

- ня и физической активности школьников Харьковского региона / Т. В. Чайченко // Міжнародний медичний журнал. - 2012. - № 2 (70). - С. 20-24.
3. BeLue R. Mental Health Problems and Overweight in a Nationally Representative Sample of Adolescents: Effects of Race and Ethnicity / R. BeLue, L.A. Francis, B. Colaco // Pediatrics. - 2009. - Vol. 123 (2). - P. 697-702. doi:10.1542/peds.2008-0687
  4. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years / J.L. Colquitt, E. Loveman, C. O'Malley [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. - 2016. - Vol. 10. - P. 3: CD012105. doi: 10.1002/14651858.CD012105
  5. Extremely obese children respond better than extremely obese adolescents to lifestyle interventions / C. Knop, V. Singer, Y. Uysal [et al.] // Pediatr Obes. 2015 Feb;10(1):7-14. doi: 10.1111/j.2047-6310.2013.00212
  6. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents / A. Martin, D.H. Saunders, S.D. Shenkin [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. - 2014. - Vol. 14 (3): CD009728. doi: 10.1002/14651858.CD009728.pub2
  7. Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight / M.M. Nascimento, T.R. Melo, R.M. Pinto [et al.] // J. Pediatr. (Rio J). - 2016. - Vol. 92 (1): 65-72. doi: 10.1016/j.jped.2015.04.006. Epub 2015 Sep 21
  8. The impact of selected environmental, behavioral and psychosocial factors on schoolchildren's somatic and mental health / D. Vondrova, D. Kapsdorfer, L. Argalasova [et al.] // Rev. Environ. Health. - 2016. - Vol. 22. pii: /j/reveh.ahead-of-print/reveh-2016-0034/reveh-2016-0034.xml. doi: 10.1515/reveh-2016-0034. [Epub ahead of print]

**Никулина А.А.**

#### ПСИХОТИПЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНА ЛАКТАЗЫ

**Резюме.** Растущая распространенность ожирения у детей и подростков, на фоне недостаточно изученных генетических маркеров формирования нарушений углеводного обмена, ассоциированных с полиморфизмом гена лактазы (SNP LCT), обуславливают необходимость изучения психотипов личности именно в этой возрастной группе.

**Ключевые слова:** психотипы личности, полиморфизмы гена лактазы, ожирение, дети.

**Nikulina A.A.**

#### PSYCHOTYPE PERSONALITY IN CHILDREN'S OBESITY WITH LACTASE GENE POLYMORPHISM

**Summary.** The growing prevalence of obesity in children and adolescents, against the uncertainties of genetic markers of formation of disturbances of carbohydrate metabolism associated with the lactase gene polymorphism (SNP LCT), necessitate the study of psycho person in this age group.

**Key words:** psychotype personality, lactase gene polymorphism, obesity, children.

Рецензент - д.мед.н., проф. Кондратьев В.О.

Стаття надійшла до редакції 03.11.2016р.

Никуліна Анна Олександрівна - асистент кафедри педіатрії 1 та медичної генетики ДУ "Дніпропетровська медична академія" МОЗ України; +38(056)7250609; anna.nikulina.201381@gmail

© Булавенко О.В., Васьків О.В.

УДК: 618.29.06:616.12-008.331.1

**Булавенко О.В., Васьків О.В.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ГЕСТАЦІЙНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

**Резюме.** Встановлено, що у вагітних з гестаційною гіпертензією відбувається значне збільшення відносного ризику розвитку гестаційних та перинатальних ускладнень: загрози переривання вагітності - в 2,68 рази, маловіддця - в 4,6 рази, передчасного дозрівання плаценти - в 4,6 рази, кесарів розтину - в 6,1 рази, вакуум-екстракції плода - в 3,8 рази, амніотомії - в 6,1 рази, дистресу плода в пологах - в 3,8 рази, меконіальних вод - в 3,0 рази, слабкості пологової діяльності - в 6,1 рази.

**Ключові слова:** гестаційна гіпертензія, вагітність, перинатальні наслідки.

### Вступ

Гестаційні гіпертензивні розлади виникають лише у зв'язку із вагітністю, етіологічно пов'язані з розвитком плодового яйця, характеризуються різноманітними симптомами, ускладнюють перебіг вагітності та, зазвичай, зникають відразу або через деякий час після закінчення вагітності [2]. Вони і на далі залишаються однією із найбільш актуальних проблем перинатальної медицини [6], супроводжуються високою частотою розвитку акушерських та перинатальних ускладнень.

Гестаційна гіпертензія є провідним, а іноді і єдиним

симптомом прееклампсії, може призводити до серйозних наслідків. За даними В.І. Медведя та В.В. Камінського [4, 9] - це переважна частина усіх гіпертензивних розладів у вагітних: гестаційна гіпертензія - 43%, прееклампсія - 27%, есенціальна гіпертензія - 19%, прееклампсія нашарована на попередню гіпертензію - 7%, вторинна (симптоматична) гіпертензія - 4%. Гестаційні гіпертензивні розлади є однією з основних причин передчасних пологів та перинатальної загибелі плода [15].

Гестаційна гіпертензія погіршує функцію плаценти,

порушує розвиток плода, може стати причиною переривання вагітності та передчасних пологів, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, гіпотрофії та перинатальної загибелі плода [3, 8, 10]. При гестаційних гіпертензивних порушеннях пре-еклампсія виникає - в 20-30 % випадків, затримка розвитку плода - в 10-20 % випадків, передчасні пологи - в 10-15 % випадків, відшарування плаценти - в 5-10 % випадків [9, 13]. Плацентарна недостатність розвивається в 26,8-37,2 % вагітних з гестаційною гіпертензією [1, 7, 11]. За даними ВООЗ, з гестаційними гіпертензивними розладами пов'язано 20-33 % випадків материнської смертності та 20 % перинатальної смертності [14, 16].

Гіпертензивні розлади під час вагітності в різних точках світу зустрічаються від 7 до 30% [5, 1]. У 5 - 14,6% жінок, які перенесли важку гестаційну гіпертензію, пре-еклампсію та еклампсію, після пологів формуються важкі форми артеріальної гіпертензії та (або) патології нирок, які протягом найближчих 10 років призводять до інвалідності та смертності [1].

Проте, не дивлячись на багаточисельні дослідження в області гіпертензивних розладів, ризик розвитку гестаційної та перинатальної патології при гестаційній гіпертензії залишається не визначеним.

Метою даного дослідження було визначення ризику розвитку гестаційної та перинатальної патології у вагітних з гестаційною гіпертензією.

### Матеріали та методи

З метою визначення ризику виникнення перинатальних ускладнень було проведено дослідження перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у пацієнток з гестаційними гіпертензивними розладами. Обстежено 53 вагітні жінки, що мешкають в Хмельницькій області. Серед обстежених виділено 2 групи: основна група - вагітні з гестаційною гіпертензією (n=30) та контрольна група, яка складалася із вагітних жінок без патології (n=23). Відбір осіб для включення в дослідження проводили на підставі детального збору анамнезу, скарг вагітних та обстеження з використанням стандартних клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Отримані дані оброблено на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакету Statistica 6.0.

### Результати. Обговорення

У групі вагітних з гестаційною гіпертензією першородячими були 23 жінки (76,7%), 7 (23,3%) - народжували повторно, в контрольній групі 17 (73,9%) та 6 (26,1%) відповідно.

Середній вік в основній групі - 27,1 рік, в групі контролю - 24,6 роки.

У жінок з гестаційною гіпертензією достовірно частіше виникала загроза переривання вагітності, порівня-

**Таблиця 1.** Ускладнення даної вагітності у жінок з гестаційною гіпертензією та вагітних жінок без патології.

Патологія	Вагітні з гестаційною гіпертензією (n=30)		Контрольна група (n= 23)	
	абс.	%	абс.	%
Кольгіт під час вагітності	12	40	7	30,4
Загроза переривання вагітності	14	46,7*	4	17,4
Загроза передчасних пологів	4	13,3	2	8,7
Багатовіддя	3	10	1	4,35
Маловіддя	6	20*	1	4,35
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУРП)	1	3,3	1	4,35
Анемія	11	36,6	4	17,4
Передчасне дозрівання плаценти	6	20*	1	4,35

**Примітка.** \* - відмінність частки статистично достовірно (p<0,05).

**Таблиця 2.** Особливості пологів у жінок з гестаційною гіпертензією та вагітних жінок без патології.

Ознака	Вагітні з гестаційною гіпертензією (n=30)		Контрольна група (n= 23)	
	абс.	%	абс.	%
Передчасні пологи	1	3,3	0	0
Термінові пологи	29	96,7	23	100
Кесарів розтин	8	26,7*	1	4,35
Передчасне відходження навколоплідних вод	15	50	7	30,4
Амніотомія	6	26*	1	4,35
Дистрес плода	5	16,7*	1	4,35
Меконіальні води	4	17,4*	0	0
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	0	0	0	0
Слабкість пологової діяльності	4	17,4*	0	0
Вакуум-екстракція плода	4	17,4*	0	0
Кровотеча в післяпологовому періоді	1	4,35	0	0

**Примітка.** \* - відмінність частки статистично достовірна (p < 0,05).

но з контрольною групою 14 (46,7%) та 4 (17,4%) відповідно (p<0,05) (табл.1).

Багатовіддя було виявлено у 3 (10%) жінок основної групи та 1 (4,35%) вагітної групи контролю, та не мало статистичної різниці. Маловіддя діагностовано достовірно частіше: 6 (20%) жінок основної групи проти 1 (4,35%) жінки контрольної групи (p<0,05). У вагітних жінок з гестаційною гіпертензією виникла анемія у 11 (36,6%) в порівнянні із вагітними без патології 4 (17,4%).

Передчасне дозрівання плаценти було діагностовано достовірно частіше у жінок з гестаційною гіпертен-

**Таблиця 3.** Ризик розвитку гестаційних та перинатальних ускладнень у вагітних з гестаційною гіпертензією.

Ускладнення	Відносний ризик (ВР)	95% довірчий інтервал для ВР	Відношення шансів (ВШ)	95 % довірчий інтервал для ВШ
Кольпіт	1,31	0,56-2,05	5,5	3,30-7,69
Загроза переривання вагітності	2,68	1,71-3,65	4,15	2,86-5,45
Загроза передчасних пологів	1,5	0,07-3,14	1,61	-0,17-3,40
Багатовіддя	2,3	0,1-4,4	2,44	0,11-4,77
Маловіддя	4,6	2,55-6,64	5,5	3,30-7,69
Анемія	2,1	1,10-3,11	2,75	1,44-4,05
Передчасне дозрівання плаценти	4,6	2,55-6,64	5,5	3,30-7,69
Набряк плаценти	1,5	0,80-3,87	1,57	-0,89-4,03
Кесарів розтин	6,1	4,12-8,14	8,0	5,83-10,16
Передчасне відходження навколоплідних вод	1,6	0,92-2,35	2,28	1,14-3,42
Амніотомія	6,1	4,12-8,14	8,0	5,83-10,16
Дистрес плода в пологах	3,8	1,75-5,91	4,4	2,17-6,62
Меконіальні води	3,0	0,94-5,18	3,38	1,12-5,64
Слабкість пологової діяльності	6,1	4,12-8,14	8,0	5,83-10,16
Вакуум-екстракція плода	3,8	1,75-5,91	4,4	2,17-6,62

зією - 6 (20%) порівняно з контрольною групою (p<0,05).

Кольпіт виявлений у 12 (40%) жінок основної групи та у 7 (30,4%) жінок контрольної групи, загроза передчасних пологів - у 4 (13,3%) та у 2 (8,7%) жінок відповідно, затримка внутрішньоутробного розвитку плода - у 1 (3,3%) жінки основної групи.

Термінові пологи відбулись у 96,7% вагітних з гестаційною гіпертензією, передчасні - у 1 (3,3%) жінки (табл. 2).

Частота кесарів розтину у вагітних з гестаційною гіпер-

### Список літератури

1. Допплерометрия как основной метод в оценке системы мать-плацента-плод у беременных с гипертензивным синдромом / О. В. Макаров, Е. В. Волкова, П. В. Козлов, М. А. Ониманская // Акушерство и гинекология. - 2009. - № 7. - С. 57-61.
2. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. Книга I: Акушерство / Запорожан В. М. - К.: Здоров'я, 2005. - 432 с.(8)
3. Иванов И. И. Преэклампсия беременных: особенности патогенеза, тактика ведения / И.И. Иванов, М.В. Черипко, Н.В. Косолапова // Таврический медико-биологический вестник. - 2012. - Т. 15, № 2. - С. 273-286.
4. Камінський В. В. Проблеми материнської смертності в Україні: екстрагенітальна патологія як ключовий елемент для зниження материнської смертності // Внутрішня патологія в акушерстві та гінекології: матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф. -Тернопіль, 2013. - С. 3-5.
5. Корчинська О. О. розродження жінок з гіпертензивними розладами під час вагітності / О. О. Корчинська, Р.М. Федько, Ю.Р. Федько // Проблеми клінічної педіатрії. - 2013. - № 1 (19). - С. 30-35.
6. Лоскутова Т. О. Профілактика та тактика ведення вагітних групи ризику розвитку прееклампсії // Актуальные проблемы транспортной

тензією виявилась достовірно вищою 8 (26,7%) порівняно з групою контролю (p<0,05). Основними показами для оперативного пологорозршення були наростання важкості гіпертензії та дистрес плода. Дистрес плода в пологах у вагітних з гестаційною гіпертензією відмічений достовірно частіше (у 5 (16,7%) вагітних) порівняно із вагітними без патології (p<0,05).

Пологозбудження шляхом амніотомії застосовувалось у 8 (26,7%) пацієнок основної групи (p<0,05).

5 жінкам основної групи (16,7%) було застосовано вакуум-екстракцію плода в зв'язку з слабкістю потуг (p<0,05).

Чатота меконіальних вод та кровотечі післяпологового періоду спостерігались з недостовірною різницею (p>0,05).

На основі отриманих даних була проведена оцінка ризику розвитку гестаційних та перинатальних ускладнень у вагітних з гестаційною гіпертензією у порівнянні з вагітними без патології (табл. 3).

Як видно з таблиці 3, при гестаційній гіпертензії відбувається значне збільшення відносного ризику розвитку гестаційних та перинатальних ускладнень: загрози переривання вагітності, маловіддя, передчасного дозрівання плаценти, кесарів розтину, вакуум-екстракції плода, амніотомії, дистресу плода в пологах, меконіальних вод, слабкості пологової діяльності.

Таким чином, із наведеного раніше випливає, що гіпертензивні розлади під час вагітності суттєво ускладнюють перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також негативно впливають на внутрішньоутробний стан плода і новонароджених.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При гестаційній гіпертензії відбувається значне збільшення відносного ризику розвитку гестаційних та перинатальних ускладнень: загрози переривання вагітності, маловіддя, передчасного дозрівання плаценти, кесарів розтину, вакуум-екстракції плода, амніотомії, дистресу плода в пологах, меконіальних вод, слабкості пологової діяльності.

Перспективним напрямком подальших досліджень є визначення доцільності раннього виявлення та корекції гестаційних гіпертензивних розладів у попередженні розвитку ускладнень вагітності та пологів.

- медицини. - 2013. - № 3. - С. 103-110.
7. Маркін Л. Б. Розлади гестаційної трансформації преплацентарного кровоплину / Л.Б. Маркін, О.М. Гірник // ПАГ. - 2006. - № 5. - С. 67-70.
  8. Медведь В. И. Артериальная гипертензия при беременности в Европейских рекомендациях 2007. Комментарий специалиста / В. И. Медведь // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2008. - № 6 (15). - С. 34-32.
  9. Медведь В. И. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних / Медведь В. І. - К., 2010. - 240с.
  10. Мелліна І. М. Визначення частоти та структури гіпертензивних розладів у вагітних. Оцінка якості діагностики гіпертонічної хвороби на етапі жіночої консультації / І. М. Мелліна, Л.Б. Гутман, Л.І. Тутченко // Здоров'я жінки. - 2007. - № 3(31). - С. 67-69.
  11. Профилактика гестоза и фетоплацентарной недостаточности в современном акушерстве / А. Н. Стрижаков, О. Р. Баев, З. М. Мусаев, М. В. Рыбин // Рос. вестн. акушеров-гинекологов. - 2001. - № 3. - С. 32-37.
  12. Степанківська Г. К. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології / Степанківська Г. К., Вецківський Б. М., Тимошенко Л. В. - К.: Здоров'я, 2000. - 672 с.
  13. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / Шехтман М.М. - М.: Триада, 2003. - 816 с.
  14. Early-onset severe preeclampsia: induction of labor vs elective cesarean delivery and neonatal outcomes / M.C. Alanis, C.J. Robinson, T.C. Hulsey [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2008. - Vol. 199, № 3. - P. 262.e1-262.e6.
  15. Prado R. S. Retinal Detachment in Preeclampsia / R.S. Prado // Arq. Bras. Cardiol. - 2002. - Aug, № 79 (2). - P. 183-186.
  16. Shennan A. H. Recent developments in obstetrics / A.H. Shennan // BMJ. - 2003. - Vol. 327, № 7415. - P. 604-608.

**Булавенко О.В., Васьків О.В.**

#### ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ GESTACIONНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Резюме.** Установлено, что у беременных с гестационной гипертензией происходит значительное увеличение относительного риска развития гестационных и перинатальных осложнений: угрозы прерывания беременности - в 2,68 раза, маловодия - в 4,6 раза, преждевременного созревания плаценты - в 4,6 раза, кесарева сечения - в 6,1 раз, вакуум-экстракции плода - в 3,8 раза, амниотомии - в 6,1 раз, дистресса плода в родах - в 3,8 раза, мекониальных вод - в 3,0 раза, слабости родовой деятельности - в 6,1 раза.

**Ключевые слова:** гестационная гипертензия, беременность, перинатальные исходы.

**Bulavenko O.V., Vaskiv O.V.**

#### RISK ASSESSMENT DEVELOPMENT PERINATAL PATHOLOGY AT GESTATING HYPERTENSION

**Summary.** It is found that pregnant women with gestational hypertension have a considerable increase of relative risk of gestational and perinatal complications: danger of termination of pregnancy 2,68 times, low level of waters 4,6 times, premature maturation of the placenta 4,6 times, the weakness of labor 6,1 times, vacuum extraction of the fetus - in 3,8 times, amniotomy - 6,1 times, distress of fetus times - 3,8, meconium waters - 3,0 times, weakness of delivery activity - 6,1 times.

**Key words:** gestational hypertension, pregnancy, perinatal consequences.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Григоренко А.П.**

Стаття надійшла до редакції 02.11.2016 р.

Булавенко Ольга Василівна - д.м.н., проф., зав. кафедрою акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Васьків Оксана Володимирівна - аспірант кафедри акушерства та гінекології ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)6176289; vavilon1985@gmail.com

© Голяновський О.В., Стецюк К.В

УДК: 618.5-06:618.36-007.4

**Голяновський О.В., Стецюк К.В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112)

## ПРОФІЛАКТИКА І ТЕРАПІЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

**Резюме.** У статті наведено результати застосування мікронізованого прогестерону в профілактиці та терапії загрози передчасних пологів у пацієнток з передлежанням плаценти. Наведені основні фактори ризику та чинники, що безпосередньо впливають на виникнення вищезначених ускладнень.

**Ключові слова:** передлежання плаценти, передчасні пологи, мікронізований прогестерон, прогестеронова недостатність.

### Вступ

Проблема передчасних пологів є сталою й повсякчас актуальною складовою наукових досліджень сучасного акушерства. З усіх ускладнень перебігу вагітності передчасні пологи залишаються найпоширенішим фактором, що значно підвищує рівень перинатальної захворюваності та смертності. Однак, беззапе-

речним є той факт, що прогнозування і профілактика передчасних пологів є одним з основних напрямків щоденної праці акушерів-гінекологів [9, 11, 12].

На сьогоднішній день передчасними слід вважати - пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою тіла