

Розлад пігментної функції печінки із значним підвищенням рівня загального білірубіну відмічено протягом всього першого тижня життя з розвитком тривалої жовтяниці. Наявність прямої фракції білірубіна у сироватці крові на 7 добу життя вказує на ураження гепатоцитів.

Порушення функціонального стану печінки супроводжувалось підвищенням ферментної активності аланінамінотрансферази (АаАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ) і лужної фосфатази (ЛФ) в 1 добу життя. Активність АлАТ становила 71.25 ± 4.5 ОД/л, АсАТ — 96.75 ± 1.46 ОД/л супротив 31.40 ± 5.75 ОД/л і 42.36 ± 3.61 ОД/л відповідно у здорових новонароджених. На кінець першого тижня ферментна активність сироватки крові новонароджених з діабетичною фетопатією знижувалась. Коефіцієнт Де Рітиса становив менше одиниці, що свідчило про порушення процесів переамінування амінокислот.

Зміни показників білкового, ліпідного та вуглеводного обмінів свідчать про високу інтенсивність катаболізму і недостатнє використання ліпідів.

Розлади функціонального стану печінки підтверджуються ультразвуковим дослідженням (гепатомегалія, збільшення частоти і амплітуди ехосигналів, зміни ехоархитектоники перенхіми). Печінка має вигляд «білої» в наслідок жирової інфільтрації та холестазу.

Таким чином, аналіз результатів проведених досліджень показав, що у новонароджених з діабетичною фетопатією формуються глибокі порушення морфо-функціонального стану печінки, які є причиною ускладнень раннього неонатального періоду. В зв'язку з цим необхідно доповнювати комплекс лікувально-профілактичних заходів препаратами, дія яких спрямована на поліпшення функції печінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Добрик О. О. Діабетична фетопатія//Педіатрія, акушерство і гінекологія.—1988.—1.— С. 14—17.

2. Ковтуненко Р. Б., Жарикова З. Н., Рукавишникова Д. К. Новорожденный с крупной массой.— К.: Здоров'я, 1992.— 112 с.

3. Организация выхаживания и интенсивная терапия у новорожденных, матери которых больны сахарным диабетом//Методические рекомендации: Ленинград.— 1990.— 17 с.

4. Патологическая анатомия болезней плода и новорожденного.— М.: Медицина, 1989.— 384 с.

5. Сулян О. М. Лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния печени у новорожденных, перенесших фетопатию//Методические рекомендации: Ереван.— 1980.— 12 с.

6. Schwartze H. Newre physiologische und pathophysiologische Befunde zum fetalen Kreislauf//Zbl. Gynäk.— 1988.— Bd. 110, N. 20.— S. 1257—1269.

7. Somville Th. Diabetes und Schwangerschaft//Zbl. Geburtshilfe, Perinatol.— 1990.— Bd. 104, N. 2.— S. 51—57.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДА У ДІТЕЙ, ЧІЙ МАТЕРІ ПРИЙМАЛИ ГОРМОНАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

С. П. Писарева, С. І. Могілевська,
А. А. Писарев

Український НДІ педіатрії,
акушерства і гінекології

В практичному акушерстві зараз широко застосовуються гормональні препарати для лікування патології у матері і плода (1, 2, 3). Якщо вплив гормональної терапії на материнський організм широко вивчається, то вплив її на стан і розвиток новонароджених дітей поки що не встановлений.

Ми провели клініко-статистичний аналіз стану новонароджених і перебігу раннього неонатального періоду у 208 дітей, чій матері отримували гормонотерапію в другій половині вагітності (114 жінок приймали препарати прогестивної дії — I група; 94 — естрогени, II група). Контрольну групу склали 90 дітей, матері яких гормональні препарати не отримували — III група.

З препаратів прогестивного впливу використовували прогестерон, турінал та їх комбінації, з естрогенних препаратів — фолікулін. Прогестини призначали при наявності загрози переривання вагітності, естрогени — при лікуванні утробної гіпоксії плоду та при проведенні передпологової підготовки. Тривалість гормонотерапії в I групі від 14 днів до 2—3 місяців, в II групі — 7—14 днів.

Вік матерів коливався від 19 до 40 років.

Серед жінок I групи родили вперше 70 (61,4%), повторно — 44 (38,6%). Розлади менструальної функції спостерігалися у 24 (21,1%) жінок. 32 (28,1%) жінки перенесли штучні аборти. Невиношуванням вагітності страждало 24 (21,1%) жінки: у 6 (5,3%) були передчасні роди, у 14 (12,3%) — самовільні викидні, у 4 (3,5%) — самовільні викидні і передчасні пологи. У 10 (8,8%) жінок спостерігались завмерлі вагітності, у 2 (1,8%) — позаматкова вагітність.

Серед жінок II групи перші пологи були у 64 (68,1%), повторні — у 30 (31,9%). У 40 (42,6%) з них були штучні аборти, у 28 (29,8%) — самовільні викидні, у 10 (10,6%) — передчасні роди, у 4 (4,3%) — передчасні роди і самовільні викидні, у 6 (6,4%) — завмерлі вагітності, у 4 (4,3%) — позаматкова вагітність.

В III групі 54 (60,0%) жінки родили вперше. 34 (40,0%) — повторно. Штучні аборти були у 34 (37,8%) жінок, самовільні — у 18 (20,0%), передчасні роди у 7 (7,8%), у 1 (1,1%) жінки — позаматкова вагітність.

10 (8,8%) жінок I групи перенесли гостру респіраторну вірусну інфекцію (ГРВІ) під час вагітності. Ранній токсикоз вагітних був у 30 (26,3%) вагітних, пізній токсикоз — у 6 (5,3%) вагітних, у 14 (12,3%) жінок зареєстрована анемія, у 50 (43,9%) — загроза пере-

ривання вагітності, у 7 (6,1%) — загострення хронічного пієлонефрита.

8 (8,5%) жінок II групи перенесли під час вагітності ГРВІ, 8 (8,5%) — пієлонефрит. У 20 (21,3%) був ранній токсикоз вагітних, у 6 (6,4%) — анемія. У 23 (24,5%) жінок відмічено наявність загрози переривання вагітності, у 46 (48,9%) — гіпоксія плода.

В III (контрольній) групі 8 (8,9%) жінок перенесли ГРВІ під час вагітності. У 14 (15,6%) — вагітність ускладнилась раннім, а у 8 (8,9%) — пізнім токсикозом. У II (12,2%) жінок була загроза переривання вагітності, у 8 (8,9%) — анемія, у 7 (7,8%) — пієлонефрит.

З наведених даних ми бачимо, що всі групи репрезентативні за показниками анамнеза та паритета.

У 186 (62,5%) жінок пологи відбулися своєчасно, у 112 (37,5%) — передчасно (у 54 — з I групи, у 40 — з II, у 12 — з III групи; відповідно 47,4%, 42,6%, 13,3% по групах).

Ускладнення в I та II періодах пологів були у 60% жінок. Найчастіші з них — несвоєчасний вилив навколоплідних вод (30%), слабкість родової діяльності (32%), що у 2/3 випадків була сполучена з передчасним виливом навколоплідних вод, загроза утробної гіпоксії плода (42%).

Всього народилось 298 дітей, 186 доношених, 112 недоношених. Хлопчиків — 150, дівчаток — 148. Всі діти народились через природні пологові шляхи.

Маса тіла новонароджених коливалась від 1200 до 4200 г.

В I групі з масою тіла до 2500 г народилось 54 дитини, від 2501 до 3500 г — 35, більше 3500 г — 25 дітей; у I групі з масою до 2500 г було 40 новонароджених, 2501—3500 г — 30, більше 3500 г — 20 дітей; в III групі — відповідно 12, 48, 30 новонароджених.

Більшість дітей народилось з оцінкою за шкалою Апгар 6—7 балів — 128 (42,9%), з них 54 новонароджених з I групи, 40 — з II, 34 — з III групи. Оцінку 8—10 балів мали 104 (34,9%) дітей (29 — в I групі, 26 — в II, 49 — в III групі). З оцінкою 3—5 балів народилось 66 (22,2%) дітей (в I групі — 31, в II — 28, в III — 7 дітей).

Незрілість відмічено у 50 (12,5%) дітей (у 24 — з I групи, у 20 — з II, у 6 — з III групи).

У 64 дітей пуповина була обвита навколо шиї (28 — в I групі, 22 — в II, 14 — в III групі).

Частота народження дітей в асфіксії складала $21,5 \pm 1,7\%$ (відповідно по групах — 30, 24, 10 дітей). Синдром дихальних розладів спостерігався у 38 (13%) дітей (за групами — 17, 13, 10 дітей), розлад кровообігу мозку — у 30 (10%) дітей (14, 10, 6).

Втрата початкової маси тіла у дітей всіх груп була в межах 10%. Тільки 60% дітей відновили початкову масу тіла до 7 доби життя, 30% — до 10 доби, а решта — 20 дітей (10%) — після 10 доби. Пізнє відновлення

маси тіла спостерігалось у недоношених новонароджених.

У 44 (15%) новонароджених була відмічена кон'югаційна жовтуха, у 15 (5%) — токсична еритема.

Пуповинний канатик відпадав на —7 добу життя.

Термін виписки дітей з відділення новонароджених залежав від стану дитини при народженні і перебігу неонатального періода. 90% дітей було виписано до 10 доби життя, 10% — переведено у відділення II етапу спостереження за новонародженими.

Проведений клініко-статистичний аналіз свідчить про те, що у жінок, які отримували гормонотерапію під час вагітності, висока частота передчасних пологів і у більшості новонароджених дітей відмічено патологію. На підставі тільки клінічних даних не можна сказати, ця патологія обумовлена проведеною гормональною терапією, чи тими розладами, які спостерігались у матерів (обтяжений акушерський анамнез, патологічний перебіг вагітності, ускладнення пологів). Але ці дані спонукали нас до вивчення цього питання, що й проводиться. Результати спеціальних досліджень будуть опубліковані в подальших виданнях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Маркова І. В. Шабалов Н. П. Клиническая фармакология новорожденных. — Л., 1984. — С. 288.
2. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности. — М.: Медицина, 1986. — 170 с.
3. Тревянко Т. Д., Тимошенко Л. В. Эндокринологические критерии оценки состояния плода//Акуш. и гинекол. — 1982. — 1. — С. 56—58.

ЛІКУВАННЯ ФОНОВИХ ТА ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Я. Д. Москаленко, В. Я. Голота,
А. Г. Ропотан

Український
Державний медичний університет

Лікування фонівих та передракових захворювань шийки матки у жінок репродуктивного віку відноситься до актуальних проблем сучасної гінекології, так як адекватна терапія доброякісних та передпухлинних процесів жіночих статевих органів є активним методом профілактики злоякісних захворювань.

Вперше на кафедрі акушерства та гінекології № 3 розроблена спільно з КНДІ «Сатурн» і застосована в широкому гінекологічному практиці кріогенна універсальна автономна установка «Кріоелектроніка-3».

Різноманітність методів кріогенного охолодження, широка область застосування, багатогранність вимог та умов експлуатації зумовили появу великої номенклатури кріохірургічних інструментів різноманітних типів та