оцінка змін екскреції із сечею гекууронових кислот обґрунтовують доцільність використання даного показника стану сполучної тканини для прогнозування розвитку гестозу та діагностики прегестозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Громова А. М., Тарасенко К. В. *Стан сполучної тканини при преєклампсії* // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1999. - № 6. – с. 96-98.
2. Тарасенко К. В., Ліхачов В. К. *Клініко-патогенетичне значення екскреції із слиною та сечею гекууронових кислот при пізньому гестозі* // Проблеми екології та медицини. – 1998. – Т.2, № 5-6. – с. 53-55.
3. Шараев П. Н., Зворыгінна Н. Г. *К быстрому определению глюкоуроновой кислоты в моче* // Лабораторное дело. – 1977. - № 1. – с. 53.
4. Серов В. В., Шехтер А. Б. *Соединительная ткань*. – М.: Медицина, 1981. – 312 с.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ І ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ

*Ляховська Т. Ю., Добровольська Л. М., Мітюніна Н. І.,
Нестеренко Л. А., Сиса О. М.
м. Полтава*

Актуальність теми. Пізні гестози вагітних, які супроводжуються змінами в системі гемостазу, розвитком хронічної форми дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, є однією з основних причин патологічної крововтрати в пологах і ранньому післяродовому періоді (1,2). Дослідження останніх років показали, що функціональний стан систе-