



Ананас+, Турбослім та Спіруліна (вартість місячного курсу лікування відповідно становить - 173 грн., 35 грн., 134 грн. та 33 грн.). Варто звернути увагу на те, що тільки 4 % респондентів консультувалися з лікарем щодо проблеми зайвої ваги. Лікарі-ендокринологи обласного ендокринологічного центру та консультативно-диспансерного відділення обласної клінічної дитячої лікарні №2 зазначають, що лікування зайвої ваги слід розпочинати із відповідного обстеження, дієтичного харчування та фізичного навантаження,

а фармакотерапію слід застосовувати при неефективності немедикаментозних заходів - зниження маси тіла менш ніж на 5% протягом трьох місяців лікування, і лише під наглядом медичних працівників.

Отже, для збереження здоров'я нації необхідно пропагувати активний спосіб життя, раціональне харчування та адекватне відношення до інформації з преси та телебачення. При виникненні ознак ожиріння першочерговою є консультація з лікарем із подальшим діагностичним обстеженням.

УДК: 618.5-06:616.24-002.5

А.В. Гошовська, А.С. Галюк

ОРГАНОМЕТРИЧНІ ПРОЯВИ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к.мед.н А.В.Гошовська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Діагностика ранніх органних перебудов у плаценті є важливим чинником, оскільки за умов активного та перенесеного туберкульозу плацента спроможна здійснювати низку пристосувальних реакцій саме на органному рівні структурної організації, які можуть призвести до повної або часткової компенсації змін на рівні клітин.

Матеріали і методи: Використовували загальноклінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, лабораторне оснащення, мікроскоп ЛЮ-МАМ.

Результати досліджень. Візуально різниця між плацентами у жінок хворих на активний та перенесений туберкульоз дослідження була малозначимою. Лише у вагітних, хворих на активний туберкульоз легень, можна відмітити зменшення природного блиску плодових оболонок (всі спостереження) і у чотирьох спостереженнях – жовтуватий відтінок плодових оболонок. Окрім того, за активного туберкульозу легень і у плацентах жінок, які хворіли на туберкульоз легень до вагітності, спостерігали менш глибокі борозни між котиледонами, що вказує на недостатню зрілість плаценти, але потребує подальшого вивчення на мікроскопічному рівні.

За умови якщо в плаценті спостерігається зменшення її середньої товщини, але при цьому зберіга-

ється її об'єм за рахунок збільшення площі найбільшого перетину – все це, за сучасними дослідженнями, слід вважати ефективною пристосувальною (компенсаторною) реакцією плаценти на органному рівні у відповідь на тривалий несприятливий вплив. Тобто, такі зміни слід вважати ознаками компенсованої плацентарної дисфункції.

За умови, що зменшення товщини плаценти супроводжується зменшенням її об'єму при незмінній або навіть зменшеній площі найбільшого перетину органу, такі зміни вважають проявом декомпенсації за умов хронічної плацентарної дисфункції. Найбільш показово вказані перебудови у структурах плаценти характеризує показник «площинно-товщинний індекс», який є кількісною мірою приплюснутого характеру плаценти – із збільшенням показника, частіше трапляється приплюснута форма плаценти. Висновки: Органометричні показники мають своє підґрунтя. По-перше, об'єм плаценти є найбільш важливим показником першого рівня, оскільки віддзеркалює загальну масу плацентарних структур. По-друге, об'єм плаценти є кращим показником від «маси плаценти» через те, що його безпосередньо можна застосувати для обґрунтування інших просторових параметрів плаценти.

УДК: 618.5-06:616.24-002.5

А.В. Гошовська, Р.П. Николайчук

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК, ІНФІКОВАНИХ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник-ас. А.В.Гошовська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Серед причин, що викликають загострення туберкульозного процесу під час вагітності та ускладнення пологів у хворих на туберкульоз є залізо дефіцитна анемія (ЗДА). наявність якої у роділлей часто супроводжується ускладненнями пологах та післяпологовому періодах.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 18 вагітних і породілей із ЗДА різні ступеня, що хворіли на

туберкульоз органів дихання і народжували у Чернівцькому пологовому будинку № 1 (основна група) та 30 соматично здорових вагітних з анемією (контроль) віком від 17 до 45 років. Використовували загальноклінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, лабораторне оснащення, реактиви для визначення гемоглобіну, НЬ). гістологічну обробку і фарбування тканин.



Результати досліджень. Гістопатологічне дослідження використанням оглядових, гістохімічних (на колагенові волокна), бактеріоскопічних (метод Ціль-Нільсена на кислотостійкі бактерії) імуногістохімічних (з антитілами проти плацентарного лактогену) методів дозволило з одного боку підтвердити туберкульозний характер запалення, з іншого - з'ясувати особливості морфо-функціональних змін у ворсинчастому хоріоні, які можуть бути підґрунтям для розвитку хронічної плацентарної недостатності.

Встановлено, що у 11 (68.75%) досліджених плацентах мали місце специфічні для туберкульозного запалення плаценти морфологічні ознаки, а саме - локалізовані в базальній пластинці різних розмірів ділянки казеозного некрозу, які оточені епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами та велетенськими багатоядерні пі клітинами Ланганса.

У інших плацентах мали місце явища неспецифіч-

ного віллузиту (запалення ворсин) та інтервіллузиту з злипанням ворсин або базальним децидуїту у вигляді лімфоїдної тканини та венозним повнокров'ям. Найбільш виразними ознаками плацентарної недостатності були ознаки затримки дозрівання ворсинчастого хоріону, що проявлялося підвищеним відсотком проміжних незрілих хоріальних ворсин. Імуногістохімічні дослідження на основі денситометричних замірів ступеня специфічного забарвлення показали зниження концентрації плацентарного лактогену в синцитіотрофобласті - одного із молекулярних маркерів недостатності плаценти.

Висновки: Таким чином, гістологічна картина в плацентах при поєднанні туберкульозу та ЗДА у вагітних характеризується сполученням ознак незрілості хоріального дерева тривалої альтерації різних плацентарних структур на фоні специфічного неспецифічного туберкульозного запалення посліду

УДК: 618+618.5+616-001.8-053.31

В.В. Євстафіїва, Н.Ю. Семененко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ В АСФІКСІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та перинагології
(науковий керівник - доц. С.М. Ясніковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Показником якості надання акушерської і неонатологічної допомоги є рівень перинатальної смертності і захворюваності. Незважаючи на позитивну динаміку цих показників в Україні, вони все ще перевищують дані розвинутих країн світу.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей перебігу вагітності та пологів жінок, які народили дітей в асфіксії.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведений клініко-статистичний аналіз 63 обмінних карт та історій пологів жінок, діти яких народилися в асфіксії в Чернівецькому міському клінічному пологовому будинку №2 протягом 2011 року.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік жінок становив 26,3 роки. Аналізуючи менструальний анамнез жінок, нами встановлено, що пізній початок менструацій мали 31.7% обстежених, своєчасно місячні розпочалися у 50.8%. в 17.5% жінок менструації розпочалися раніше 11 років. Регулярний менструальний цикл був у 60.3% обстежуваних, порушення менструального циклу визначалися у 39.7% жінок. Захворювання статевих органів відмічені у 80.1% осіб, штучні аборти були у 41.3%, мимовільні викидні у 11,1% жінок. Відмічений високий рівень не обстежених на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) - 33 жінки (52.4%). Серед 30 обстежених осіб (47.6%) - 25 (83.3%) були інфікованими. Серед новонароджених на TORCH - інфекцію методом ПЛР обстежено 32 (50,7%) дитини, з них у 16 (50%) отримані позитивні результати. Захворювання серцево-судинної, дихальної, ендокринної, сечовидільної, травної систем виявлені у 40 вагітних (63.5%). Перші пологи були у 30 (47.6%) жінок, повторні - у 33 (52.4%) осіб. Дана вагітність перебігала з загрозою переривання у 15 (23.8%) осіб, з анемією у 9 (14.3%), прееклампсією -- у 2 (3.2%), з дисфункцією плаценти - у 19 (30.2%) жінок. Патологію амніону відмічено у 12 (19%) осіб, причому багатоводдя діагностовано у 4(6.3%), і маловоддя - у 8 (12.7%) жінок.

Своєчасно народила 51 (81%) жінка, а у 12 (9%) осіб пологи були запізними. Слід зауважити, що у 55 (87.3%) роділь пологи перебігали з ускладненнями. Кесарів розтин виконаний у 17 (27%) жінок, акушерські щипці застосовані у 4 (6.3%) пологах, амніотомія проведена у 12 (19%) випадках. Несвоєчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось у 10 випадках (15.8%). Світлі навколоплідні води були у 47 (74%), меконіальні у 16 (26%) осіб.

Оцінка за шкалою Ангар при народженні 1-3 бали була у 7 дітей (11.1%). 4-5 балів у 16 (25.4%), 6-7 балів - у 40 (63.5%) осіб. Серед новонароджених дітей діагностовано: гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС у 24 (38.1%) осіб, вроджена пневмонія - у 14 (22.2%), помірної асфіксії у - 15 (23.8%), тяжка асфіксія - у 7 (11,1%), синдром дихальних розладів . 7(11.1%), вроджені вади розвитку - у 5 (7.9%), гемолітична хвороба - у 1 (1.6%) дитині Штучна вентиляція легень (ШВЛ) проводилась 28 (44.4%) новонародженим, дихання через маску було у 8 (12,7%). самостійне дихання - у 27 (42.9%) дітей. ШВЛ більше 7 днів проведено 5 (7.9%) дітям. У народжених з внутрішньоутробним інфікуванням ШВЛ було тривалішою і становила в середньому 5.8+1,2 днів. Слід зауважити, що серед дітей, які народилися в стані важкої асфіксії меконіальні води відмічалися у 60 % випадків, в той час як серед новонароджених з помірною асфіксією - у 18%. При запізнених пологах у стані важкої асфіксії народилося 4 (21%) дітей, при своєчасних - 3 (6.7%) особи.

Висновки. Захворювання статеві системи в анамнезі, екстрагенітальна патологія, інфікування ПСПШ, ускладнений перебіг вагітності (в першу чергу загроза переривання, дисфункція плаценти, патологія амніону, запізнілі пологи, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод слід віднести до факторів ризику народження дітей в асфіксії та патології неонатального періоду.