

взаимодействия клинической манифестации заболевания и наличия патологии желудочно-кишечного тракта, предложена модель лечения розацеа.

## **КОНТРАВЕРСИИ В ПРОБЛЕМЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНЕ**

Бабинчук Е.В.

Научный руководитель: проф. Круть Ю.Я.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Перинатальные исходы при многоплодной беременности (МБ) в значительной степени зависят от хориальности. Однако современный взгляд на данную проблему до сих пор остается противоречивым и имеет множество контраверсий. Монохориальный (МХ) тип плацентации при многоплодии является наиболее неблагоприятным, поскольку перинатальная смертность при монохориальной двойне превышает таковую при дихориальной (ДХ) двойне (Masheer S., Kristiansen M. 2015). Garabedian C., Poulain C. и др. изучив особенности течения и неонатальные последствия МХ и ДХ двоен за 13-ти летний период во Франции, пришли к выводу, что постнатальные потери не зависят от хориальности и обусловлены преимущественно недоношенностью. Цель исследования: изучить частоту и характер осложнений беременности, перинатальные исходы при монохориальном типе плацентации. Материалы и методы исследования: нами проведен ретроспективный анализ 110 историй родов двойней женщин, госпитализированных и впоследствии родоразрешенных на базе Запорожского областного перинатального центра за период с ноября 2013 по март 2015 года, из них 42 женщины с МХ и 68 с ДХ двойней. Средний возраст беременных составил  $29,09 \pm 5,01$  лет. Средний срок родоразрешения составил  $34,42 \pm 3,16$  недель, не имея существенных отличий при МХ ( $34,12 \pm 5,28$ ) и ДХ ( $34,73 \pm 3,16$ ) двойнях соответственно. Результаты исследований и их обсуждение: МХ тип плацентации сопровождается большей частотой таких специфических осложнений МБ, как дискордантный рост плодов (35,7%), СФФТ (2,5%), ЗРП (10%), антенатальной гибелью одного из плодов (7,5%). У 12,5% двоен с МХ плацентации наблюдаются нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока критического уровня с признаками нулевого и реверсного кровотока. У ДХ двоен средняя оценка новорожденных по шкале Апгар была больше, чем у МХ и составила на первой минуте  $6,89 \pm 1,24$  балла, на пятой  $7,71 \pm 0,81$  балла. Перинатальная заболеваемость была выше у МХ двоен и представлена следующими нозологиями: ГИЭ, см нейрорефлекторной возбудимости или угнетения (50%), СДР I или II типа (45,2%), ВПС – ДМЖП, гипоплазия левых отделов сердца (16,7%), ВПР МВС и ЦНС, бронхолегочная дисплазия по 4,7%, предретинопатия и ретинопатия недоношенных и ВЖК по 7,1%. Вывод: Течение беременности при МХ двойне характеризуется большей частотой специфических осложнений. Перинатальная заболеваемость при МХ двойне значительно выше, чем у ДХ и составляет 51% и 29,8% соответственно, что подтверждает современное представление о важности хориальности в определении перинатальных исходов многоплодной беременности.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У СИСТЕМІ «МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД» І МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПЛАЦЕНТІ ПРИ ЗАТРИМЦІ РОСТУ ПЛОДА РІЗНОГО СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ.**

Басистий О.В.

Науковий керівник: д.м.н. Янюта С.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Виключне значення у ранній діагностиці, профілактиці і прогнозуванні перебігу затримки росту плода (ЗРП) у вагітних жінок належить доплерометричному дослідженню у системі «мати-плацента-плід». Мета: Виявити кореляцію між гемодинамічними порушеннями у системі «мати-плацента-плід» і особливостями будови плаценти при затримці росту плода різного ступеню тяжкості. Матеріали і методи: Нами було проведено ультразвукове дослідження вагітних із ЗРП, плацентографію, фетометрію і доплерометрію судин у системі «мати-плацента-плід» (оцінювали у відповідності із класифікацією запропонованою А.М. Стрижаковим та співавторами - 1986р.) та морфофункціональне дослідження 80 плацент у вагітних із затримкою росту плода. Результати: При ІА ступеню порушення кровотоку – порушення у матково-плацентарній ланці переважають морфологічні порушення у міжворсинчастому просторі (44%): інфаркти, афункціональні зони, рівномірне звуження і тромбоз міжворсинчастого простору. Саме вони зумовлюють недостатній приток материнської крові у міжворсинчастий простір і його ускладнену циркуляцію. При гемодинамічних порушеннях у плодово-плацентарній ланці (ІБ ступінь) – переважає патологія ворсинчастого дерева (ВД) (36%): незрілість, передчасне дозрівання і порушення диференціювання ВД, хаотичні і склерозовані ворсини. При поєднаному порушенні кровотоку і в артерії пуповини і в матковій артерії (ІІ ступінь гемодинамічних порушень) патологія формування ВД і її поєднання з патологією міжворсинчастого простору зустрічались з порівнюваною частотою (34% і 40% відповідно). При критичному стані плодового кровотоку також переважали поєднані зміни у міжворсинчастому просторі і ВД (58%). Однак, ізольована патологія ВД відмічалась також у високому відсотку спостережень (30 %). Висновки: Таким чином, нами було встановлено, що частота