

Яким'юк А.Д., Бакун О.В.

ТЕРАПІЯ АУТОІМУННИХ ООФОРИТІВ У ЖІНОК З АНОВУЛЯТОРНИМ БЕЗПЛІДДЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Актуальність. Гормональна недостатність яєчників є однією з основних причин, що призводять до безпліддя. Залежно від вмісту ФСГ і ЛГ в крові розрізняють нормо-, гіпер і гіпогонадотропні форми гормональної недостатності яєчників. При відсутності первинного ураження яєчників аутоімунний оофорит є одним з основних факторів розвитку різних форм гонадотропної недостатності яєчників.

Мета дослідження: порівняльне вивчення гормонального профілю та фолікулоутворюючої функції яєчників у жінок зі стійкими формами ановуляторного безпліддя з наявністю в сироватці крові антиоваріальних антитіл.

Матеріали та методи. Лапароскопічна біопсія яєчників проведена у 96 жінок з недостатністю лютеїнової фази і ановуляцію. Визначення гормонів у сироватці крові (ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, Т3, Т4, естрадіол, прогестерон, тестостерон) проводили за допомогою імуноферментного аналізатора. Циркулюючі антиоваріальні антитіла визначали методом непрямой імунофлюоресценції. Корекцію аутоімунного оофориту проводили з використанням плазмаферезу. Стимуляцію овуляції проводили метродін НР з використанням низькодозового протоколу.

Результати. За даними гормонального профілю у 60 (69,8%) пацієнок була виявлена гіпергонадотропна недостатність яєчників, у 26 (30,2%) - нормогонадотропна недостатність яєчників. Рандомізованим методом пацієнтки були розділені на 2 групи по 43 (50,0%) жінки у кожній. Для корекції аутоімунного оофориту пацієнткам першої групи був проведений плазмаферез, у другій - використовувалися глюкокортикоїди і марвелон. При розрахунку на один цикл овуляції вдалося добитися у 27 (62,8%) пацієнок 1-ї групи, що було істотно вище ($p < 0,05$) в порівнянні з пацієнтками 2-ї групи - 20 (46,5%). Кількість використаних ампул метродін НР склало $14,2 \pm 0,65$ у пацієнок 1-ї групи, що було достовірно менше ($p < 0,05$) в порівнянні з пацієнтками 2-ї групи - $18,6 \pm 1,2$. Маткова вагітність настала у 12 (27,9%) жінок 1-ї групи і у 8 (18,6%) - 2-ї групи.

Висновки. Таким чином, проведення попередньої корекції аутоімунного оофориту з використанням плазмаферезу дозволяє підвищити ефективність терапії ендокринного безпліддя у жінок, а також знизити витрати на індуктори овуляції.

Якимець Н.В.

ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

Дисфункція плаценти (ДП) - ключова проблема акушерства, неонатології, так як функціональна неспроможність цього органу приводить до загрози переривання вагітності, затримки росту і розвитку плода (ЗВУР) або його загибелі. Тому життєдіяльність плода знаходиться в прямій залежності від функціонального стану плаценти.

Метою даного дослідження було визначення найбільш вагомих перинатальних ускладнень при плацентарній дисфункції.

Матеріали і методи. Для реалізації поставленої мети нами проведено аналіз 90 історій пологів жінок із ПД та 30 історій пологів жінок із неускладненим перебігом вагітності і пологів та відповідно карт розвитку новонароджених від породіль даних груп.

Результати дослідження та їх обговорення. У $36,7 \pm 5,0\%$ вагітних основної та $3,3 \pm 3,3\%$ контрольної груп дана вагітність настала після попередніх абортів, причому в $15,6 \pm 3,8\%$ жінок основної групи дану вагітність діагностовано через 3-6 місяців після аборту. У вагітних з розташуванням плаценти в нижньому сегменті матки ($73,76\%$) діти народжувалися переважно з невеликою масою тіла (до 3000 г) у $92,5\%$ випадків. У переважній більшості ($66,7 \pm 5,0\%$) вагітних з ПД пологи відбулися в терміні 33-36 тижнів гестації, у той час, як у контрольній групі цей показник становив $10,0 \pm 5,5\%$. Частота операцій кесарева розтину серед роділь із ПД становила $67,7 \pm 4,9\%$, у контрольній групі - $6,7 \pm 4,6\%$. В ургентному порядку, шляхом кесарського розтину розроджено $71,4 \pm 6,9\%$ вагітних. Причому основними показами для проведення оперативного розродження були покази з боку плода: дистрес плода під час вагітності та в пологах, затримка внутрішньоутробного розвитку плода.

Новонароджених від матерів із плацентарною дисфункцією оцінювали за шкалою Апгар в 8-10 балів лише в $10,8 \pm 3,6\%$ випадках, у контролі цей показник становив $86,7 \pm 6,2\%$, $18,9 \pm 4,6\%$ немовлят народилися в асфіксії тяжкого ступеня, в контрольній групі дана категорія дітей відсутня. За нашими даними $82,2 \pm 4,0\%$ дітей від матерів основної групи народилися з малою масою при народженні, а в $68,9 \pm 4,9\%$ були ще й недоношеними, в контрольній групі відповідно - $6,7 \pm 4,6\%$ і $6,7 \pm 4,6\%$. На другий етап виходжування переведено $74,3 \pm 7,1\%$ немовлят основної групи, усі немовлята контрольної групи виписані в задовільному стані додому.

Висновки. При дисфункції плаценти значно зростає частота операцій кесаревого розтину за показаннями з боку плода - $67,7 \pm 4,9\%$, у контрольній групі - $6,7 \pm 4,6\%$ та в $82,2 \pm 4,0\%$ випадків спостерігається народження дітей з малою масою.