



молекулярному, клітинному та органному рівнях. Цим авторським колективом розроблена класифікація фетоплацентарної недостатності по періоду і функціональному принципу, визначені основи клініко-лабораторної діагностики недостатності плаценти, гіпоксичного симптомокомплексу у плода, порушення його росту і розвитку. Однак перинатальна патологія при ХФПН маніфестує себе не лише вище зазначеними проявами, але й формуванням пошкоджень ЦНС, як найбільш чутливого до гіпоксії органу.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження є обґрунтування клінічної моделі перинатального ураження центральної нервової системи в періоді новонародженості і профілактика подальшої інвалідизації в ранньому віці.

Проведений аналіз показав, що найбільш важкі форми перинатальних уражень ЦНС новонародженого, які в подальшому визначають інвалідизуючу патологію з дитячого віку, формуються при суб- і декомпенсованій формі ХФПН. В зв'язку з цим нами проведено дослідження анамнезу, особливостей перебігу вагітності, розвитку плода в залежності від форми хронічної фетоплацентарної недостатності для формування інформативних ознак групи ризику. Пацієнтки з важкими формами ХФПН мають в анамнезі захворювання геніталій, які супроводжуються олігоменореєю.

Анамнестичне дослідження репродуктивної функції показало, що для цієї групи хворих характерні репродуктивні втрати, що обумовлені регресуючою вагітністю, звичним невиношуванням, особливо при декомпенсованій формі ХФПН, попередніми медичними абортми. Більше однієї третини пацієнток (36,8+6,84%) при декомпенсації плацентарної недостатності мають в анамнезі при попередніх вагітностях важкі або ускладнені форми гестозу (пре- і еклампсія, завчасне відшарування плаценти, дострокові пологи) ($p < 0,01$). Перинатальні втрати, зумовлені гестозом, спостерігались в 10,5+0,32% пацієнток, що достовірно вище ніж при компенсованій формі ХФПН ($p < 0,01$) таким чином анамнестичне дослідження дозволило виділити групу ризику по розвитку важких форм ХФПН, яку склали пацієнтки з порушенням оваріально-менструального циклу по типу олігоменореї, гіпертонічною хворобою, гестаційним нефлонефритом, з важкими та ускладненими формами гестозу при попередніх вагітностях, з репродуктивними втратами, що обумовлені нерозвиваючою вагітністю, звичним невиношуванням, медичними абортми, втратами дітей в перинатальному періоді при вагітності та під час пологів, ускладнених гестозом.

Аналіз клінічної перебігу вагітності, що розвивається показав – пацієнтки з декомпенсованою формою ХФПН спостерігається патологія розміщення хоріону (передлежання, низьке розміщення) ($p < 0,01$). Це водночас підтверджує теорію недостатності інвазії поза ворсинчастого трофобласта в спіральній маточній артерії. Перманентна загроза переривання, різні види урогенітальної і внутрішньоутробної інфекції в I та II триместрах вагітності реєструвались з однаковою частотою при всіх стадіях ХФПН.

Дослідження анамнестичних даних у вагітних дозволило виділити групу ризику по ФПН з високим ризиком інвалідизації плода. Це надзвичайно важливо, оскільки попередивши прогресування ФПН у таких вагітних можна попередити і розвиток інвалідизуючої патології ЦНС у плода в подальшому.

Косілова С.Є.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНОГО У ЖІНОК З ВУЗЛОВИМ ЗОБОМ

*Кафедра акушерства та гінекології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

За даними різних авторів частота вузлового зобу у вагітних займає одне з перших місць і складає від 30% до 40%, що, в свою чергу, несприятливо впливає на здоров'я майбутньої матері і небезпечно для розвитку плода та новонародженого. Тому, проблема вагітності та пологів у жінок із вузловим зобом привертає все більшу увагу акушерів-гінекологів.

Проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у 60 жінок з наявністю вузлового зобу (основна група). Контрольну групу склали 20 соматично здорових вагітних. Аналіз перебігу теперішньої вагітності показав, що ускладнений її перебіг спостерігався у 48 (80%) жінок основної групи і у 1 (5%) контрольної. Порушення параметрів доплерометрії матково-плацентарного кровообігу мало місце у кожній четвертій пацієнтки основної групи і у 5% (1) – в контрольній ($p < 0,05$). Отримані результати підтверджують, що наявність вузлового зобу змінила показники материнської гемодинаміки, які приводили до порушення матково-плацентарного кровоплину і розвитку плацентарної дисфункції. Теперішня вагітність в контрольній групі в 100% випадків завершилась пологамі, а в основній – в 90% (54) і супроводжувалась рядом ускладнень. У жінок основної групи самовільне переривання вагітності в ранньому терміні відбулось у 6 (10%) пацієнток, передчасні пологи – у 3 (5%). В контрольній групі у 1 (5%) жінки мав місце передчасний розрив плідних оболонок (ПРПО). У пацієнток основної групи спостерігались наступні ускладнення в пологах: слабкість пологової діяльності – в 12 (22,2%) випадках, ПРПО – в 15 (27,75%), кровотеча в пологах – в 5 (9,25%), важка преєклампсія – в 2 (3,7%), дистрес плода – в 3 (5,55%). Нормальний стан новонароджених відмічено у 40% жінок основної групи, в контрольній групі – в 100%.

Під час обстеження з'ясовано, що чим нижче середній рівень вільного тироксину у матері, тим нижча бальна оцінка стану плода ($p < 0,05$). Оцінка результатів ультразвукового та гістологічного дослідження плацент дозволяє розглядати тиреоїдну патологію як фактор ризику розвитку хронічної плацентарної дисфункції. Тому,



своєчасна діагностика та лікування патології щитоподібної залози до і під час вагітності є перспективним напрямком у галузі акушерства і гінекології, так як сприятиме зниженню ускладнень з боку матері і плода.

Кравченко О.В.

РЕТРОХОРИАЛЬНІ ГЕМАТОМИ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕМОСТАЗУ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»*

За даними рада авторів, частота невиношування в I триместрі гестації складає 50%. Такий симптом загрози переривання вагітності як кровотеча є найбільш небезпечним саме на ранніх термінах вагітності, коли відбувається інвазія трофобласта та починається формування плаценти. Даний симптом може бути пов'язаний з різними причинами, зокрема з утворенням ретрохоріальної гематоми.

Під нашим спостереженням були 32 вагітні з кровотечею в I триместрі гестації, у яких при ультразвуковому обстеженні була діагностована ретрохоріальна гематома. Контрольну групу склали 20 вагітних з неускладненим перебігом I триместру вагітності. Всім вагітним було проведено стандартне клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження. При трансвагінальному ультразвуковому дослідженні за допомогою спеціальної трьохмірної програми VOCAL проводився підрахунок об'єму хоріону, оцінка його судинної системи.

При ехографічному дослідженні у 87,5% (28) пацієнток основної групи була діагностована корпоруальна ретрохоріальна гематома, у 12,5% (4) жінок – гематома була розташована супрацервікально. У 84,4% випадків ретрохоріальна гематома була симптомною, 27 жінок відмічались кров'янисті виділення зі статевих шляхів. 15,6% вагітних – не скаржились на наявність кровотечі. Об'єм гематоми, її розміри – це одна із ключових характеристик, з якими більшість авторів пов'язують прогноз вагітності. В нашому дослідженні об'єм ретрохоріальної гематоми в середньому становив $1,11 \pm 0,24 \text{ см}^3$.

З метою зупинки кровотечі вагітним основної групи був призначений гормональний гемостаз препаратом Лютеїна по 50 мг 4 рази на добу протягом 2 днів, на третій день сублінгвальна форма (50 мг) використовувалась 3 рази з послідовним переходом на вагінальну форму Лютеїни в дозі 100-200 мг на добу до завершення періоду плацентації (при нормальному стані мікробіоценозу піхви).

Оцінюючи ефективність лікування слід відмітити, що гемостаз в основній групі був досягнутий в середньому на $2,1 \pm 0,5$ день. Відсутність больового синдрому на 3 день лікування відмічали у 93,8% (30) пацієнток, на 5 день лікування больовий синдром був відсутній у всіх вагітних обстеженої групи. Ефективність проведеного лікування оцінювали не тільки за клінічними даними. Порівнюючи об'єм хоріону у жінок з РХГ в анамнезі та контрольною групою нами встановлено, що достовірної різниці між показниками не спостерігалось, так об'єм хоріону в дослідженій групі дорівнював $154,1 \pm 3,2 \text{ см}^3$, в контрольній – $161 \pm 4,1 \text{ см}^3$ ($p > 0,05$). Індекс васкуляризації в контрольній групі був $16 \pm 1,7$, а в основній – $14,2 \pm 1,2$ ($p > 0,05$). Індекс кровотоку також суттєво не відрізнявся у пацієнток досліджуваних груп, відповідно $46,2 \pm 2,1$ та $34,1 \pm 2,3$ ($p > 0,05$).

Таким чином, використання мікронізованого прогестерону забезпечує швидкий та ефективний гемостаз у вагітних з кровотечею та ретрохоріальною гематомою в I триместрі гестації, що створює умови для подальшого неускладненого перебігу вагітності.

Ніцович І.Р.

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖІНОК

*Кафедра акушерства та гінекології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Удосконалення профілактики та лікування септичних станів після пологів та абортів із застосуванням різних методів лікування має сьогодні велике значення. Одним із варіантів такої терапії є застосування медикаментозних та немедикаментозних фізичних методів впливу - внутрішньотканинного електрофорезу (ВТЕ) та гіпербаричної оксигенації (ГБО).

На лікуванні перебувало 154 хворих із гнійно-запальними захворюваннями жіночих статевих органів. Після фізіологічних пологів було 72 жінки, після кесарського розтину – 56 жінок, після абортів – 26 жінок. Усі обстежені відмічали в анамнезі хронічні інфекції різної етіології та локалізації. Так у 39 жінок до вагітності відмічалась неплідність (у 23 первинна, у 16 - вторинна), у 36 жінок – хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів. У 21 жінки в анамнезі були гінекологічні операції: у 9 – з приводу неплідності та склерокістозу яєчників, у 12 – ускладнення після абортів. При бактеріальному дослідженні у хворих основної групи виявлено полімікробну інфекцію (грампозитивні та грамнегативні аеробні бактерії, анаероби, мікоплазми, клостридії, тощо). Так, золотистий стафілокок (*Staphylococcus aureus*) виявлено у 27%, кишкова паличка (*Escherichia coli*) – у 22%, дріжджоподібні гриби роду кандиди – (*Candida albicans*) – у 17%, протей (*Proteus*) – у 10%, синьо-гнійна паличка (*Pseudomonas aeruginosa*) – у 4%.

Обстежені розділені на дві групи: основну – 109 жінок та контрольну – 45 жінок. У жінок контрольної групи проводили традиційне загальноприйняте лікування аднекситів та ендометритів. У жінок основної групи до традиційної терапії приєднували ВТЕ та ГБО. Сеанси ВТЕ проводились апаратом "Поток-1", через 30 хв. після в/в введення антибіотика, щоденно протягом 12 днів, тривалістю 60-90 хв. при щільності струму 0,02 -