

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ГО «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П. Л. Шупика

МАТЕРІАЛИ

Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України
та науково-практичної конференції
з міжнародною участю

«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ: ОСВІТА, КЛІНІКА, НАУКА»

м. Одеса
21–22 вересня 2017 р.

KURTASH N.Y.

Ivano-Frankivsk National Medical Universty, Chair of Obstetrics and Gynecology named after I.D. Lanovyyj, Ivano-Frankivsk city.

ASSESSMENT OF LIVER FUNCTION DURING PREGNANCY, OCCURRING AGAINST THE BACKDROP OF HBV INFECTION

By prevalence of HBV infection Ukraine takes one of the first places in Europe. The pregnant women should be examined to detect HBsAg. However, when it is found, taken measures are aimed only at preventing the spread of infection, and clinical and biochemical examinations of women are not studied in dynamics enough considering the absence of subjective and objective signs of HBV infection.

THE AIM OF THE STUDY – estimated the level of main enzymes and proteins reflecting the liver disorders in pregnant women with HBV infection including alanineaminotransferase(ALT),aspartateaminotransferase(AST),gammaglutamyltransferase (GGT), thymol test, total protein, effective concentration of albumin(E-AC) and albumin-globulin ratio(A/G ratio) for the prevention of perinatal complications and long-term effects of viral influence on the woman's liver in the future.

MATERIAL AND METHODS

120 women were examined in the period of 28–40 weeks of pregnancy. They were divided into the following groups: I group included 55 pregnant women with HBV infection, II group comprised of relatively healthy pregnant women with uncomplicated pregnancies. Clinical and biochemical indicators were determined in the blood serum of the pregnant woman in fasting state. They included thymol test, total protein, EAC, A/G ratio, ALT, AST, GGT.

RESULTS AND DISCUSSION

Studying enzyme activity of blood serum in women with normal pregnancy we obtained that they did not exceed the performance standards with the reliability $p < 0.05$.

Thymol test in group I was 5.64 ± 1.4 units which was 2.4 times higher than in women in group II ($p < 0.05$). Reduction in total protein by 13.9% was observed in pregnant women with HBV infection, A/G ratio was reduced by 11.1%, and EAC in women of the main group was reduced by 40.1%. A significant increase in transaminase activity was determined in 42.5% of pregnant women with HBV infection. ALT indicators in group I were 2.17 times higher and AST indicators were 2.52 times higher than that of group II, ($p < 0.05$). GGT level was significantly higher in women with HBV infection compared to healthy pregnant women and was 3.38 times higher in women of group I than in women of control group ($p < 0.05$). Gamma-glutamyl transpeptidase was increased in 78.18% of women with HBV infection.

CONCLUSIONS

Hepatic dysfunction was observed during the detailed examination of pregnant women with HBV: protein-synthesizing liver function were detected, mainly hypo-proteinemia with simultaneous hypergammaglobulinemia; increase in thymol test level, indicating to dysproteinemia and tendency of protein coagulation. Increase in the level of gammaglutamyltransferase was observed in most examined pregnant women with hepatitis B signaling the presence of endogenous intoxication. Thus, detailed biochemical screening allows to begin adequate therapy, to prevent perinatal complications and the development of remote negative impact of the virus on the liver in the future.

*MAKARENKO M., HOVSIEIEV D., GROMOVA A., SYSA O., MARTINOVA L.,
TYAN O., VORONA R.*

*Department of obstetrics and gynecology postgraduate education
National Medical University O.O. Bohomolets.*

DEFINITION OF A RISK GROUP FOR ENDOMETRIAL CANCER IN OLDER WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

In Ukraine the cancer of endometrium (CE) stands on the second place among all oncological pathologies of women, yielding only to the cancer of the mammary glands. The index of the morbidity in the cancer of endometrium now stands at 28% per 100,000 female population against 18.9% per 100,000 female population (world standard).

The combination of the syndrome of the chronic fatigue and prolonged stress leads to the violations of the endocrine function and metabolism (obesity, diabetes, hyperinsulinemia, hyperlipidemia), which in turn leads to the development of a syndrome of disorders in the reproductive, metabolic and adaptive systems of the body.

RESEARCH METHODS

On the basis of the Kiev Clinical Maternity Hospital №5, a survey of 20 women in postmenopausal women was conducted. The age of the patients varied between 58 and 72 years. A control group was made by 8 women with a normal weight, the thickness of the endometrium was 2mm, the level of the estradiol corresponded to the level of postmenopausal period. Women from a basic group (12 patients) had different degrees of obesity, that was determined by the count of the index of body weight.

The thickness of the endometrium was more than 4mm in all cases. The list of the investigations of the pre-operative preparations consisted of the following: the de-

termination of the level of estradiol in blood, the calculation of the index of the body weight, the ultrasonic research of the endometrium including the dopplerometry of the vessels. The immunoenzymatic method was used to study the levels AT class IgG to the recombinant heat shock protein Hsp60 before hysteroresectoscopy.

RESULTS

Out of 20 patients examined, the endometrial thickening was reported in all cases, the endometrial cancer was detected in 8 patients. The thickness of the endometrium varied from 4mm to 15mm. 5 patients had an increased level of estradiol; also the endometrial cancer was detected. The level of antibodies to Hsp60 was elevated in all patients, that is a marker of cellular stress, that is also the predicate of the tumor process.

CONCLUSION

Unambiguously, the thickness of the endometrium is more than 4 mm in postmenopausal women with metabolic syndrome is one of the indications for carrying out hysteroresectoscopy.

With an elevated level of estradiol in women with a metabolic syndrome, it is advisable to conduct the immunoenzymatic method an assay of heat stress proteins(Hsp60), whose elevated values can serve as a prognostic sign of endometrial cancer.

The level of antibodies to Hsp60 was increased in all cases, that is a marker of the cellular stress, that is also the predicate of the tumor process.

OLSHEVSKIYI V.S.

*Donetsk National Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology,
t. Kramatorsk*

FUNCTIONAL ACTIVITY OF MAMMARY GLAND AND HORMONAL STATUS OF WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA IN POSTPARTUM PERIOD

This work is devoted to the topical question of modern obstetrics – the detection of characteristics of endocrine regulation of lactation - the hormonal activity of the women with uterine leiomyoma and biological qualities of women's milk.

The aim of this work was the investigation of functional activity of mammary gland – the concentration of proteins, lipids, carbohydrates in breast milk and concentration of prolactin, estradiol, progesterone of women with uterine leiomyoma in postpartum period.

MATERIAL AD METHODS

The qualitative parameters of breast milk and hormonal status have been investigated in 30 women with uterine leiomyoma and in apparently healthy 20 women (the group under control) in 2 and 6-7 days of the postpartum period. Proteins were investigated by Lowri's method, lipids and carbogydrates – by “Lokhem's” sets. Serum prolactin, estradiol, progesterone were radioimmunoassayed. The standart sets of medical substances produced by “Immunotech” of the firm “A coulter company” (Czech Republic) and IBOC, NAS of Byelorussia (Minsk) were used. The results are tested by the methods of the variational statistics.

RESULTS

The qualitative parameters of breast milk in women with uterine leiomyoma in dynamics of the puerperal period were: proteins – 20,09+1,02 gr/l and 15,19+0,79 gr/l, lipids – 19,06+1,05 gr/l and 27,8+1,43 gr/l, carbohydrates – 36,27+1,84 gr/l and 53,76+2,73 gr/l. The parameters of milk in the group under control accordingly were: proteins – 23,77+1,18 gr/l and 17,84+0,89 gr/l, lipids – 24,26+1,27 gr/l and 33,21+1,72 gr/l, carbohydrates – 49,88+2,55 gr/l and 64,94+3,31 gr/l. The differences between the groups are authentic ($p < 0,05$). The results of the investigation of the hormonal status in women with uterine leiomyoma in dynamics of the postpartum period were: prolactin – 285,55+8,96 mkg/l and 207,60+7,35 mkg/l, estradiol – 42,38+1,49 nmol/l and 6,34+0,23 nmol/l, progesterone – 125,21+4,53 nmol/l and 51,37+1,99 nmol/l; in the group under control accordingly were: prolactin – 315,90+11,15 mkg/l and 213,41+7,64 mkg/l, estradiol – 33,59+1,19 nmol/l and 4,36+0,17 nmol/l, progesterone – 175,92+6,35 nmol/l and 102,54+3,67 nmol/l. The differences between the groups are authentic ($p < 0,05$).

CONCLUSION

In women with uterine leiomyoma and in apparently healthy women in the process of formation of lactation the concentration of proteins is decreased, the concentration of lipids and carbohydrates is increased, but in women with uterine leiomyoma showed low contents of qualitative ingredients in breast milk. The hormonal status in women with uterine leiomyoma showed low contents of prolactin and progesterone and high concentration of estradiol in postpartum period.

АНТОНЮК-КИСЛЬ В.М., ЄНІКЕЄВА В.М., ЛІЧНЕР С.І., ЛІПНИЙ В.М.

*КЗ « Рівненський обласний перинатальний центр » Рівненської обласної ради,
м. Рівне*

ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСУЮЧОГО ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН ПАХОВОГО КАНАЛУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Однією із нетипових форм варикозного розширення вен і мало вивчене є прогресуюче варикозне розширення вен пахового каналу (ВРВПК).

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - розробити, використовуючи дані дуплексного сканування, варіанти лікування прогресуючої ВРВПК під час вагітності.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з початку 2013р. по 2016 р. включно народжувало 14093 пацієток із них 825(5,85%) вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок, промежини та зовнішніх статевих органів та пахового каналу (ВРВПК). Дослідження причин даної патології виконувалось методом дуплексне сканування. ВРВПК зустрілось у 11.2% обслідуваних ,тобто у 86 пацієток; у 24(27.9%) пацієток ізольоване варикозне розширенням вен в цій ділянці, і не поширювалось за межі пахового каналу(19 із них, народжують вперше), у 62(44.2%) пацієток ВРВПК виходило за межі пахового каналу через зовнішнє пахове кільце і брало участь у формуванні варикозу зовнішніх статевих органів(32 із них мали двоє і більше пологів) , в 24(27.9%) випадках поєднувалось із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Діагностувавши дану патологію ми визначились з тактикою подальшого лікування її. При наявності ВРВПК, які не виходять за межі пахового каналу, проводимо динамічне спостереження за розвитком патології з дотриманням режиму фізичних навантажень на протязі доби. В ситуації коли ВРВПК виходило за межі пахового каналу або уже існує там від попередніх вагітностей і формує варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів та промежини з відповідними вираженими клінічним проявами ставимо питання перед вагітними про тактику лікування: консервативну з використанням венотоніків загального примінення чи місцевого або в поєднанні, дотримання режиму фізичних навантажень або оперативне лікування яке направлене на часткову ліквідацію патологічного рефлюксу в основному із венозних сплетінь матки або яєчника і віток зовнішньої клубової вени шляхом перев'язки їх в ділянці зовнішнього кільця пахового каналу. Прооперовано 42(48.83%) вагітних і виконано 51 оперативне втручання (перев'язку вен біля зовнішнього пахового кільця – у 28(66.67%) випадках, у 23(33.33%) вагітних – перев'язку вен біля зовнішнього пахового кільця і термінального відділу великої підшкірної вени з вітками одночасно), яке виконувались за згодою жінки, при відсутності протипоказів до операції, як з боку жінки, так і плода .Оперативні втручання виконувались переважно в II триместрі, рідше у III триместрі вагітності. Всі оперативні втручання виконувались під місцевим знеболенням. Післяопераційний період перебігав без ускладнень як зі сторони матері, так

і плоду з позитивним результатом в усіх оперованих пацієнток зразу ж після операції (зникли або різко зменшилися клінічні прояви захворювання) і не відновлювалися до пологів.

ВИСНОВКИ

ВРВПК зустрілось у 11,2% обстежених пацієнток (у вигляді ізольованої форми – у 27,9%, в поєднаній формі – у 44,2%).

Прооперовано 48,3% пацієнток. Оперативне втручання виконувалось в основному в II триместрі вагітності під місцевим знеболенням.

Позитивний результат у оперованих вагітних, за їх суб'єктивною оцінкою, отримано у всіх жінок зразу ж після операції без погіршення стану як матері так і плода. Оперативне втручання не вплинуло на перебіг вагітності.

АНТОНЮК-КИСІЛЬ В.М., ЄНІКЕЄВА В.М., ЛІЧНЕР С.І., ЛИПНИЙ В.М.

*КЗ «Рівненський обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради,
м. Рівне*

ОЦІНКА БЕЗПЕЧНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСУЮЧОГО ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ПІДШКІРНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК, СТАТЕВИХ ГУБ, ПРОМЕЖИНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Акушери-гінекологи переважно негативно ставляться до різних планових оперативних втручань у жінок на фоні вагітності. Причина такого негативного ставлення є зрозумілою через небезпеку нанесення шкоди як матері, так і плоду.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ вивчити(користуючись критеріями КТГ) вплив оперативного втручання на стан плода і матері.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з початку 2013р. по 2016 р. включно народжувало 14093 пацієнток із них 825(5,85%) вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок, промежини та зовнішніх статевих органів та пахового каналу. Відібрано 167 (20,24%) вагітних 2 і 3 триместру вагітності, яким з причини прогресування варикозної хвороби нижніх кінцівок, промежини і зовнішніх статевих органах проведено оперативне втручання на фоні неефективної консервативної терапії, що включала носіння еластичного трикотажу та живання венотоніків (системних та топічних). Оцінку стану плода і тонусу

матки до і після операції проводили за критеріями КТГ (базальна частота серцевих скорочень, варіабельність, децелерації, тонус матки).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати хірургічного лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок у 167 вагітних засвідчили, що у поєднанні із консервативною терапією це дає 100% позитивні результати за суб'єктивною оцінкою оперованих вагітних. Примінення місцевої тумесцентної анестезії з патогенетичними мало травматичними методиками операцій на венозній системі нижніх кінцівок не виявило негативного впливу на стан матері і плоду, що засвідчили дані КТГ які отримані до і після операції. Відмінностей в показниках КТГ до і після операції у всіх оперованих вагітних не виявлено: базальна частота серцевих скорочень – нормокардія, варіабельність – хвилеподібна, задовільна, децелерації – відсутні, тонус матки – без змін.

ВИСНОВКИ

Застосування місцевої тумесцентної анестезії з патогенетичними малотравматичними методиками операцій на венозній системі нижніх кінцівок не мало негативного впливу на стан матері і плоду, що засвідчили дані КТГ, які отримані до і після операції. Все це дозволяє рекомендувати ширше впровадження хірургічних методів лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок, статевих губ і промежини у вагітних.

¹ВЕРПОТВЕЛЯН П.Н., ¹БОНДАРЕНКО А.А., ²СВИРИДОВ М.Н., ³КУЧЕР Н.Н.

1. ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

2. КУ «Криворожская городская больница» ДООС»

3. КУ «Криворожский городской клинический родильный дом № 1» ДООС»

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА И ИНТЕРФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Актуальность проблемы эндометриоза связана с распространенностью данного заболевания, которым, по данным литературы, страдает каждая 10-я женщина в возрасте от 15 до 49 лет. Одним из методов лечения эндометриоза на современном этапе является гормонотерапия с применением микронизированного прогестерона. В тоже время частота наступления

беременностей у таких женщин не превышает 30%, что требует поиска решений, направленных на повышение эффективности лечения. Одним из средств, обладающим антипролиферативной активностью, подавляет ангиогенез, регулирует дифференцировку пролиферативных процессов и стимулирует экспрессию стероидных гормонов яичников является интерферон.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поиск эффективного комплексного подхода в медикаментозном лечении нарушенной фертильности, обусловленной эндометриозом, с применением микронизированного прогестерона и интерферона.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами отобрано 77 пациенток, страдающих эндометриозом и нарушенной фертильностью. Все пациентки были разделены на клинические группы. На 2 этапе исследования все пациентки были разделены на клинические группы. В первой группе 37 пациенток получали интерферон с 6-го дня менструального цикла в течение 5-ти дней интравагинально по 500000МЕ 2 раза в сутки утром и перед сном. Следующие 5 дней интерферон пациенткам назначался интравагинально 250000МЕ 2 раза в сутки утром и вечером. Вторую группу составили 40 женщин, которые были разделены на 2 подгруппы по 20 пациенток в каждой. Женщины 1-й подгруппы получали гормонотерапию микронизированным прогестероном (интравагинально) по 300 мг с 5-го по 25-й день менструального цикла. Пациентки 2-й группы тоже применяли микронизированный прогестерон по 300 мг, но с 15-го по 25-й день менструального цикла. Возраст пациенток в среднем $29,2 \pm 0,5$ года. Длительность нарушенной фертильности колебалась от 3-х до 13 лет (в среднем $3,9 \pm 0,3$ года). Мониторинг проводимой терапии осуществляли путем контроля за динамикой уровня онко-маркеров в сыворотке крови (РЭА, СА-125, СА15-3, СА 19,9) до и после терапии, изменение уровня которых являются критериями эффективности лечения эндометриоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Снижение содержания онко-маркеров у женщин с эндометриозом в основной группе демонстрировало регресс патологического процесса и достижение более выраженных положительных результатов по сравнению с пациентками в контрольной группе. Отмечается повышение эффективности терапии у пациенток, получавших сочетанную терапию микронизированным прогестероном и интерфероном по результатам частоты наступления беременности: первая группа - 50,9%, вторая - 27,7% ($p \leq 0,05$).

ВЫВОДЫ

Лечение нарушенной фертильности у пациенток с эндометриозом с

использованием микронизированного прогестерона и интерферона позволяет повысить эффективность терапии и увеличить частоту наступления беременности.

ВЕРОПОТВЕЛЯН М.П.

*ОКЗ «Міжобласний центр медичної генетики і пренатальної діагностики»,
м. Кривий Ріг*

ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА РИЗИКУ АНЕУПЛОЇДНИХ ТА ЕУПЛОЇДНИХ РАННІХ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ НА ПІДСТАВІ ВІКУ ЖІНКИ, АНАМНЕСТИЧНИХ ТА СЕЗОННИХ ФАКТОРІВ

Заданими Міністерства охорони здоров'я України майже кожна п'ята бажана вагітність завершується самовільним абортom (СА) або завмерлою вагітністю (ЗВ), причому 75–80% викиднів настає у терміні 12 тижнів вагітності. З них 50–60%, зазвичай, обумовлено не сумісною з життям хромосомною патологією (ХП).

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчити фактори, які можуть викликати ранні репродуктивні втрати при еуплоїдії та анеуплоїдії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення сезонності запліднень з ХП та нормальним каріотипом проводилося за даними аналізу 1808 ЗВ I триместру, каріотипованих з 1997 по 2016 р. Підрахунок частоти ХП залежно від віку матері та кількості попередніх втрат вагітності здійснювався в цій же групі жінок. Статистичний аналіз даних проводили з використанням методів непараметричної статистики. Визначення значущості відмінностей груп проводилось з використанням методу кутового перетворення Фішера, критеріїв χ^2 та Крускала-Уолліса.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 1808 випадків ЗВ з отриманим каріотипом, ХП виявлена у 994 випадках (54,98%). Спостерігалось статистично значуще ($p < 0,05$) підвищення на 4% частоти зачаття при ЗВ з жовтня по березень. З іншого боку, зв'язок між періодом зачаття загиблих ембріонів з наявністю ХП ($n=994$), або її відсутністю ($n=814$), незалежно від типу патології, не встановлений ($p > 0,05$). Частота ХП серед ЗВ практично співпадає у віці 20-30 років. Суттєве збільшення частоти починається з 35 років, досягаючи максимуму (86,76%) після 40 років, $p < 0,01$. В цілому, ризик мати ЗВ з анеуплоїдією підвищується у 5,6 разів для жінок після 40 років в порівнянні з жінками до 40 років (OR=5,644, ДІ 2.781–11.454). Питома вага

аутосомних трисомій у структурі усїєї ХІІ при ЗВ у жінок віком до 35 років склала 47,88%, а у жінок після 35 років - 74,21%, ($p < 0,001$). Розрахунок відношення шансів показав, що ризик виникнення аутосомної трисомії у потомства у віці більше 35 років підвищується у 3 рази ($OR=3,132$ ДІ 2.078–3.697). Звертає увагу частота трипліодії при ЗВ залежно від материнського віку: 43,48% у групі жінок віком до 20 років порівняно з 5,08% після 40 років ($p < 0,01$). Ризик мати ЗВ у І триместрі з трипліодією підвищений в 14 разів для жінок у віці до 20 років ($OR=14.359$, ДІ 9,573–16,234). Спостерігалася подібна тенденція до поступового зниження частоти моносомії Х та тетрапліодії в структурі ХІІ серед ЗВ з віком матері, але відмінності не були статично значущі. Встановлено, що частота ХІІ у ембріонів зменшується пропорційно зростанню числа ЗВ в анамнезі – у 1,5 рази при чотирьох та у 2 рази при п'яти та більше епізодах репродуктивних втрат, $p < 0,01$. Поєднання цих даних із залежністю частоти ХІІ при ЗВ від віку матері дозволило обґрунтувати алгоритм розрахунку індивідуального генетичного ризику для прогнозу потомства в майбутньому. Наприклад, у жінок віком менше за 35 років ризик мати ЗВ з анеуплоїдією підвищується у 2-3 рази при повторних ЗВ в анамнезі. Але, після 35 років тенденція протилежна. Ризик мати наступну ЗВ з анеуплоїдією зменшується вдвічі, якщо в анамнезі були три і більше втрат вагітності порівняно із ризиком жінки аналогічного віку без обтяженого анамнезу. При цьому показники відношення шансів для жінки віком до 35 років та після 35 років із 3-ма та більше ЗВ/СА становлять - $OR=0,963$ та $OR=1,039$, відповідно, $p > 0,05$.

ВИСНОВКИ

1. Незалежно від каріотипу плода, ризик невиношування вагітності зростає при заплідненні у період з жовтня по березень, що свідчить про вплив певних екзогенних факторів у осінне-зимовий період.

2. Підвищення частоти хромосомної патології при ЗВ з віком матері не є основним етіологічним чинником репродуктивних розладів у жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

ВЕРОПОТВЕЛЯН Н.П., БОНДАРЕНКО А.А.

ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕРТВорождения при Проведении пренатального скрининга в I и II Триместре беременности

По данным центра по вопросам материнства и детства /англ. centre for

Maternal and Child Enquiries/ (Великобритания) частота мертворождения (антенатальной и интранатальной гибели плода) составляет 4%. В Днепропетровской области этот показатель в последние годы составляет 7,5–8,6%. В связи с чем представляется актуальным прогнозирование мертворождений с целью предотвращения неблагоприятных исходов беременности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе оценки материнских факторов, биохимических и ультразвуковых доплерометрических маркеров, исследуемых при проведении комбинированного пренатального скрининга в I триместре беременности, а также доплеровских индексов маточной артерии в сроки УЗ-скрининга II триместра, определить предиктивную точность в прогнозировании мертворождения на основе использования результатов системного обзора и мета-анализа литературных публикаций и собственных данных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были исследованы популярные поисковые базы данных Medline, Embase, Biosis и Web of Science, The Cochrane Library с использованием ключевых терминов «беременность», «мертворождение», «материнские факторы», «доплерометрия в маточной артерии и венозном протоке», «связанный с беременностью плазменный протеин А» (РАРР-А), «плацентарный фактор роста» (PLGF) и плацента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным 20 исследований доля мертворождений, связанных с плацентарными причинами, варьировала от 11 до 65%. При анализе материнских факторов установлено, что риск мертворождения возрастает с увеличением веса женщины в 1,01 раз на каждый кг массы тела, при весе более 69 кг; после применения вспомогательных репродуктивных технологий – в 1,79 раз; у курящих матерей – в 1,71 раз; у матерей с хронической гипертонической болезнью – в 2,62 раза; с системной красной волчанкой и антифосфолипидным синдромом – в 2,55 раз; с сахарным диабетом в 2,55 раз, при наличии случаев мертворождения в анамнезе – в 4,8 раз. Оценка этих факторов позволяет прогнозировать 26% неожиданных мертворождений и 31% из них, обусловленных плацентарной дисфункцией. В случае мертворождений, наступивших вследствие плацентарной дисфункции, при прохождении скрининга в 11-13 нед. гестации отмечается снижение РАРР-А ($< 0,69\text{MoM}$) и PLGF ($< 0,63\text{MoM}$), а также повышение пульсационного индекса маточной артерии ($> 1,39\text{MoM}$) и пульсационного индекса в венозном протоке ($> 1,04\text{MoM}$) по сравнению с контролем ($p < 0,0001$), что позволило прогнозировать 42% неожиданных мертворождений и 61% из них вследствие

плацентарной дисфункции при ложноположительном результате – 10%. При учете данных биохимических и доплерометрических индексов в маточной артерии в 19–24 нед. на 2-х этапном скрининге предикция всех случаев мертворождения возрастает до 55%, включая 75% из них, вследствие плацентарной дисфункции. В группе с нарушением плацентации частота детекции мертворождения <32 недель была выше, чем доля мертворождений ≥37 недель (86% против 46%, $P = 0,031$).

ВЫВОДЫ

Высокая доля мертворождений из-за нарушения плацентации может быть эффективно определена уже в I триместре беременности. Модель, основанная на оценке материнских факторов и биомаркеров, потенциально может предсказать более половины последующих мертворождений, которые происходят вследствие плацентарной дисфункции. Добавление PlGF в I триместре и аномальные показатели кровотока в маточной артерии во II триместре беременности еще больше повышают прогностическую точность предикции мертворождения.

ВЕРПОТВЕЛЯН П.Н., **БОНДАРЕНКО А.А.**, **ВЕРПОТВЕЛЯН Н.П.**, **ГОРУК П.С.**

1. ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

2. КУ «Криворожский городской клинический родильный дом № 1» ДООС»

ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Тяжесть начала ранних климактерических симптомов во многом зависит от нервно-психического состояния пациентки, социально-стрессовых воздействий и личностных психологических проблем. Для лечения данной патологии широко применяется заместительная гормональная терапия (ЗГТ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами отобрано 97 женщин, страдающих различными проявлениями климактерического синдрома (КС) в возрасте от 44 до 57 лет. К началу наблюдений длительность КС колебалась в пределах от 4-х месяцев до 15 лет. Проявления КС спустя 1–7 месяцев после изменения характера менструальной функции наблюдались у 83 (85,6%) пациенток и после прекращения менструаций – у 14 (14,4%) пациенток. У 55 (56,7%) женщин диагностирована сочетанная форма синдрома. Для лечения КС была использована ЗГТ (2мг эстрадиола валерат в

белой таблетке; 2 мг эстрадиола валерат и 10 мг медроксипрогестерона ацетата в голубой таблетке). Протяженность лечения определялась индивидуально – от 2-х до 6-ти месяцев. Для оценки клинико-функционального состояния репродуктивной системы у женщин с дефицитом половых стероидов на фоне ЗГТ изучали: характер менструальной функции, степень эстрогенной насыщенности организма по величине кариопикнотического индекса. Течение заболевания и динамику обратного развития КС оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ), предложенного Купперманом. Исследование психологического теста проводили с помощью цветового теста Люшера. Тяжесть депрессивных расстройств оценивалась по шкале Гамильтона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

КС легкой степени был диагностирован у 32 (32,98%), средней степени – у 44 (45,36%) и тяжелой – у 21 (21,64%) больной. На фоне ЗГТ препаратом дивина показатели ФСГ по сравнению с исходным уровнем снизились у 79 (81%) пациенток и ЛГ – у 70 (72%) пациенток. Концентрация Е2 (эстрадиола), ингибина β существенно не изменялась. Антимюллеров гормон (АМГ) у наших пациенток был зарегистрирован на нижней границе нормы у 67 (69,07%) женщин, у 30 (30,92%) - был низким. Согласно данным теста Люшера к 7-му месяцу терапии препаратом дивина положительная тенденция в эмоциональной сфере пациенток, получавших ЗГТ, наблюдалась в 70 (72,16%) случаях, к 12-му месяцу – в 90 (92%) случаях. Наиболее информативный показатель липидного обмена – коэффициент атерогенности, превышал нормативные показатели у 60 (61,8%) пациенток, из них у 15 (15,5%) отмечался высокий риск атерогенности. Различные побочные реакции на фоне ЗГТ были минимальные и имели место у 8 (8,24%) женщин, которые обычно исчезали к 3–7 месяцу лечения.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ЗГТ эффективно влияет на обратное развитие нейровегетативных симптомов при КС.

ГАВРИЛОВА И. В., БАЧИНСКАЯ И. В.

Национальная детская специализированная больница «Охматдет», отделение детской и подростковой гинекологии, г. Киев

ВЕДЕНИЕ ДЕВОЧЕК ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Кисты яичников у девочек возникают в любом возрасте, в том числе

антенатально и на первом году жизни. Определение тактики: консервативное или оперативное лечение – является очень сложным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – оптимизация ведения девочек первого года жизни с кистами яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проанализировано ведение 74 девочек в возрасте от 1 до 9 месяцев с кистами яичников. Всем проведено клиничко-лабораторное и ультразвуковое исследование. У 50 (67,6%) кисты претерпели обратное развитие в течении первых 3-х месяцев жизни. 24 девочки прооперированы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У девочек первой группы кисты были диагностированы антенатально после 26 недель беременности. При УЗИ односторонние, однокамерные до 5 см³в режиме ЦДК кровотоков сохранен. Гормональное обследование у 67% девочек позволяло предположить наличие фолликулярной кисты. Наблюдение в динамике установило обратное развитие кисты в течение 3 месяцев с момента обращения.

Во второй группе у 20 при антенатальном перекруте кисты выявлены в сроке 26–37 недель беременности, жидкостные с наличием осадка или перегородок, в режиме ЦДК кровотоков отсутствовал. Гормональное обследование без отклонений. При лапароскопии: маточный угол с одной стороны заканчивается слепо, киста землисто-серого цвета с явлениями «старого» некроза. У 8 детей произошла «самоампутация» кисты; для проведения операции использовано 2 порта. Гистологическое исследование: кисты из соединительной ткани, с участками некроза, кровоизлияниями, полями гемосидероза и кальциноза. Послеоперационный период без осложнений. Дети активны, через 2 – 3 часа переведены в отделение. Грудное вскармливание с первых суток.

2 девочки 8 и 10-ти месяцев поступили по ургентным показаниям с подозрением на кишечную непроходимость. При УЗИ – значительное увеличение яичника с сохранением кровотока и характерной структуры. Выполнена лапароскопия, деторсия придатков матки, пункция крупных фолликулов для уменьшения объема и профилактики рецидива. Нормализация объема и структуры яичника в течении месяца.

2 девочек проведено вылущивание соединительнотканых кистом яичников, выявленных антенатально (1-й лапароскопия, 2-й лапаротомия в связи с гигантским размером).

ВЫВОДЫ

1. Консервативное ведение возможно в течение 3-х месяцев жизни при небольших размерах и сохраненном кровотоке в режиме ЦДК. 2. При сохранении опухоли, больших размерах, нарушении кровоснабжения, наличии уровня

эхоуплотненной взвеси, гиперэхогенных перегородок, показано оперативное лечение методом лапароскопии. 3.Наличие абдоминального болевого синдрома с рвотой - показание для проведения УЗИ ОМТ и консультации гинеколога независимо от возраста девочки с целью выявленияперекрута придатков матки.

ГАВРИЛОВА І.В., БАЧИНЬСКА І.В.

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», відділення дитячої та підліткової гінекології, м. Київ.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ГІНЕКОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВЕДЕННЯ ДІВЧАТ З ПОРУШЕННЯМ СТАТЕВОГО ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ

Порушення статевого диференціювання (ПСД) група вроджених вад при яких існує невідповідність хромосомної, гонадальної і анатомічної статі. Відповідно до міжнародного консенсусу 2006 року такі хворі мають спостерігатись і лікуватись за участю мультидисциплінарної команди, яка розробляє і здійснює план ведення. При виборі жіночої статі виникає необхідність в проведенні фенмінізуючих операцій: пластика урогенітального синуса, гіпертрофованого клітора, видалення гонад при наявності Y хромосоми у зв'язку з ризиком малігнізації. По теперішній час не існує єдиної точки зору щодо термінів, показів, процедур і оцінки результатів хірургії ПСД.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оптимізація лікування дівчат з ПСД.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проаналізоване ведення 42 дівчат. Каріотип у 13 хворих 46 XX, у 23 – 46 XY, у 6 – мозаїцизм з Y хромосоною), які були прооперовані у відділенні дитячої та підліткової гінекології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». В нашій лікарні існує мультидисциплінарна команда, яка включає дитячого ендокринолога, уролога, психолога, гінеколога, генетика, неонатолога, і, при необхідності – соціального працівника. Після обстеження розробляються рекомендації по визначенню статі, остаточне рішення приймають батьки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім 29 пацієнткам з Y хромосоною проведена гонадектомія. У 20 - лапароскопія і профілактичне видалення гонрад з черевної порожнини. У 7-ми гонади видалені з пахових ділок з пластикою зовнішнього отвору пахового каналу. Гістологічн дослідження виявило дисгенезію гонад у 19 і граничні пухлини у 8-х хворих. Двом проведена лапаротомія і видалення злоякісних пухлин (дисгерминома и гонадобластома) гонад. В подальшому консультовані

онкологом. Замісна гормональна терапія забезпечила фемінізацію всіх дівчат, у 8-ми виникла менструальноподібна реакція.

Нами прооперовано 13 пацієток з 46 ХХ ПСД: у 10 вірільна, у 6 сільвтрачаюча форма АГС, яким виконані фемінізуючі пластики зовнішніх статевих органів. Операції поводитись лише при значній вірілізації (Prader III–V). 4 проведена пластика тільки урогенітального синуса, що дозволило відокремити сечовивідні шляхи і піхву. 14 – пластика клітора при значному його збільшенні. Операція полягала у вкороченні кавернозних тіл зі збереженням голівки клітора на судинно-нервовій ніжці і шкіряному лоскуті, що забезпечує еректильну функцію і чутливість за рахунок збереження іннервації та кровозабезпечення. 11 хворим виконана пластика клітора і урогенітального синуса. Особливості ведення хворих після фемінізуючої пластики геніталій в післяопераційному періоді полягають в необхідності встановлення уретрального катетера на 5–7 днів, призначення антибактеріальної терапії, особливостях харчування, необхідності щоденних перев'язок, що емоційно важко переноситься в ранньому дитячому віці.

ВИСНОВКИ

1. Рекомендації щодо вибору полу мають бути визначені мультідисциплінарною командою з урахуванням можливості хірургічної та гормональної корекції.

2. Фемінізуюча пластики зовнішніх статевих органів має проводитись лише при вираженій вірілізації (Prader III–V ст і значному збільшенні клітора) з урахуванням травматичності операції і недостатньою вивченість відділених результатів.

3. Профілактичне видалення гонад із черевної порожнини при високому ризику малігнізації доцільно проводити методом лапароскопій.

ГАЙСТРУК Н.А., ГАЙСТРУК А.Н., ДУБАС Л.Г., ТОПОЛЬНИЦЬКА С.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2, м. Вінниця

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З БАГАТОВОДДЯМ

При аналізі даних вагітних з передчасними пологами, багатоводдя відмічалось у 24,75%. Багатоводдя є одним із найбільш небезпечних у прогностичному плані. У наших недавніх дослідженнях ми засвідчили зв'язок

між дефіцитом вітаміну D у матері та поширеністю бактеріального вагінозу у першому триместрі вагітності, що дає змогу пояснити причинний зв'язок між гіповітамінозом D та підвищенням ризику передчасних пологів.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – встановлення етіології, патогенезу, лікування та профілактики загрози передчасних пологів у вагітних з багатоводдям.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі міського клінічного пологового будинку №2 та міської клінічної лікарні «Центр матері та дитини» м. Вінниця спільно з кафедрою акушерства та гінекології №2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова було проведено ряд наукових досліджень у вагітних з діагнозом : Загроза передчасних пологів у вагітних з багатоводдям.

До дослідження входили: клініко-статистичний аналіз карт амбулаторного нагляду, історії пологів і карт розвитку новонароджених, вивчення катамнезу обстежуваних вагітних, загальноклінічні дослідження, дослідження психо-емоційного стану, вивчення змін вегетативної нервової системи, дослідження імунного статусу, ендокринного гомеостазу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними наших досліджень використання традиційної токолітичної терапії дозволяє в абсолютній більшості пролонгувати вагітність на термін 48 годин для профілактики дихальних розладів у плода. У групах вагітних, де механізм передчасної пологової діяльності пов'язаний з інфекційним процесом, додавання в схему лікування антибактеріального препарату та інгібітора циклооксигенази дозволяє зменшити кількість передчасних пологів удвічі з 12,9 до 6,5%. В аналізі даних цього дослідження виявили, що у групі вагітних жінок, які отримували вітамін D у дозі 4000 одиниць на добу значуще знижувався ризик: кесаревого розтину на 43%, інших ускладнень вагітності (гестаційного діабету, гіпертензії, преєклампсії) на 30%. Використання комплексного патогенетичного лікування, яке включало в себе психотерапевтичні методи корекції психоемоційних порушень в даних групах, також дозволило зменшити кількість передчасних пологів в середньому до 6,7% та збільшити кількість пролонгованих вагітностей до 78%.

ВИСНОВКИ

Згідно результатів проведеного дослідження, існує декілька механізмів передчасної пологової діяльності (50,7% – це інфекційно-запальний процес, 24,75% – багатоводдя). Вагітним із загрозою предчасних пологів рекомендовано більш ретельне обстеження, направлене на пошук джерела хронічного або гострого запального процесу, клінічні або субклінічні прояви тромбозу, недостатність вітаміну D, присутність психоемоційної складової для визначення патогенетичного механізму родової діяльності.

Доказові дані обґрунтовують доцільність суплементації вітаміну D у вагітних жінок у дозах до 4000 МО на добу, що суттєво знижує ризик ускладнень (гестаційного діабету, гіпертензії, прееклампсії) та необхідності розродження шляхом кесаревого розтину.

ГОЛОТА Л.І.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО, м. Львів*

ДИСМЕНОРЕЯ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В гінекологічній практиці одним із захворювань, які супроводжуються болем є дисменорея, частота якої коливається від 43 до 89%. Терміном «дисменорея» визначають широкий спектр нейровегетативних, обмінно-ендокринних, психічних і емоційних відхилень, основним клінічним проявом якого є больовий синдром під час менструації, який виникає в перший день або за декілька днів і продовжується протягом всієї менструації і навіть після неї. Дисменорея – не тільки важлива медична, а й соціальна та економічна проблема, адже вона є найбільш частою причиною незадовільного відвідування в учбових закладах, дає 10–48% тимчасової втрати працездатності, прямо впливає на сімейні та колегіальні взаємовідносини, значимо знижує якість життя.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити ефективність дротаверину гідрохлориду при лікуванні спастичного болю в животі, обумовленого дисменореєю.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 116 пацієнтів з первинною дисменореєю, без органічних змін органів малого тазу, підтверджених ультразвуковим дослідженням. Середній вік складав $24,3 \pm 7,3$ роки. Тривалість захворювання від 8 місяців до 10 років. Біль оцінювали за цифровою рейтинговою шкалою болю (NPRS) та візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), яке дозволило вивчити динаміку больового синдрому в процесі лікування. Контроль виразності больового синдрому проводили до початку лікування, під час лікування (через 3 і 5 днів), через 3 місяці від початку лікування. Жінки з регулярним менструальним циклом прийом дротаверину розпочинали за 3 дні до початку менструації, з нерегулярним менструальним циклом в 1 й день менструації, продовжували протягом 4-5 днів перорально в дозі 80 мг 3 рази на день протягом 3 менструальних циклів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів лікування виявив, що ефект терапії первинної дисменореї

позитивно корелював з тривалістю періоду прийому препарату. Зниження больового синдрому і супутніх дискомфортних станів в першому циклі за оцінкою пацієнтками була відмічена вже у 23,5%, у 79,1% – після другого циклу терапії, у 88,9% – після третього циклу. 74,4% жінок проходили лікування з середньою тривалістю $4,6 \pm 0,8$, з них 70,6% жінок приймали дротаверин у вигляді монотерапії. Середня оцінка по цифровій рейтинговій шкалі болю до початку терапії $7,5 \pm 1,3$, через 5 днів $1,4 \pm 0,2$. Серйозних побічних ефектів, пов'язаних із використанням но-шпи, не було виявлено.

ВИСНОВКИ

Дротаверин, який призводить до зменшення виразності больового синдрому, може бути рекомендований як ефективний і безпечний засіб для комплексної та монотерапії первинної дисменореї, особливо при поєднанні даного захворювання з патологією шлунково-кишкового тракту і жовчевивідних шляхів, розповсюдженість яких серед пацієнток з дисменореєю складає 40%.

ДЕМ'ЯНЕНКО Л.В., СЕМЕНЮК Л.М.

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

СТАН ІМУННОГО ГОМЕОСТАЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Поширеність метаболічного синдрому серед жінок на 50% більше ніж серед чоловіків і розповсюдженість серед населення розвинутих країн становить 25%. В той же час у жінок репродуктивного віку діагностується лейоміома матки в 13,3–24,0%. В основі метаболічного синдрому лежить інсулінорезистентність, яка в свою чергу може бути причиною гіперестрогенемії і основою розвитку доброякісних захворювань матки.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: встановити особливості імунного статусу у жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки в поєднанні з метаболічним синдромом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ: пацієнтки розподілені на групи I основна група – 60 жінок з доброякісними захворюваннями матки та метаболічним синдромом, II група порівняння – 70 жінок з доброякісними захворюваннями матки без метаболічного синдрому, III контрольна група – 50 соматично здорових жінок. Вивчення імунологічного статусу проводили шляхом визначення імунограми.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Аналіз відносної та абсолютної кількості основних імунокомпетентних клітин у периферичній крові показав, що у обстежених жінок виявлені імунні

порушення. Високий ступінь імунних порушень стосується різкого зниження відносної кількості моноцитів/макрофагів: I групи $4,5 \pm 0,16\%$, II групи $4,4 \pm 0,17\%$ і III групі $9,6 \pm 0,24\%$, при цьому відзначається зниження відносної кількості лімфоцитів ($23,80 \pm 2,4\%$, $24,13 \pm 2,4\%$ і $32,10 \pm 2,1\%$ відповідно). Під час вивчення показників T- і B-клітинної ланки імунітету виявлено зміни кількісного складу різних субпопуляцій лімфоцитів порівняно з контролем, вірогідну різницю між показниками I групи й II групи порівняння не було виявлено, $p > 0,05$. Зниження імунорегуляторного індексу проявляються порушенням автономної імунної саморегуляції, в першу чергу, зниження розпізнавальної функції, та підсилення супресорних механізмів у процесі формування імунної відповіді. Аналіз функціонального стану гуморальної ланки імунної системи проводився визначенням основних класів імуноглобулінів IgA, IgM, IgG. Встановлено, що середня концентрація IgM в основній групі та в групі порівняння майже в 1,5 рази перевищувала показники контрольної групи; рівень IgA був на 30%, а IgG – на 25 % нижчим, ніж у жінок контрольної групи ($p < 0,05$). Рівень ЦІК у жінок основної групи й групи порівняння майже в 3 рази перевищував показники контрольної групи ($p < 0,05$). Вивчені основні показники фагоцитозу, комплементу та титр природних нормальних антитіл. Так, титр комплементу в I групі склав $0,09 \pm 0,004\%$, в II групі – $0,11 \pm 0,003\%$, в III групі – $0,02 \pm 0,003\%$, фагоцитарний індекс $3,9 \pm 0,3$, $4,0 \pm 0,2$ і $5,1 \pm 0,3$ відповідно.

ВИСНОВКИ. У жінок з доброякісними захворюваннями матки в поєднанні з метаболічним синдромом знижені показники неспецифічної ефекторної системи протиінфекційного захисту організму, що зумовлене порушенням здатності до захоплення поліморфноядерних лейкоцитів, що, в свою чергу, обумовлено зниженням титру комплементу в 4 рази, що спричинює зниження потенційної бактерицидної активності та її резерву. Проведений аналіз свідчить про існування хибного кола між порушенням фагоцитозу та глибокими змінами бактерицидної активності у жінок з доброякісними захворюваннями матки та метаболічним синдромом.

ЗАПОРОЖЧЕНКО М.Б., СИДОРЕНКО А.В.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Одесса

СОЧЕТАНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ И ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Вопросы регуляции репродуктивной системы и патогенеза гормонозависимых заболеваний являются наиболее сложными и актуальными в

научной и практической медицине. К числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний относятся миома матки, аденомиоз и гиперпластические процессы эндометрия. Распространенность сочетания этих патологий у женщин репродуктивного возраста достигает до 85%, это обусловлено схожим преморбидным фоном, клинико-патогенетическими особенностями этих заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы провели гистологическое исследование маток после 113 последовательных гистерэктомий у пациенток разного возраста за период с 2013 по 2015 г. В результате гистологического исследования в 84% случаев была подтверждена лейомиома, а в 26,5% случаев миома сочеталась с аденомиозом. Лейомиома без аденомиоза была выявлена у 27% пациенток, а аденомиоз без лейомиомы – у 11,5% больных. Были отобраны образцы материала после 30 лапаротомических гистерэктомий от пациенток 39–48 лет с сочетанной патологией. Из исследования исключены пациентки с гиперпластическими процессами в эндометрии, доброкачественными образованиями яичников и быстрорастущими (пролиферирующими) миомами. Материал полученный вследствие гистерэктомий прошел морфогистологическое исследование. Гистологический шифр лейомиомы был обозначен как лейомиома простая: 8890/0 Основными жалобами пациенток были аномальные маточные кровотечения и хроническая тазовая боль а также умеренную сопутствующую анемию 80–90 г/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для дальнейшего анализа пациентки были разделены на три группы: 1) с преобладанием поражения матки лейомиомой, 2) с преобладанием поражения матки аденомиозом; 3) с равным поражением аденомиозом и миомами. Критериями распределения по группам служили клинические проявления, локализация, размеры и форма миом, а также форма и степень распространения аденомиоза. Анализ морфологического соотношения объемов поражения матки показал преобладание лейомиомы в 33,3% случаев, преобладание аденомиоза в 26,7% случаев и преобладание лейомиомы со значительным влиянием аденомиоза в 40% случаев. По формам аденомиоз распределился следующим образом: диффузная форма 50% случаев, диффузно-очаговая 33%, диффузно-узловая 10% случаев.

В группе пациенток, у которых по клинико-морфологической оценке превалировало поражение матки миомами, опухоли характеризовались многоузловым поражением с наличием субмукозных узлов крупных размеров (более 5 см) тип 0. Во всех случаях аденомиоз выявлялся в диффузной форме и не более 1 степени распространения. В группе пациенток с клинико-

морфологическим преобладанием аденомиоза миомы характеризовались разнообразием форм и размеров: одиночные интрамуральные или субмукозные размерами до 3см либо множественные мелкие интрамуральные и субмукозные до 1–2см. Узлы были расценены как клинически малозначимые, то есть наличие только таких узлов не могло объяснять имевшуюся у пациенток симптоматику. Таким формам поражения лейомиомой соответствовало диффузно-узловые и диффузно-очаговые формы аденомиоза 2–3 степени который в основном и определял клинику заболевания. В третьей группе женщин преобладали множественные миоматозные узлы разных размеров, от 2 до 5см, и локализации, в том числе субмукозные, а также диффузная и диффузно-очаговая форма аденомиоза, которая оказывала существенное влияние на течение сопутствующей патологии.

ВЫВОДЫ

При наличии у пациенток многоузлового поражения, миом крупных размеров или с субмукозным расположением узлов, коморбидный аденомиоз не оказывает значительного влияния на клиническое течение миомы. При наличии мелких одиночных интрамуральных или субсерозных узлов, мелких субмукозных узлов клиника симптомных миом определяется поражением аденомиозом диффузно-узловой и диффузно-очаговой форм 2-3 степени. Обсуждая собственные наблюдения сочетанной патологии матки, можно сделать ряд важных выводов для практики:

- 1) эндометриоз может быть более распространенным, чем считалось ранее;
- 2) эндометриоз – «хамелеон», который маскируется клиническими симптомами под лейомиому, причем из-за значительного совпадения симптомов часто трудно понять какая патология ответственна за жалобы пациентки;
- 3) эндометриоз в сочетании с лейомиомой «навязывает» сочетанной патологии более тяжелое клиническое течение;
- 4) пациентки с симптомными миомами подвержены более высокому риску развития эндометриоза.

ЗАПОРОЖЧЕНКО М. Б., ПАРУБИНА Д. Ю.

Одеський національний медичний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології №1, м. Одеса

ОЦІНКА ВПЛИВУ ПОРУШЕННЯ БІОЦЕНОЗУ В СТАТЕВИХ ОРГАНАХ НА ПЕРЕБІГ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ

Лейомиома матки – одна з найактуальніших проблем гінекології, зважаючи на широку поширеність, «омолодження» цього захворювання, а

також негативний вплив на репродуктивну функцію жінок. Наразі питання патогенезу, профілактики та лікування дискусійні й до кінця не вивчені. Однією з важливих ланок патогенезу лейоміоми матки є порушення імунної реактивності організму, внаслідок розвитку хронічних вогнищ інфекції. Існує теорія щодо ролі інфекцій та вірусів у процесах апоптозу та проліферації.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – проаналізувати особливості мікробного спектра сечостатевого тракту в жінок з лейоміомою матки та продемонструвати його принципове практичне значення з позицій ролі «хибного» росту пухлини.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідженні взяли участь 90 жінок репродуктивного віку: I група (контрольна) (n=30) – практично здорові жінки; II група (n=30) – хворі на лейоміому матки, клінічно малосимптомний перебіг. III група (n=30) – хворі на лейоміому матки з клінічно симптомним перебігом (аномальні маткові кровотечі, анемія, тазові болі, швидкий ріст вузла, безпліддя в анамнезі). У всіх групах проводилося бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень для оцінки ступеня чистоти піхви та бактеріальний посів піхвових виділень. Застосовували ПЛР для якісного методу визначення ДНК *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*, цитомегаловірусу.

Усі пацієнтки II та III груп отримали комплексне індивідуальне медикаментозне лікування або поєднане медикаментозне та хірургічне лікування в об'ємі консервативної міомектомії (20 та 61 % відповідно). У всіх пацієнток, які отримали хірургічне лікування проводилося морфогістологічне дослідження лейоматозних вузлів. У жінок III групи медикаментозне лікування доповнювалося антибактеріальними та протизапальними препаратами за етіопатогенетичним принципом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами бактеріоскопічного дослідження піхвових виділень у 100% жінок контрольної групи було виявлено I-II ступінь чистоти піхви внаслідок низького ступеня обсіменіння (до 104 КУО/мл). У пацієнток із лейоміомою матки II та III груп не було виявлено I-II ступені чистоти піхви та характерними були переважно III-IV ступені чистоти з показниками 53,3 та 93,3% відповідно. У хворих на лейоміому матки у високому діагностичному титрі висівалась умовно-патогенна та патогенна флора. Асоціації мікроорганізмів (*St.saprophyticus*, *St.aureus*, *Streptococcus*, *E.coli*, *Bacteroides*) становили мікробний фон, що сприяв виникненню та розвитку хвороби. Частота їх висівання у піхвових виділеннях відповідно становила 41,9; 16,7; 19,3; 30,7; 58,1%, у цервікальному каналі – 38,9; 8,1; 19,3; 25,2; 41,9%, в уретрі – 41,9; 13,7; 19,3; 33,3%. *Candida albicans* виявили у 50,0% випадків у піхвовому вмісті та з цервікального каналу і 25,2% з уретри. Лактобацили та біфідобактерії висівались лише в 17 та 8,1%

випадків відповідно, що свідчить про глибоке порушення балансу сапрофітної та патогенної мікрофлори. Водночас у жінок контрольної групи в 87,4% випадків мікрофлора представлена лактобацилами та біфідобактеріями, а також мікроорганізмами (*St.epidermidis*, *St.saprophyticus*, *E.coli*, *Enterococcus*, *Candida albicans*), що не мали діагностичного титру.

При гістологічному дослідженні міоматозних вузлів виявлено дифузні лімфоцитарні скупчення, набряк, розвиток сполучної тканини, що підтверджує наявність у вузлі запального процесу.

Внаслідок використання індивідуального комплексного медикаментозного та хірургічного лікування, доповненого етіопатогенетичним лікуванням хронічних інфекцій, значно покращилися результати лікування в II та III групах: зменшилися аномальні маткові кровотечі (65,7 та 81,6% відповідно), тазовий біль (41,0 та 65,0% відповідно), знизилася частота анемії (45 та 65% відповідно), завагітніли 6 пацієнок II та 2 пацієнтки III групи.

ВИСНОВКИ

У жінок з лейоміомою матки потрібно активно виявляти інфекційні вогнища та проводити санацію осередків бактерій, що позитивно позначається на результатах лікування.

ЛИТВИН Н.В

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології імені І.Д. Ланового, м. Івано-Франківськ

ХАРАКТЕРИСТИКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК ІЗ ІНДУКОВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ В ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ

У зв'язку із значним впровадженням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) проблема невиношування вагітності відкривається у нових аспектах. Згідно літературних повідомлень частота мимовільного переривання вагітності складає 20–25 %, при чому до 80 % втрат припадає на перший триместр, після застосування ДРТ – може коливатись від 11 до 66%, що знижує загальну ефективність лікування безпліддя. А збільшення числа невдалих спроб запліднення *in vitro* ряд авторів тісно пов'язують із імунopatологічними порушеннями. В науковій літературі обговорюються численні теорії імунологічної толерантності при вагітності, що настала внаслідок ДРТ. Вважається, що імунологічні фактори можуть приводити до порушень репродуктивного процесу на різних його стадіях: фолікулогенезу,

овуляції, імплантації. Імунні порушення можуть бути залучені в етіологію і патогенез різних форм безпліддя, в тому числі нез'ясованого генезу. Однак, незважаючи на інтенсивні дослідження в області імунології репродукції, до теперішнього часу відомості про значення різних цитокінів в репродуктивній функції жінки неоднозначні.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ було визначити роль імунологічних показників у жінок із індукованою вагітністю та оцінити перебіг вагітності в першому триместрі гестації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідженням було охоплено 100 жінок із вагітністю, яка наступила в індукованому циклі та 30 жінок – в природному. Пацієнтки з індукованою вагітністю поділені на дві групи: основна група отримувала запропоновану прегравідарну підготовку, яка включала прийом протягом трьох місяців до програми ДРТ препарату з підвищеним вмістом фолієвої кислоти та омега-3-жирні кислоти, за місяць до програми – амінокислоту L-аргінінаспартат та гепато-кардіопротекторний препарат в рекомендованих дозах, група порівняння велась згідно стандартів. Визначались рівні інтерлейкіну-1 β (il-1 β), TNF- α , інтерлейкіну-4 (il-4) в термінах 5–7 тижнів та 11–12 тижнів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 36,1 % жінок із індукованою вагітністю встановлено загрозу переривання вагітності із утворенням ретрохоріальної гематоми. В основній групі пацієнток з індукованою вагітністю показник il-1 β в 1,5 рази вищий, в групі порівняння – в 4 рази, ніж в групі контролю. В основній групі TNF- α в 1,7 рази перевищує показники групи контролю, в групі порівняння – майже в 3,5 рази. Відмічено незначне зниження протизапального інтерлейкіну-4 в основній групі, в той час, як в групі порівняння він був знижений в 2,5 рази. У зв'язку з чим, важливим фактором розвитку ретрохоріальних гематом у жінок із лікованим безпліддям може слугувати імунологічний дисбаланс, встановлений у даній категорії пацієнток.

ВИСНОВКИ

Невиношування вагітності у першому триместрі у жінок із лікованим безпліддям є серйозною патологією, вагомість якої набуває особливого значення у випадку лікованого непліддя із використанням допоміжних репродуктивних технологій. Поглиблене обстеження пацієнток для виявлення імовірних причин ранніх репродуктивних втрат відкриває перспективи подальших досліджень для вибору оптимальної терапії, розробки обґрунтованої профілактики та цим самим підвищує ефективність допоміжних репродуктивних технологій.

ФІТОЕСТРОГЕНИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Аномальні маткові кровотечі (АМК) – це кровотечі, що виникають унаслідок функціональних порушень ланок регуляції менструального циклу та не пов'язані з органічними захворюваннями статевих органів. АМК складають 15–30% усіх гінекологічних захворювань. У патогенезі АМК головну роль відводять порушенням нейрогуморальної регуляції та продукції гормонів яєчників, і як наслідок – порушуються процеси проліферації, секреції і десквамації ендометрію. Традиційна терапія АМК включає в себе проведення фракційного вишкрібання порожнини матки та застосування гормональних препаратів. Вишкрібання порожнини матки сприяють виникненню запальних захворювань жіночих статевих органів. Гормональна терапія має багато протипоказань та ускладнень, тому відводять певну увагу застосуванню негормональних препаратів, зокрема фітоестрогенів.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – дослідити ефективність фітоестрогенотерапії у лікуванні аномальних маткових кровотеч у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було досліджено 38 жінок з АМК у віці 23–40 років. Всіх хворих було проведено клініко-лабораторне, гормональне, гістологічне та ультразвукове дослідження. 13 пацієнтів лікувались з допомогою гормонального лікування (група порівняння) та 18 хворих, які лікувались з допомогою негормональної терапії, зокрема фітоестрогенотерапії. 7 жінок склала контрольна група. У всіх жінок були скарги на втому, слабкість, порушення сну, дієздатності та порушення менструального циклу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи отримані дані наших досліджень ми маємо нормалізацію менструальної функції у 15 жінок основної групи (83,3%) в порівнянні з групою порівняння 9 (69,2%). За даними клініко-лабораторного, гормонального, гістологічного та ультразвукового досліджень, було видно позитивну динаміку застосування фітоестрогенів. У всіх хворих основної групи відновився нормальний менструальний цикл, та зникли скарги, покращилося загальне самопочуття. У 4-х пацієнтів групи порівняння виник побічний ефект при застосуванні гормональної терапії, завдяки чому виникла потреба відміни препаратів. Усім пацієнтам, які отримували лікування з допомогою

фітоестрогенів, було проведено ультразвукове обстеження, де патології ендометрію не виявлено.

ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані дані, діагностичні дослідження та проведення лікування з допомогою фітоестрогенів можуть усунути розвиток маткових кровотеч.

*МАКАРЕНКО М.В., ГОВСЄЄВ Д.О., БЕРЕСТОВИЙ В.О., СОКОЛ І.В., ВОРОНА Р.М.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства
та гінекології після дипломної освіти, м. Київ*

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ АНТИТІЛ ДО HSP-60 І tPNC – СИНТЕТАЗИ ЯК МАРКЕР УСПІШНОЇ ВАГІТНОСТІ

Фіброміома матки – мультиетіологічна, доброякісна пухлина, що може призвести до непліддя та охоплює 20-80% жінок фертильного віку. HSP-60 – білок теплового шоку мітохондріального походження, який є маркером клітинного стресу. Тирозил-tPNCсинтетаза (tPNC) належить до класу висококонсервативних ферментів, що виконують ключову функцію на дорибосомному етапі біо синтезу білка.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити рівень антитіл (АТ) до HSP60 та tPNC у жінок з фіброміою матки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі Київського міського пологового будинку №5 проведено обстеження 30 жінок репродуктивного віку. Основну групи (ОГ) склали 12 жінок із фіброміомою тіла матки. Контрольну групу (КГ) склали 18 соматично здорових жінок з відсутністю гінекологічної патології в анамнезі. Всім жінкам основної групи проведені гістероскопічні операції в обсязі консервативної субмукозної і / або інтрамуральної міомектомії.

Імуноферментним методом проведено визначення рівнів АТ класу IgG до рекомбінантного білку теплового шоку Hsp60 E.Coli, ферменту тирозил-tPNCсинтетази, рівень показників імунного статусу (імуноглобуліни (IgG, IgM, IgA), цитокінів (IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-10, INF- γ , TNF- α). В ОГ забір крові виконували до операції, на 7 та 30 добу після операції, в КГ забір крові виконувався на 1, 7 та 30 добу менструального циклу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В порівнянні двох груп рівень АТ класу IgG до HSP60 та тРНК був вищий в ОГ. На 7 та 30 добу спостереження в ОГ визначалось зміння рівнів АТ класу IgG, в КГ рівень не змінився. Збільшення кількості АТ до специфічних внутрішньоклітинних білків, можливо, свідчить про наявність клітинного стресу, внаслідок механічних пошкоджень, перенесених запальних або незапальних захворювань органів малого тазу тощо. Дослідження зміння рівня АТ після проведених хірургічних втручань потребують подальшого вивчення.

ВИСНОВКИ

Підвищення рівня АТ до HSP60 та тРНК є маркером клітинного стресу. Визначення АТ до HSP60 та тРНК у поєднанні із об'єктивними методами дослідження доброякісних пухлин органів малого тазу, свідчить про можливий патогенез розвитку цих порушень.

Динамічне спостереження за рівнем АТ до HSP60 та тРНК можуть бути індикатором радикальності проведеного хірургічного лікування.

*МАКАРЕНКО М. В., ГОВСЄЄВ Д. О., ГОРОДНИЧА Л. М., БЕРЕСТОВИЙ В. О.,
СОКОЛ І. В., ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти, м. Київ

КОАГУЛЯЦІЙНИЙ РЕЗЕРВ, ЯК ПРЕДИКТОР БЕЗПЕЧНИХ ПОЛОГІВ

Порушення гемостазу підвищують ризик тяжких кровотеч при пологах та кесарському розтині. Метод тромбоеластографії широко використовується для діагностики та вибору тактики корекції порушень системи гемостазу в акушерстві, хірургії тощо.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – виявлення вагітних жінок групи підвищеного ризику по розвитку кровотечі в пологах методом тромбоеластографії (ТЕГ) та на основі лабораторних даних.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі КМПБ №5 був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб жінок із зниженням рівня тромбоцитів нижче $150 \cdot 10^9/\text{л}$ у III триместрі вагітності з 2013–2015 роки. Всім жінкам з тромбоцитопенією проведено дообстеження методом ТЕГ. Жінки були розподілені на 2 групи, враховуючи результати тромбоеластограм (ТЕГм). В I групу увійшли 48 жінок, в яких за результатами ТЕГм було виявлено підвищений ризик розвитку кровотечі в пологах та рекомендовано проведення корекції системи гемостазу компонентами крові (КК) до пологів. В II групу увійшли 43 жінки, яким не

проводилась корекція КК. Контрольну групу склали 44 жінки з фізіологічною кількістю тромбоцитів та нормокоагуляцією згідно ТЕГм. Об'єм крововтрати при пологах оцінювали методом Лібова та гравіметричним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В I групі дослідження крововтрата під час природніх пологів була в середньому $347,3 \pm 53,4$ мл, після кесарського розтину $742,3 \pm 98,1$ мл. В II групі $513,2 \pm 102,3$ мл під час пологів, кесарський розтин $936,7 \pm 151,2$ мл. В контрольній групі крововтрата під час природніх пологів $322,4 \pm 48,5$ мл, після кесарського розтину $717,2 \pm 89,9$ мл.

Пологи завжди супроводжуються крововтратою, і від кількості втраченої крові буде залежати настання гемічних змін. Система гемостазу представляє собою баланс між про, протизгортальними чинниками та антифібринолітичними факторами. Будь-яка крововтрата, порушуючи баланс, сприймається системою гемостазу як сигнал для активації механізмів, які можуть повернути цю розбалансовану систему до вихідного рівня. Механізми, які відновлюють баланс системи, можна представити у вигляді певного резерву, по аналогії з резервом кисню, який штучно створюється в легенях під час преоксигенації при проведенні інтубаційного наркозу. Коагуляційний резерв системи гемостазу жінки перед пологами – це стан гемостазу, який забезпечує природню крововтрату при розродженні.

ВИСНОВКИ.

Застосування методу ТЕГ у вагітних жінок з тромбоцитопенією може показати реальний стан системи гемостазу в цілому. Корекція змін системи гемостазу, яка відновлює коагуляційний резерв дозволяє зменшити крововтрату під час пологів.

*МАКАРЕНКО М.В., ГОВСЄЄВ Д.О., БЕРЕСТОВИЙ В.О., СОКОЛ І.В., ВОРОНА Р.М.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти, м. Київ*

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ІМУНОКОРЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ З АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ

Антифосфоліпідний синдром (АФС) – хронічний вазооклюзивний процес, який виникає внаслідок рецидивуючого тромбоутворення в дрібних судинах на тлі циркуляції в крові антифосфоліпідних антитіл (АФА). Питома вага АФС в етіології передчасних пологів складає 10–35%.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити ефективність лікування АФС у жінок із звичним невиношуванням в анамнезі та перебігу періоду адаптації передчасно народжених дітей у цих жінок, згідно протоколу та в поєднанні із внутрішньовенними імуноглобулінами (ВВІГ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі Київського міського пологового будинку №5 проводиться проспективне дослідження. Було проведено обстеження 53 жінок із звичним невиношуванням в анамнезі. В усіх жінок виявлено підвищення рівнів антитіл класу IgG до β 2-гликопротеїну-1. На підставі клініко-лабораторних даних встановлено діагноз АФС. Жінок розподілено на дві групи. В I групу ввійшли 28 жінок із стандартним лікуванням АФС згідно наказу МОЗ України №626 від 08.10.2007. В II групу ввійшли 25 жінок, яким разом із стандартним лікуванням застосовано ВВІГ («БІОВЕН МОНО®» (ПрАТ «БІОФАРМА», Україна)). Контрольну групу (КГ) склали 26 жінок із звичним невиношуванням без АФС. Усім жінкам проводився контроль показників імунного статусу, показників кислотно-лужного стану, прокальцитоніну (ПКТ) в периферичній крові вагітної, ретроплацентарній крові та пуповинних судинах.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведене дослідження засвідчило переваги терапії, згідно протоколу лікування АФС поєднаної з ВВІГ. Так у жінок II групи визначалось зниження рівня АФА у порівнянні із I групою. Розподіл передчасних пологів по групах засвідчило найбільшу кількість 28,6 % у жінок I групи, 16 % у II групі та 11,5 % у КГ. Період адаптації передчасно народжених дітей II групи демонструє переваги поєднаної терапії, а саме - зменшення кількості днів перебування дітей на ШВЛ, зменшення випадків та ступеню внутрішньошлуночкових крововиливів та дози введеного сурфактанту. Отримані результати дослідження підтверджують літературні дані про залежність рівня IgG у пуповинній крові від терміну гестації. Штучне введення ВВІГ матері підвищує кількість IgG плода, що може пояснити кращий перебіг періоду адаптації у дітей II групи. Зміни в системі гемостазу виявлені методом тромбоеластографії в комплексі мати-плацента-плід, які підтримуються закисленням середовища продуктами плодового метаболізму (лактат). Вказаний механізм можливо дозволяє плоду регулювати не тільки «потік» IgG від матері, шляхом розширення рецепторного представництва на синцитіотрофобласті, а й визначати початок пологової діяльності.

ВИСНОВКИ.

Поєднана терапія: низькодозований аспірин + низькомолекулярні гепарини + ВВІГ сприяє зменшенню клінічних та лабораторних ознак АФС. Терапія АФС із використанням ВВІГ збільшує «потік» IgG від матері до плоду та покращує період адаптації недоношених дітей.

Механізм пролонгування вагітності та виникнення пологової діяльності може бути зумовленим станом імунного балансу системи мати-плід.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НАКЛАДАННЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА МЕРСИЛЕНОВОЮ НИТКОЮ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ

Передлежання плаценти, за даними літератури, зустрічається в 0,2–0,6% випадків всіх вагітностей. У відомих нам дослідженнях існують суперечливі дані щодо доцільності накладання циркулярного шва на шийку матки при передлежанні плаценти.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – проаналізувати ефект накладання циркулярного шва на шийку матки мерсиленою ниткою при центральному передлежанні плаценти.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі Київського пологового будинку № 5 у 2011–2015рр. проведено ретроспективний аналіз 167 випадків центрального передлежання плаценти, діагностованого за допомогою УЗД у терміні після 20-го тижня гестації. Вагітні поділені на 2 рандомізовані групи: у I групу увійшло 83 жінки, які отримували консервативну терапію; у II групу – 84 жінки, яким накладали циркулярний шов на шийку матки мерсиленою ниткою в терміні від 20-го до 28-го тижня гестації.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У I групі маса тіла при народженні дитини в середньому становила 2320 ± 200 г; середня оцінка за шкалою Апгар новонароджених дітей на 1-й хвилині була 5,3 балу, на 5-й – 6,7 балу; термін гестації при родорозрішенні дорівнював від 22 до 38 тижнів (у середньому – 33,4 тижня); термін перебування новонароджених дітей у стаціонарі в середньому складав 17,6 дня; було 7 випадків виникнення кровотеч із наступним переливанням компонентів крові.

У II групі маса тіла при народженні дитини в середньому дорівнювала 2910 ± 200 г; середня оцінка за шкалою Апгар новонароджених дітей на 1-й хвилині була 6,5 балів, на 5й – 7,4 балу; термін гестації при родорозрішенні складав від 29 до 38 тижнів (у середньому – 36,2 тижня); термін перебування новонароджених дітей у стаціонарі в середньому становив 11,2 дня; також було 2 випадки виникнення кровотеч із наступним переливанням компонентів крові.

ВИСНОВКИ

Проведене нами дослідження демонструє ефективність накладання циркулярного шва на шийку матки при центральному передлежанні плаценти. Накладання циркулярного шва на шийку матки з центральним передлежанням плаценти дозволяє уникати не прогнозованих кровотеч та ургентних кесарських розтинів.

Накладання циркулярного шва на шийку матки з центральним передлежанням плаценти збільшує термін гестації при народженні дітей, покращуючи показники неонатальної захворюваності та інвалідизації новонароджених.

МАКАРЕНКО М.В., ГОВСЄЄВ Д.О., ГРОМОВА О.Л., ТЯН О.В., ЄСИП Н.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти, м. Київ

НЕСТЕРОЇДНІ БЛОКАТОРИ РЕЦЕПТОРІВ АНДРОГЕНІВ У ВІДНОВЛЕННІ ОВУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТОК ІЗ СПКЯ

Антиандрогенний препарат флутамід на сьогодні широко використовується як для лікування андрогензалежних дерматопатій, так і нормалізації менструальної функції у жінок із хронічною гіперандрогенною ановуляцією. Але через відсутність остаточного розуміння цього ефекту немає систематизованих даних щодо відновлення менструальної функції та овуляторних циклів у цих хворих.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – визначити показники відновлення менструальної функції у жінок з андрогензалежними дерматопатіями у ході лікування флутамідом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Були взяті під нагляд 18 пацієнток відділення консервативної гінекології Пологового будинку №5 м. Києва з андрогензалежними дерматопатіями, яким був призначений препарат «Флутафарм» в початковій дозі 125 мг протягом перших трьох місяців та 62,5 мг після досягнення ефекту. Пацієнткам з аменореєю на початковому етапі призначали низькі дози метформіну. Оцінювалися регулярність настання менструацій, наявність УЗД ознак овуляторного циклу до та після початку лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік хворих складав $22,6 \pm 0,69$ років. Наявність СПКЯ встановлена у 72,2% жінок. Найпоширенішою формою дерматопатій були акне (88,9% жінок) та гірсутизм (50% пацієнток); жирна себорея – у 22,2% хворих.

77,7% жінок скаржилися на порушення менструального циклу, переважно з менархе, з них 57,1% відзначали тривалі затримки, в тому числі 21,4% – більше 6 місяців. Менструальний цикл тривалістю більше 45 днів присутній у 35,7% жінок. До лікування УЗД-ознаки овуляторного циклу виявлені лише у 21,4% пацієнток з указаними порушеннями.

Після призначення флутафарму виконувався моніторинг динаміки клінічних та лабораторних показників ефективності та безпечності лікування. У жодної з пацієнток перевищення рівнів амінотрансфераз у крові не виявили.

Зменшення проявів впливу гіперандрогенії на шкіру відзначалося у 94,4% пацієнток. Серед хворих з порушеннями менструального циклу нормалізація даного аспекту зафіксована у 71,4%. В 45,5% жінок з ановуляторними циклами, встановленими при УЗД-дослідженні, після лікування при повторному УЗД-контролі виявлені ознаки овуляції.

ВИСНОВКИ

Флутамід здійснює значний вплив на нормалізацію менструальної функції у жінок з гіперандрогенією, який потребує подальшого вивчення задля обґрунтування широкого впровадження препарату у клінічні настанови та рекомендації.

МАКАРЕНКО М.В., ГОВСЄЄВ Д.О., БЕРЕСТОВИЙ В.О., СОКОЛ І.В., МАРТИЧ А.М., ВОРОНА Р.М.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології після дипломної освіти, м. Київ

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНИХ ШАПЕРОНІВ ТА АНТИТІЛ ДО НИХ У РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЙ ВАГІТНОСТІ

Шаперони – клас консервативних білків основною функцією яких є відновлення правильної нативної структури білків, міжклітинний сигналінг, дисоціація білкових комплексів. HSP60 (heat shock protein 60) – мультифункціональний протеїн і його функціональність змінюється в залежності від місця його локалізації в клітині. Так, у мітохондріях він відповідає за фолдинг та транспорт білків з цитоплазми в мітохондріальний матрикс, у цитоплазмі виконує антиапоптичну функцію, у цитоплазматичній мембрані відповідає за міжклітинний сигналінг та транспорт білків. HSP 60 один із перших білків, що синтезується в ембріогенезі і бере участь у розвитку ембріона. У підвищеній кількості спостерігається на 7-11 тижні і представляє собою потенційну мішень для перехресно реагуючих антитіл та сенсibiliзованих лімфоцитів, що як результат може призвести до імунного відторгнення плода.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – виявлення антитіл (АТ) класу IgG до HSP60 у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

На базі Київського міського пологового будинку № 5 проведено обстеження 45 вагітних. В основну групу (ОГ) склали 25 жінок, з обтяженим акушерським анамнезом (викидень, завмерла вагітність), а контрольну групу (КГ) - 20 соматично здорових вагітних без обтяженого акушерського анамнезу. Ми вивчали рівень АТ сироваток вагітних проти рекомбінантного білку HSP60 людини за допомогою імуноферментного методу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений порівняльний аналіз рівнів АТ до HSP60 класу IgG в ОГ був в середньому на 40% вище ніж в КГ. Підвищення рівня АТ до рекомбінантного білку HSP60 людини вказує на можливу наявність тромбофілічних станів, що можуть бути причиною обтяженого акушерського анамнезу.

ВИСНОВКИ

Антитіла до рекомбінантного білку HSP60 людини можливо впливають на перебіг вагітності та на вагітність як таку.

Підвищення рівнів АТ до рекомбінантного білку HSP60 класу IgG можуть стати критерієм діагностики тромбофілії.

Отримані результати свідчать про необхідність подальшого вивчення впливу рівня АТ рекомбінантного білку HSP60 класу IgG на вагітність.

*МАКАРЕНКО М.В., ГОВСЄЄВ Д.О., БЕРЕСТОВИЙ В.О., СОКОЛ І.В., ВОРОНА Р.М.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти, м.Київ*

КОРЕКЦІЯ ІМУННОГО БАЛАНСУ У ВАГІТНИХ З АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ

Передчасні пологи є актуальною проблемою акушерства та складає 10–15% всіх пологів. Антифосфоліпідний синдром (АФС) – хронічний вазооклюзивний процес, який виникає внаслідок рецидивуючого тромбоутворення в дрібних судинах на тлі циркуляції в крові антифосфоліпідних антитіл (АФА). Питома вага АФС в етіології передчасних пологів складає 10–35%.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити ефективність лікування АФС у поєднанні із загрозою передчасних пологів згідно протоколу та в поєднанні із внутрішньовенними імуноглобулінами (ВВІГ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі Київського міського пологового будинку №5 проводиться проспективне дослідження. Було проведено обстеження 34 жінок з обтяженим акушерським анамнезом (завмерла вагітність) та симптомами передчасних пологів у терміні 22-34 тижня при даній вагітності. Діагноз загрози передчасних пологів було встановлено на основі клініко-інструментальних даних: болі в низу живота, кров'янистих виділень зі статевих шляхів, вкорочення шийки матки за даними УЗД <25мм. В усіх жінок виявлено підвищення рівнів антитіл класу IgG до фосфатидилсерину. Проводився динамічний моніторинг імунорегуляторного індексу (PI) (CD4/CD8). На підставі клініко-лабораторних даних встановлено діагноз АФС. Жінок розподілено на дві групи. В I групу ввійшли 16 жінок із стандартним лікуванням АФС згідно наказу МОЗ України №626 від 08.10.2007. В II групу ввійшли 18 жінок, яким

разом із стандартним лікуванням застосовано ВВІГ («БІОВЕН МОНО®» (ПрАТ «БІОФАРМА», Україна)). Контрольну групу (КГ) склали 28 жінок із симптомами загрози передчасних пологів без АФС.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

Передчасні пологи були: І група - 1 випадок; в ІІ групі не було; в КГ – 3 випадки. Протягом лікування рівень АФА: в І групі не знижувався; в ІІ групі знижувався; в КГ рівень АФА був в межах норми.

Динамічне спостереження за рівнем ІРІ є ефективним критерієм прогнозу реалізації передчасних пологів. Підвищення рівня ІРІ є несприятливим для виношування вагітності.

Можливий механізм ВВІГ полягає у взаємодії антитіл, що входять до складу ВВІГ із антитілами вагітної (АФА). Наше припущення ґрунтується на антиідіотипічній теорії Ерне, яка полягає у взаємодії антитіла з антитілом та зміні кількості та репертуару тромбоутворюючих антитіл.

ВИСНОВКИ

Поєднання стандартного лікування АФС з використанням ВВІГ зменшує клінічні прояви загрози передчасних пологів та сприяє пролонгуванню вагітності.

Використання ВВІГ знижує рівень АФА та, можливо, є патогенетично обґрунтованою терапією.

Механізм дії ВВІГ залишається невідомим та потребує подальшого вивчення.

ОЛЬШЕВСКАЯ Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии, г. Краматорск

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

За последние 10 лет в Украине частота заболеваний почек у беременных возросла в 4 раза. Хронический пиелонефрит (ХП) сопровождается акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременность при ХП осложняется преэклампсией (ПЕ) в 40% – 70% случаев. При ХП и ПЕ на фоне ХП перинатальная смертность достигает 25 – 50%. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) при ХП достигает 37,1%, при ПЕ – 40%. Предупреждение ЗВРП реализуется достаточной секрецией синцитиотрофобластом плацентарного лактогена (ПЛ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – оценить адаптационные возможности плаценты по маркерам – ПЛ и типу адаптационных реакций (АР) в антенатальном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены во 2-м триместре у 70 беременных: 10 – здоровых, 20 – с ХП, 20 – с ПЕ средней степени тяжести на фоне ХП, 20 – с ПЕ тяжелой степени на фоне ХП. До лечения беременные с ХП составили 1-ю группу, с ПЕ средней степени и ПЕ тяжелой степени на фоне ХП, соответственно, 2-ю и 3-ю группы. Получившие традиционное лечение, соответственно, 4-ю, 5-ю и 6-ю группы, а предложенную коррекцию – 7-ю, 8-ю и 9-ю группы. Разработанное лечение включало фито-, арома-, натуро-, апитерапию в комплексе с микроэлементами, медикаментозными препаратами. Концентрацию ПЛ определяли в сыворотке крови беременных радиоиммунологическим методом с применением набора реактивов «Хозрасчетного опытного производства ИБОХ НАН Беларуси». Результаты исследований обработаны методами вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При физиологическом течении беременности концентрация ПЛ составила $228,1+12,5$ нмоль/л, что соответствует АР повышенной активации – АРПА. В 1-й, 2-й и 3-й группах снижение уровня ПЛ на 23,4%, 41,5% и 52,1% характеризует функциональную недостаточность плаценты АР патологического типа – хронический стресс – АРХС. Традиционная терапия в 4-й группе позволила повысить плацентарную секрецию ПЛ на 20,3% - до состояния АР стресс-резистентность – АРСР. Сохранялась недостаточная секреторная активность плаценты в 5-й и 6-й группах: концентрация ПЛ отмечалась на 28,3% и 35,6% меньше необходимой, что соответствовало АРХС. Применение предложенной коррекции нормализовало плацентарную секрецию – $216,58+10,27$ нмоль/л и $205,24+12,81$ нмоль/л – в 7-й и 8-й группах, $p>0,05$, что отражается в АРПА. Активация адаптационных возможностей у беременных 9-й группы сопровождалась увеличением концентрации гормона на 33,9%, однако отмечалось снижение последней на 18,1% относительно необходимого уровня ($p<0,05$).

ВЫВОДЫ

Гормональный скрининг адаптационных возможностей плаценты и патогенетическая коррекция выявленных нарушений позволят оптимизировать функциональное состояние плаценты и антенатальное развитие плода у беременных с хроническим пиелонефритом и с сочетанной преэклампсией.

ПАХАРЕНКО Л.В.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології імені І. Д. Ланового, м. Івано-Франківськ

КЛІНІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ РИЗИКУ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Затримка розвитку плода (ЗРП) – ускладнення вагітності, яке є однією з

основних причин перинатальної захворюваності та смертності. Визначення факторів ризику розвитку патології є запорукою прогнозування можливих ускладнень внутрішньоутробного розвитку плода.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчити медико-соціальні особливості у вагітних жінок із затримкою розвитку плода.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено обстеження 43 вагітних в II–III триместрах гестації з діагнозом ЗРП II–III ступеня, які становили основну групу. До контрольної групи увійшло 30 практично здорових вагітних з нормотрофією плода. Критеріями виключення були вроджені аномалії плода, багатоплідна вагітність. Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок був практично однаковим у обох групах $-23,5 \pm 0,7$ роки в контрольній та $24,8 \pm 2,3$ – в основній. Першороділлі становили переважну більшість вагітних (73,3 % та 72,1 % відповідно). Серед них частка повторновагітних була в 3,2 рази більшою в групі жінок із ЗРП, ніж серед осіб з нормотрофією плода (20,9 % та 6,6 %). Серед першороділь 22,6 % жінок із ЗРП народили в критичному для перших пологів віці (до 18 і після 40 років), що є в 5 разів більше, ніж серед здорових обстежених (4,5 %). У всіх вагітних контрольної групи шлюб був зареєстрованим. Тільки 69,8 % осіб основної групи перебували в зареєстрованому шлюбі, у 16,3 % шлюб був незареєстрованим, 13,9 % жінок були самотніми ($\chi^2=9,07$, $p<0,05$).

У більше, ніж у половини обстежених із ЗРП, відмічена гінекологічна патологія в анамнезі (58,1 %) і у переважній більшості з них було поєднання 2–3 захворювань. Тоді як обтяжений гінекологічний анамнез мали тільки 16,7% здорових вагітних ($\chi^2=10,90$, $p<0,05$). Хронічні запальні процеси придатків матки констатовано у 32,6 % та 10,0 % осіб відповідно ($\chi^2=3,85$, $p<0,05$), аборти у 30,2 % та 10,0 %. Екстрагенітальну патологію мали 60,5 % вагітних із ЗРП II–III ст. та 26,7 % здорових жінок ($\chi^2=6,81$, $p<0,05$). Причому два та більше захворювання констатовано у 20,9 % осіб основної групи. Патологію серцево-судинної системи діагностовано у 10,0 % вагітних контрольної групи та 16,3 % – основної, нирок – відповідно у 6,7 % та 23,3 %, ендокринні порушення – 10,0 % і 27,9 %. Необхідно відмітити, що вагітність при ЗРП перебігала з певними ускладненнями, серед яких слід виділити пізні гестози (34,9 % проти 6,7 % контролю, $\chi^2=6,38$, $p<0,05$) та загрозу переривання вагітності (81,4 % проти 40,0 %, $\chi^2=11,46$, $p<0,05$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать, що ЗРП є мультифакторною патологією, в розвитку якої особлива роль відводиться порушенням репродуктивної системи, наявності екстрагенітальної патології, ускладненням вагітності.

СТАН ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ГОРМОНАЛЬНИМ НЕПЛІДДЯМ

Незважаючи на покращення якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги, досягнення значних успіхів у профілактиці та діагностиці невиношуванні вагітності, частота її залишається від 5 до 42,7% і не має тенденцій до зниження. В сучасному акушерстві структура причин невиношування вагітності є мультифакторною. Але однією із досить частих причин пізніх мимовільних викиднів та передчасних пологів являється істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), яка значно частіше зустрічається у пацієток із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) на фоні порушення гормонального гомеостазу.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: оцінити стан шийки матки у жінок з гормональним непліддям.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було обстежено 60 першовагітних жінок з одноплідною вагітністю в термінах гестації 11–13 та 16–18 тижнів. Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб. В основну групу увійшло 40 обстежених, які мали в анамнезі ендокринне непліддя та були поділені на дві групи: I - 20 пацієток з індукованою вагітністю, II – 20 обстежених з самостійною вагітністю. Ехографічна оцінка спроможності шийки матки проведена на апараті SIMENS ACUSON S 2000 із використанням трансвагінального датчика 9L4 8,00 МГц. Діагноз ІЦН в 16–18 тижнів гестації встановлювали на основі вимірювання шийки матки, а саме: довжини (менше 25 мм) та ширини на рівні внутрішнього вічка (більше 46 мм), відкриття внутрішнього вічка (більше 10 мм), зменшення довжини шийки матки (більш ніж 2 мм) при проведенні цервікального стресового тесту.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх досліджуваних групах переважали жінки репродуктивного віку 21–35 років. Результати наших досліджень свідчать, що такі ехографічні ознаки спроможності шийки матки (довжина шийки матки менше 35 мм, діаметр шийки матки на рівні внутрішнього вічка більше 35 мм та позитивний цервікальний стресовий тест) в терміні гестації 11-13 тижнів були виявлені у 27,5% обстежених основної групи (35% I групи та 20% II групи) проти відсутніх таких в контрольній ($\chi^2=5,02$, $p<0,05$). В 16–18 тижнів ІЦН діагностовано у 37,5% вагітних основної групи (45% I групи та 30% II групи), тоді як в контрольній групі таких випадків не було ($\chi^2=8,1$, $p<0,05$).

ВИСНОВКИ

Гормональне непліддя підвищує ризик настання істміко-цервікальної недостатності, особливо при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій.

ТАТАРЧУК Т.Ф.¹, ГАВРИЛОВА И.В.², БАЧИНСКАЯ И.В.²

1. ГУ Інститут педіатрії, акушерства, гінекології АМН України, г. Київ.

2. Национальная детская специализированная больница «Охматдет», отделение детской и подростковой гинекологии, г. Киев.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК

Аномалии развития половых органов – редкая гинекологическая патология. В пубертатном периоде манифестируют аномалии, сопряженные с нарушением оттока менструальной крови с формированием опухолевидных образований, заполненных менструальной кровью, выраженного спаечного процесса. С момента основания отделения детской и подростковой гинекологии НДСЛ «Охматдет» в 1956 году девочки с подобной патологией концентрируются в нашем отделении. Анализ показывает, что чем выше уровень препятствия для оттока менструальной крови, тем больше удельный вес диагностических ошибок, приводящих к проведению не адекватных оперативных вмешательств, иногда нескольких. Функционирующий рудиментарный рог матки с наличием гематометры часто принимают за кисту яичника, проводят лапаротомию и не выполняют удаление рога.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – оценить эффективность современных методов диагностики и хирургического лечения функционирующего рудиментарного рога матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проанализировано ведение 12 пациенток с гематометрой функционирующего рудиментарного рога матки за период с 1990 г. по 2017 г. – редкая патология. Всем проведено клиничко-лабораторное, ультразвуковое обследование, хирургическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентки в возрасте от 12 до 16 лет, менструальный возраст от 1 до 3-х лет. Отмечалась выраженная дисменорея, которая проявилась на первом году от menarche и усиливалась с каждой следующей менструацией. В период до 2004 года 67,7% детей были оперированы по месту жительства, однако, рудиментарный рог удален не был. Последние годы ошибочных операций не было, но у 50% при обследовании по месту жительства устанавливался неправильный диагноз: чаще - киста яичника, в 2 случаях – фибромиома матки. Всем девочкам было проведено ультразвуковое исследование. В последние

годы для диагностики данной патологии используется 3D УЗИ, применение которого является «золотым стандартом» в диагностике аномалий развития. После клинично-лабораторного обследования 10 пациенткам в предыдущие годы проведена лапаротомия и удаление рудиментарного рога. У 5-ти имел место выраженный спаечный процесс и гематосальпинкс, который был удален. В 2017 году 2-м пациенткам выполнена лапароскопия и удаление рудиментарного рога. У одной девочки удален также гематосальпинкс.

После лапароскопии отмечено более легкое течение послеоперационного периода. У всех пациенток гистологическое исследование установило аденомиоз в удаленном рудиментарном роге и эндометриоз труб. Для профилактики эндометриоза в последующем были назначены гестагены.

ВЫВОДЫ

3D УЗИ является наиболее информативным для диагностики уровня атрезии при аномалиях развития с нарушением оттока менструальной крови и определения тактики оперативного лечения.

Удаление рудиментарного рога целесообразно проводить методом лапароскопии, а не лапаротомии.

Лечение больных с аномалиями развития гениталий целесообразно проводить в специализированных отделениях, имеющих опыт ведения больных с данной патологией.

*ТУМАНОВА Л.С., ГОЛОВЧЕНКО Л.В., КОЛОМІЄЦЬ О.В., БАДЗЮК Н.П.,
ДЕМЕНІНА Н.К.*

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

СТАН ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ВАГІТНИХ З ВЕЛИКИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ

Сучасна тенденція до збільшення кількості пацієток з великим інтергенетичним інтервалом, тобто жінок, які вирішили народити другу дитину після значної перерви у пологах – через 10 і більше років, ставить перед практичними лікарями низку медико-соціальних питань. Переважна більшість цих жінок має низку екстрагенітальних і гінекологічних хвороб, зумовлених, зокрема, перенесеними інфекціями, нераціональним способом життя, нервовим напруженням, шкідливими звичками тощо.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – визначити стан щитовидної залози у вагітних жінок з великим інтергенетичним інтервалом.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

УЗД щитоподібної залози проведено 87 вагітним, з яких: 36 жінок з великим інтергенетичним інтервалом між першими та другими пологами (більше 10 років) (1 група); 25 вікових першороділль (2 група) та 26 вагітних із народженням дитини з перервою 3–5 років (3 група).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх обстежених вагітних щитоподібна залоза знаходилась в типовому місці, мала чіткі, рівні контури, капсула не була ущільнена лише в 1 (2,8 %) вагітної 1 групи контури щитоподібної залози (ЩЗ) були нерівними.

В 1 групі в 1 (2,8 %) жінки визначалось зниження ехогенності, у 2 (5,6 %) – підвищення ехогенності ЩЗ. Неоднорідність ехоструктури за рахунок чергування гіпо- та ізоехогенних ділянок з множинними точковими та лінійними гіперехогенними структурами визначалась у 6 (16,7 %) жінок 1-ї групи, 4 (16,0 %) – 2-ї групи та у 2 (15,4 %) – 3 групи. УЗ-ознаки вузлового зобу визначались у 4 (11,1 %) вагітних 1-ї групи; 1 (7,7 %) вагітної 3-ї групи та у 3 (12,0 %) вагітних 2-ї групи. У 1 (4,0 %) вагітної УЗ-ознаками вузлового зобу. Об'єм ЩЗ більше вікової норми визначався у 5 (13,9 %) жінок 1-ї групи, 3 (12,0 %) жінкам 2-ї групи, 4 (30,7 %) вагітних 3-ї групи.

Збільшення периферичних лімфовузлів не виявлено в усіх обстежених вагітних. Ознаки дифузного зобу 1 ступеня визначено у 3 (8,3 %) вагітних 1-ї групи та 2 (8,0 %) вагітних – 2-ї групи. Дифузний зоб 2 ступеня визначено у 1 (2,8 %) вагітної 1-ї групи та 1 (7,7 %) вагітної 3-ї групи. Дифузний зоб III ступеня визначався у 1 (4,0 %) вагітних 2-ї групи. УЗ-ознаки змішаного зобу були у 2 (5,6 %) жінок 1-ї групи та 3 (23,0 %) вагітних 3-ї групи. УЗ-ознаки хронічного тиреоїдиту визначено у 3 (8,3 %) вагітних 1-ї групи та 3 (12 %) вагітних 2-ї групи.

ВИСНОВКИ

Виявлені зміни при скринінговому УЗД обстеженні щитовидної залози у всіх вагітних жінок показали великий відсоток порушень. Таким чином, всім жінкам незалежно від віку доцільно проводити скринінгове УЗД дослідження в ранній термін вагітності або під час прегравідарної підготовки. Це дозволить своєчасно виявити зміни та попередити патологічні стани, що позитивно буде впливати на перебіг вагітності та пологів у жінок, знизить відсоток можливих ускладнень у плода та новонародженого.

ШЕВЧЕНКО О.П.¹, ВОРОБІЙОВА О.В.², МАЦАС О.Ю.³

1. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра дерматології та венерології, м. Київ

2. КЗ КОР «Київський обласний центр охорони здоров'я матері і дитини, лабораторія клінічної генетики, м. Київ

3. Олександрівська клінічна лікарня, центр клінічної лабораторної діагностики, м. Київ

ХЛАМІДІЙНА ІНФЕКЦІЯ В ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНИХ

Урогенітальний хламідіоз є найбільш розповсюдженим серед захворювань, які передаються статевим шляхом. Урогенітальний хламідіоз у вагітних жінок

ускладнює перебіг вагітності, що призводить до передчасних пологів та до патології новонароджених.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - проаналізувати поширення хламідійної інфекції серед вагітних Київської області з патологічним перебігом вагітності.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В Київському обласному центрі охорони здоров'я матері і дитини в лабораторії клінічної генетики було обстежено 1108 жінок з патологічним перебігом вагітності. Вік вагітних 18–39 років. Дослідження на наявність хламідійної інфекції у жінок проводилось із застосуванням імуноферментного аналізу (ІФА) з послідовним визначенням сировотних антитіл класу IgA та IgG, за допомогою тест-системи DIA-Chlamydia виробництва ЧАО «НПК» ДИАПРОФ-МЕД.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В даному дослідженні визначалися специфічні антитіла класів IgA та IgG, що синтезуються та накопичуються в сироватці крові. Специфічні до *Chlamydia trachomatis* антитіла класу IgA присутні як в сироватковій, так і в секреторній формах – це показник як гострої інфекції, так і маніфестації при хронічній формі захворювання. Високі концентрації антитіла класу IgG можуть свідчити про хронічну інфекцію.

Серед обстежених жінок 238 з діагнозом загрози переривання вагітності, позитивні IgG мали 49 (20,6%) вагітних, позитивні IgG і IgA 20 (8,4%). З діагнозом обтяжене протікання вагітності з 139 обстежених позитивні IgG мали 29 (20,9%) жінок, IgG і IgA – 13 (9,4%), тільки IgA мала 1 (0,7%) вагітна. З обтяженим гінекологічним анамнезом обстежено 108 жінок, у 18 (16,7%) з них виявлено позитивні IgG, IgG і IgA – 3 (2,8%). З обтяженим акушерським анамнезом було 225 жінок, позитивні IgG мали 42 (18,7%), IgG і IgA – 12 (5,3%) тільки IgA – 1 (0,4%). З обтяженим соматичним анамнезом обстежено 256 вагітних, у 26 (10,5%) виявлено позитивні IgG, IgG і IgA – 8 (3,1%), у 1 (0,4%) жінки IgA. З діагнозом маловоддя було 69 вагітних, позитивні IgG мали 14 (20,2%) жінок, IgG і IgA – 7 (10,1%), IgA – 1 (1,4%). З 62 жінок з діагнозом багатоводдя виявлено позитивні IgG у 9 (14,5%), IgG і IgA – 2 (3,2%). Діагноз ФПН мали 11 вагітних, IgG були позитивні у 3 (27,3%), IgG і IgA – 2 (18,1%) також 2 (18,1%) мали IgA позитивні.

ВИСНОВКИ

Діагностика хламідійної інфекції за допомогою ІФА дозволяють в ряді випадків визначити стадію та характер перебігу хвороби, що важливо при гострій інфекції, маніфестних формах та хронічному перебігу захворювання у вагітних, особливо з патологічним перебігом вагітності та дозволяють провести адекватну терапію.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Плацентарная недостаточность (ПН) и синдром задержки роста плода (СЗРП) являются современной проблемой акушерства и перинатологии. Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной внутриутробной гипоксии плода, СЗРП, его повреждений в процессе родов.

Развитие плацентарной недостаточности имеет многофакторную этиологию. В настоящее время проводится активное изучение роли сосудистых факторов роста в развитии различных акушерских осложнений, в том числе ПН и СЗРП. Прежде всего нарушается взаимосвязь соотношения между экспрессией плацентой VEGF(сосудистый эндотелиальный фактор роста) и PLGF(плацентарный фактор роста) при СЗРП. Нормальное развитие плаценты зависит от соотношения проангиогенных и антиангиогенных факторов. Для развития сосудистой сети плаценты важное значение имеют факторы, которые стимулируют пролиферацию эндотелиальных клеток и усиливают их жизнеспособность, а апоптоз эндотелиальных клеток – процесс, необходимый для физиологического развития сосудистой сети плаценты путем изменения ее структуры и образования новых сосудов.

ЦЕЛЬЮ исследования явилось изучение роли сосудистых факторов роста в нарушении формирования плаценты и развития плода, детального исследования основы фето-плацентарного ангиогенеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I группу составили 89 женщин с ПН и СЗРП. II группу составили 42 практически здоровые беременные. В зависимости от тяжести СЗРП, I группа была разделена на три подгруппы. IA подгруппу составили 35 пациенток с СЗРП I степени тяжести, I Б подгруппу составили 29 беременных с СЗРП II степени тяжести, I В подгруппу составили 25 пациенток с СЗРП III степени тяжести.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Уровень проангиогенного фактора роста в сыворотке крови показал достоверные отличия. Концентрация PLGF у пациенток основной группы составила $135,6 \pm 34$ pg/ml и была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой – $227,2 \pm 57,8$ pg/ml ($p < 0,05$). В зависимости от тяжести СЗРП, у беременных с СЗРП III и II степени тяжести уровень PLGF был достоверно ниже по сравнению с СЗРП I степени и со здоровыми беременными: $19,8 \pm 11,2$ pg/ml, $38,7 \pm 23,3$ pg/ml, $211,6 \pm 78,3$ pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). Уровень PLGF у здоровых пациенток составил $241,2 \pm 63,7$ pg/ml. Низкие значения PLGF у пациенток с ПН и СЗРП по сравнению с контрольной группой

свидетельствуют о значительном поражении маточно-плацентарного комплекса, тяжелой гипоксии и снижении компенсаторных механизмов.

Содержание sFlt-1 у пациенток основной группы составил $17685,5 \pm 2884,7$ pg/ml и было достоверно выше среднего уровня группы контроля – $3210,3 \pm 576,1$ pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). Сравнение показателей разных подгрупп основной группы показало, что у беременных с СЗРП III уровень sFlt-1 выше, чем при СЗРП II и I степени: $25453,6 \pm 5985,6$ pg/ml, $22344 \pm 5443,3$ pg/ml и $13432 \pm 4356,2$ pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). Следовательно, при тяжелой форме ПН и СЗРП происходит значительное смещение баланса сосудистых факторов роста в сторону повышения уровня ангиогенных факторов, в частности sFlt-1.

Уровень эндоглина у пациенток основной группы был значительно повышен по сравнению с уровнем sEng у здоровых женщин и составил в среднем: 23602 ± 1736 pg/ml и 5835 ± 630 pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). У пациенток с СЗРП I, II и III степени тяжести отмечалось достоверное повышение уровня sEng по сравнению с контролем: $10540 \pm 1112,3$ pg/ml, $18432 \pm 1523,7$ pg/ml, 23602 ± 6547 pg/ml и 5835 ± 630 pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). Постепенное повышение уровня эндоглина свидетельствуют о выраженных нарушениях в фетоплацентарном комплексе.

ВЫВОДЫ

Для дифференцированного подхода к ведению беременности у пациенток с ПН и СЗРП наряду с общепринятыми методами может быть использован метод определения уровня сосудистых факторов для выбора оптимальной акушерской тактики и прогнозирования исходов беременности.

ЩЕРБИНА Н.А., ЯРОШ Н.В., КУЗЬМИНА О.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК ПРИЧИНЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Состояние шейки матки играет одну из ключевых ролей для нормального течения беременности. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из самых актуальных причин прерывания беременности на сроках 22-27 недель. На ее долю приходится от 25 до 40% случаев невынашивания во II–III триместрах гестации. Выделяют органическую и функциональную ИЦН. Органическая формируется в результате предшествующих травм шейки матки (ШМ) при родах, выскабливании, конизации или диатермокоагуляции

ШМ. Функциональная ИЦН развивается вследствие нарушения соотношения соединительной и мышечной тканей в составе ШМ или при нарушении ее восприимчивости к гормональной регуляции.

ЦЕЛЮ данной работы было выявить основные причины истмико-цервикальной недостаточности и наиболее эффективные методы ее устранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 117 женщин с истмико-цервикальной недостаточностью. В I группу входило 70 женщин, которым провели хирургическую коррекцию – серкляж методикой Shirodkar (30 женщин) и McDonald (40 женщин). II группу составили 47 женщин, которым корректировали ИЦН с помощью акушерского пессария R. Arabin. Коррекция ИЦН производилась в сроках беременности от 14 до 28 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате отмечается, что исходы различных методов коррекции ИЦН неодинаковы: угроза прерывания беременности чаще встречалась в I группе (25,7% против 8,5% во II группе), в то время, как во II группе чаще регистрировался – кольпит (44,7% против 21,4% в I группе) $p < 0,05$. При использовании серкляжа преждевременные роды были у 9 женщин (12,9%), а при использовании акушерского пессария - 5 пациенток (10,6%). По результатам исследований число случаев перинатальных потерь не превосходит 4-9% при частоте осложнений 3,7–7%.

ВЫВОДЫ

При сравнении перинатальных исходов при наложении шва на ШМ с таковыми при применении вагинального пессария у пациенток с ИЦН установлена одинаковая эффективность обеих методик в предотвращении преждевременных родов и неблагоприятных неонатальных исходах, однако частота возникновения осложнений воспалительного характера выше при использовании акушерского пессария.

ЯРЕМЕНКО О.О., ГРОМОВА А.М., ЛЯХОВСЬКА Т. Ю., ТАЛАШ В.В.

Кафедра акушерства та гінекології №1 (зав. кафедри - д.мед.н., професор А.М. Громова), ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; 36024, м. Полтава

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З ДИСПЛАЗІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Незважаючи на впровадження комплексних заходів лікування і профілактики в гінекології злоякісні новоутворення шийки матки посідають

п'яте місце в структурі загальної онкологічної захворюваності та смертності жіночого населення в Україні та друге місце серед онкогінекологічної патології(Наказ МОЗ України від 02.042014року №236). Метаболічний синдром може слугувати підґрунтям для прогресування дисплазії шийки матки, що робить актуальним пошук шляхів корекції проявів метаболічного синдрому, а отже і профілактики раку шийки матки.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - оцінити ефективність додаткового призначення препаратів індол-3карбінолу 90 мг, суміш овочів сімейства хрестоцвітів 238 мг, екстракт броколі 10 мг, та аскорбінову кислоту 50 мг, а також компоненти отримані з листя чорниці 100мг, кропиви 50мг, полуниці 50 мг, бузини 35 мг, лаврового листа 15 мг, соломи вівса 25 мг, та стулок квасолі 25 мг, дозованого фізичного навантаження і дієти до комплексного лікування дисплазії шийки матки згідно діючого протоколу (Наказ МОЗ України від 2 квітня 2014року №236) для профілактики рецидивів дисплазії шийки матки та лікування проявів метаболічного синдрому.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було сформовано дві групи пацієток з гістологічно підтвердженим діагнозом дисплазії шийки матки легкого та помірного ступеню і клінічно підтвердженим метаболічним синдромом. Група А (20 жінок) – отримували лікування згідно діючого протоколу + комплекс з індол-3-карбінолу 90мг, суміш овочів сімейства хрестоцвітів 238 мг , екстракт броколі 10 мг, та аскорбінову кислоту 50 мг, а також компоненти отримані з листя чорниці 100мг, кропиви 50мг, полуниці 50 мг, бузини 35 мг, лаврового листа 15 мг, соломи вівса 25 мг, та стулок квасолі 25 мг протягом 6 місяців та займалися дозованим фізичним навантаженням з дотриманням дієти, група В(20 жінок) лікувалися тільки згідно діючого протоколу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проводячи аналіз через рік після початку комплексного лікування, ми виявили, що середня вага в групі А знизилася на 6,2 кг, значно знизилась показники індексу маси тіла з $30,4 \pm 0,22 \text{ кг/м}^2$ до $28,17 \pm 0,27 \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,05$). Співвідношення ОТ/ОС на початку лікування становило 1,09 а через 1 рік $0,85$ ($p < 0,05$). Аналізуючи показники ліпідного профілю, індексу НОМА у пацієток у яких до стандартної схеми лікування було включено індол-3-карбінол 90 мг, суміш овочів сімейства хрестоцвітів 238 мг , екстракт броколі 10 мг, та аскорбінову кислоту 50 мг, а також компоненти отримані з листя чорниці 100мг, кропиви 50мг, полуниці 50 мг, бузини 35 мг, лаврового листа 15 мг, соломи вівса 25 мг, та стулок квасолі 25 мг, ми виявили зниження коефіцієнта атерогенності з $3,44 \pm 0,1$ Од до $1,97 \pm 0,1$ Од ($p < 0,05$), нормалізацію показників ЛПНЩ, тригліцеридів, відсутність у пацієток групи А інсулінорезистентності (індекс НОМА до лікування становив $3,77 \pm 0,11$, а через

рік $2,78 \pm 0,07$, ($p < 0,05$)). В групі В нормалізації індексу інсулінорезистентності, коефіцієнта атерогенності, показників ЛПНЩ та тригліцеридів не відбулося. В групі А був виявлений 1 випадок рецидиву дисплазії шийки матки (5%), тоді як у групі В на фоні метаболічного синдрому та хронічної прозапальної відповіді організму було виявлено 4 випадки рецидиву даного захворювання (20%).

ВИСНОВКИ

Комплексний підхід ведення жінок з дисплазією шийки матки та метаболічним синдромом покращує результати лікування та зменшує кількість рецидивів дисплазії шийки матки.

ЯРЕМЧУК Т.П., СІРА О.Т.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО, Львівський обласний комунальний шкірно-венерологічний диспансер № 1, м. Львів

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ НАСЛІДКІВ ВАГІТНОСТІ ПРИ СИФІЛІСІ

Сифіліс є перинатальною інфекцією з високими показниками перинатальної захворюваності та смертності. Одним з напрямів зменшення акушерських та перинатальних ускладнень є розробка заходів профілактики на основі вивчення епідеміологічних та клінічних особливостей сифілісу, перебігу вагітності та розродження хворих на сифіліс жінок.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ визначення заходів профілактики перинатальної захворюваності та смертності на основі вивчення клінічних особливостей сифілісу у вагітних.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчені клінічні особливості 24 випадків сифілісу у вагітних, які в 2016 році лікувалися у ЛОКШВД № 1 та народжували у рододопоміжних установах м. Львова та Львівської області.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих на сифіліс вагітних переважав ранній прихований сифіліс, частота якого складала $91,67 + 4,17$ %. Пізній прихований сифіліс виявлений у $4,17 + 4,17$ % хворих, вторинний рецидивний сифіліс – також у $4,17 + 4,17$ % жінок. Середній вік хворих вагітних складав $31,54 + 1,14$ років. Мешканками

міст були 45,83+10,4 % жінок, сільськими мешканками - 54,17+10,1 % хворих вагітних ($P \geq 0,05$). Середній термін діагностики сифілісу складав 19,42+1,86 тижнів вагітності. В I триместрі вагітності було діагностовано 33,33+9,83 % випадків сифілісу, в II триместрі – 29,17+9,48 %, в III триместрі – 37,5+10,1%, в I половині вагітності – 62,5+10,1 % випадків сифілісу. Абортів та викиднів не було. Частота невиношування вагітності складала 4,17+4,17 % за рахунок одного випадку передчасних пологів в 29-30 тижнів вагітності. У 58,33+10,3 % пролікованих жінок пологи незрілим плодом відбулися в 37 тижнів вагітності. Перинатальної смертності та випадків конгенітального сифілісу не було.

ВИСНОВКИ

Основним методом діагностики сифілісу у вагітних Львівської області є серологічний скринінг в жіночій консультації. Профілактика перинатальної захворюваності та смертності при сифілісі складається з поліпшення заходів санітарно-просвітницької та профілактичної роботи серед населення щодо необхідності раннього звернення жінок в жіночу консультацію в I триместрі вагітності, проведення I серологічного скринінгу на сифіліс в I триместрі вагітності та лікування хворих жінок в термінах II триместру вагітності, дотримання вимог диспансеризації вагітних, застосування пробіотиків, заходів профілактики невиношування вагітності та корекції плацентарної дисфункції.

