

Маловоддя і багатоводдя досить часто супроводжувалось раннім токсикозом (32,0% і 28,0% проти 12,0%, $p < 0,05$), гестозом (26,0% і 32,0% проти 2,0%, $p < 0,001$), анемією вагітних (22,0% і 24,0% проти 12,0%, $p < 0,05$). За показником середнього об'єму еритроцита (MCV) нормоцитарна анемія (MCV між 82 і 92 фл) відмічена при маловодді у 38,0% і у 37,5% - в разі багатоводдя.

Затримка розвитку плода при багатоводді спостерігалась у (18,0%), при маловодді у (42,0%) відповідно, що в більшості випадків сприяло розвитку дистресу і вимагало дострокового оперативного розродження.

Забір проб навколоплодових вод проводився при розродженні. Після забору навколоплодових вод, макроскопічно частота прозорих навколоплодових вод у жінок при маловодді склала $28,0 \pm 6,4\%$ проти $43,0 \pm 3,2\%$ у разі багатоводдя ($P < 0,05$). У решти випадків маловоддя супроводжувалось ознаками патологічних змін навколоплодових вод: мутні відмічались у $49,0 \pm 5,6\%$, зеленуваті - в $17,0 \pm 3,8\%$.

У разі багатоводдя мутні навколоплодові води виявлені у $47,0 \pm 5,8\%$, зеленуваті у $9,0 \pm 2,4\%$. Забруднення вод меконієм частіше зустрічалось у пацієток з маловоддям $6,0 \pm 1,9\%$ ніж при багатоводді $1,0 \pm 0,9\%$ ($P < 0,001$).

Висновок. Помірне ідіопатичне багатоводдя і особливо маловоддя слід відносити до несприятливих факторів гестаційного процесу та антинатального розвитку плода. В моніторинговій програмі ведення вагітності і виборі методу розродження доцільно передбачити і проводити профілактику дистресу та синдрому меконіальної аспірації.

ТЕРАТОГЕННА ДІЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПЛІД

Михайлюк Є.О., Білай І.М., Цис О.В.

Запорізький державний медичний університет
кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ

Деякі лікарські препарати можуть зумовлювати хромосомні аберації або мутації генів ембріона ще на стадії прогенезу, коли відбувається формування чоловічих і жіночих гамет. Хромосомні аберації особливо характерні для цитостатиків, антибіотиків, які гальмують синтез білка (левоміцетин, тетрацикліни, макроліди, аміноглікозиди).

Тератогенна дія розвивається з 15-го до 75-го дня внутрішньоутробного життя ембріона (до формування плаценти), у період активного органогенезу. Проявляється у вигляді вад розвитку окремих органів і систем, тератом, переривання вагітності. Препарати, які призначають у цей період, поділяють на три групи залежно від ступеня небезпеки розвитку тератогенного ефекту.

Надзвичайно небезпечні, застосування яких під час вагітності абсолютно протипоказане. До цієї групи належать талідомід, антифолієві препарати (метотрексат, триметоприм), андрогени, діетилстильбестрол та гормональні пероральні засоби. Приймання останніх слід припинити не менше як за 6 міс до запланованої вагітності.

Небезпечні засоби: антиконвульсанти (дифенін), алкілюючі протипухлинні засоби (сарколізин), пероральні антидіабетичні препарати, прогестерон, етиловий спирт.

Найменш небезпечні, що спричинюють вади розвитку за сприятливих для цього умов (вагітні віком до 17 або після 30 років, високі дози препаратів тощо). До цієї групи належать: саліцилати, левоміцетин, тетрациклін, протитуберкульозні засоби, хінін, імизин, засоби для наркозу (фторотан, закис азоту), мепротан, нейролептики, сечогінні, анаприлін, глюкокортикоїди, кофеїн (понад 600 мг на добу).

РОЛЬ ПЕЧІНКИ В РЕПРОДУКТИВНІЙ СИСТЕМІ

Олійник Н.С.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства і гінекології

Репродуктивна система тісно пов'язана зі станом печінки, що пояснює інтерес до її вивчення в практиці акушера-гінеколога. Взаємозв'язок між цими системами у вигляді функціональної системи «гіпоталамус - гіпофіз - яєчники - печінка» відомий давно. З одного боку, у пацієнтів із захворюваннями репродуктивної сфери часто виявляють захворювання печінки і жовчовивідних шляхів, що сприяють розвитку порушень метаболізму гормонів, з іншого - надлишок в крові статевих стероїдів несприятливо впливає на різні функції печінки. Будь-який лікарський засіб, рослинний препарат або біологічно активна добавка можуть привести до розвитку лікарських уражень печінки (ЛПП). Враховуючи, що за останні 10 років поширеність ЛПП багаторазово зросла, в даний час залишається актуальним питання не тільки зниження лікарського навантаження на печінку, а й, при необхідності, вибір найбільш оптимального гепатопротекторного препарату.

Частіше ЛПП викликають гормональні контрацептиви, анаболічні стероїди, антибактеріальні препарати (азитроміцин, фторхінолони, амоксицилін / клавуланат, цефтріаксон), нестероїдні протизапальні препарати, системні протигрибкові та інші. Описані випадки розвитку ЛПП при застосуванні великої кількості фітопрепаратів і трав. Роль печінки в реалізації репродуктивної функції визначається забезпеченням біодинаміки та метаболізму статевих стероїдних гормонів; продукцією транспортних білків; синтезом холестерину і його секрецією в складі ліпопротеїдів. Більшість естрогенів та гестагенів при пероральному застосуванні піддаються активному метаболізму в печінці і тільки потім надходять в систему кровообігу. З віком у жінок відзначається зниження печінкового кліренсу. Тому для зменшення гепатотоксичності гормонів необхідно або застосування низькодозованих препаратів, або використання місцевого та трансдермального шляху введення. Естрадіол та інші естрогени впливають на виділення жовчних кислот, посилюють порушення виникнення прямого