



захворювань. Найчастішою причиною даної патології є ановуляція або олігоовуляція внаслідок дизрупції гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі. Це призводить до постійної естрогенної стимуляції та неконтрольованої проліферації ендометрія без прогестерон-індукованої десквамації. Дисфункціональні маткові кровотечі частіше зустрічаються в період становлення менструальної функції (внаслідок незрілості гіпоталамо-гіпофізарної регуляції та неадекватної відповіді естрогенів на пік ЛГ) і перед менопаузою (у зв'язку з редукцією кількості ооцитів і зниженням функції яєчників). Захворювання характеризується чергуванням затримки менструацій (на кілька тижнів) та кровотеч різної інтенсивності й тривалості. При тривалих і сильних кровотечах розвивається хронічна постгеморрагічна анемія.

З метою вивчення порушень гемостазу у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами нами проаналізовано 30 історій хвороб. Усім пацієнткам

було запропоноване хірургічне вишкрібання стінок порожнини матки з діагностичною та лікувальною метою, оскільки традиційна гемостатична, антианемічна та загальнозміцнювальна терапія виявилась не ефективною. Як показали результати аналізу, мале оперативне втручання всім хворим виконувалося за несприятливих умов, тобто на тлі хронічної постгеморагічної анемії різних ступенів, а саме: ознаки анемії I ступеня спостерігалися у 72,4%, анемії II ступеня у 23,8% жінок. Після маніпуляції, яка передбачає певну крововтрату, ситуація змінилась: анемія I ступеня мала місце у 62,3%, анемія II ступеня у 37,7% хворих.

Таким чином, лікування дисфункціональних маткових кровотеч – актуальне питання сьогоденної гінекології. Не дивлячись на розширення знань в даній галузі, до теперішнього часу залишається невирішеною проблема пошуку раціонального консервативного лікування з чіткою оцінкою подальшого прогнозу.

УДК: 618.3:616.9-036

Н.М. Максимчук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ УРОГЕНІТАЛЬНИМ МІКОПЛАЗМОЗОМ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - доц. Л.М. Юр'єва)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми, яка досліджується, обумовлена високою частотою виявлення урогенітального мікоплазмозу у жінок репродуктивного віку, і особливо, під час вагітності.

Тому метою нашого дослідження було проаналізувати особливості перебігу вагітності у жінок із урогенітальним мікоплазмозом.

Нами проведено ретроспективний аналіз протікання вагітності та пологів у 58 вагітних. Основну групу склали 36 жінок, у яких під час вагітності діагностовано урогенітальний мікоплазмоз, контрольну групу – 22 вагітних із фізіологічним перебігом гестаційного періоду.

Аналіз отриманих результатів показав, що у 22,2±1,5% обстежених основної групи протікання вагітності в ранніх термінах ускладнювалося загрозою переривання і у 11,1±1,2% кровомазанням на тлі відшарування хоріону. Достовірно частіше у жінок із урогенітальним мікоплазмозом діагностували викидень, що не відбувся (8,3±1,6% проти 4,5±1,3%, $p<0,05$).

У II та III триместрах гестації у жінок із уроге-

нітальним мікоплазмозом достовірно частіше діагностували загрозу передчасних пологів (27,7±1,4% проти 13,6±1,2%, $p<0,05$), плацентарну дисфункцію (21,2%±1,5% проти 9,1±1,2%, $p<0,05$) та затримку внутрішньоутробного розвитку плода (18,2%±1,3% проти 9,1±1,2%, $p<0,05$). Ультразвукові ознаки внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода визначали тільки у 15,1% вагітних основної групи.

У групі вагітних із урогенітальним мікоплазмозом у 2,2 разів частіше вагітність завершувалася передчасними пологами на тлі передчасного розриву плідних оболонок (9,1±1,6% проти 4,5±1,3%, $p<0,05$), народженням дітей із малою масою до терміну гестації (12,1%±1,3% проти 4,5±1,3%, $p<0,05$) та ознаками ВУІ.

Отже, отримані нами результати вказують на те, що урогенітальний мікоплазмоз ускладнює перебіг гестаційного періоду, є однією із причин передчасного переривання вагітності, порушень у системі мати-плацента-плід і внутрішньоутробного інфікування плода.

УДК: 618.177-08(07)

Є.В. Миронюк, М.А. Курікеру, М.Д. Гресько

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖІНОК СТАРШОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ БЕЗПЛІДДІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої і підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н М.Д. Гресько)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що після 38 років різко зменшується природний репродуктивний потенціал. Тобто, даний період життя жінки характеризується як старший репро-

дуктивний вік та супроводжується низькою здатністю до запліднення.

Мета: оцінка ефективності методів ДРТ в лікуван-



ні безпліддя у жінок старшого репродуктивного віку.

Матеріали і методи: у 39 жінок у віці від 35 до 45 років проводили загальноприйняте клінічне та гінекологічне обстеження. З метою визначення оваріального резерву (ОР) досліджували наступні показники: 1) показники фолітропіну (ФСГ), антимюлерового гормону (АМГ), лютропіну (ЛГ), естрадіолу (Е2) на 2-3 день менструального циклу (м/ц); 2) ультразвукові параметри яєчників на початку м/ц - об'єм яєчників (ОЯ) та кількість антральних фолікулів. Всім пацієнткам проводили індукцію суперовуляції в програмі запліднення *in vitro* (ЗІВ), всього 30 циклів: 10 циклів з використанням довгого протоколу з агоністами гонадотропін релізинг гормону (аГнРГ), 20-з використанням короткого протоколу з антагоністами гонадотропін релізинг гормону (ант-ГнРГ). У 9 пацієнток програма ЗІВ проводилася із застосуванням донорських ооцитів.

Результати дослідження: продемонстрована залежність результатів лікування від параметрів ОР пацієнток. І група жінок виявилася перспективною для отримання власних ооцитів та досягнення вагітності

хоча частота настання вагітності виявилася не більше 15%. ІІ група - умовно перспективна, так як у 7 жінок (35%) був отриманий ріст фолікулів та якісні ооцити, хоча частота настання вагітності була лише 5%, у 13 (65%) яєчники не відповідали на індукцію овуляції, або отримані ооцити виявилися непридатними для запліднення. ІІІ група жінок - не перспективна для отримання власних ооцитів. Тому 33,5% пацієнток старшого віку доцільно рекомендувати використання донорських ооцитів.

Висновки: 1) Група пацієнток старшого репродуктивного віку зі збереженим м/ц неоднорідна за функціональним станом репродуктивної системи. Сукупність параметрів оваріального резерву визначає репродуктивний потенціал жінки і є прогностичним фактором можливості настання вагітності у циклах ЗІВ з використанням власних ооцитів. 2) 33,5% жінок старшого репродуктивного віку потребують використання донорських ооцитів. При застосуванні донорських ооцитів частота настання вагітності підвищується у два рази.

УДК: 618.14-006.36(477.85)

Є.В. Михайлюк

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО ТА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З МІОМОЮ МАТКИ, МЕШКАНОК БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ.

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Міома матки - доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається в м'язевій оболонці, частота якої серед гінекологічних захворювань складає від 10 до 27%. Міома є результатом цілого комплексу патологічних змін в організмі жінки, обумовлених ендокринними порушеннями, хронічними інфекційними та гіпоксичними процесами в міометрії, спадковими факторами, функціональними порушеннями у вищих центрах регуляції на тлі змін гомеостазу, пригнічення неспецифічної імунологічної реактивності організму, порушення кровопостачання яєчників і матки. Клінічний перебіг захворювання залежить від розмірів, локалізації, темпу росту пухлини тощо.

Для вивчення особливостей загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з міомою матки нами проаналізовано 160 медичних карт стаціонарного хворого - мешканок м. Чернівці та Чернівецької області.

Відомо, що характер праці має певний вплив на індекс здоров'я населення, зокрема жінок. Враховуючи цей факт, нами вивчено особливості трудової діяльності хворих та виявлено, що до найчисельнішої групи належали службовці (40,0%), на другому місці знаходились робочі промислових та сільськогоспо-

дарських об'єктів (30,5%), домогосподарки та пенсіонерки становили 29,5%. Вік хворих коливався від 34 до 58 років, середній вік становив 47 років.

З метою уточнення ролі первинного порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції в розвитку міоми у хворих нашого регіону проведено вивчення характеру менструальної функції та встановлено, що вік початку менструації коливався в межах від 11 до 15,5 років (середній показник - 13,7 року). У 80,8% пацієнток менструації з моменту менархе були неболючими, у 19,2% перебігали з болювими синдромом. Аналіз медичних карт показав, що первинним безпліддям страждали лише 3,5% хворих, у 65,0% в анамнезі були штучні аборти, у 20,7% - самовільні викидні. Пологи (фізіологічні та патологічні) мали місце 88,5% жінок.

Проведений аналіз показав, що у жінок Буковинського регіону розповсюдженість міоми матки не виходить за межі популяційних, проте існує тенденція до зростання частоти захворювання. Збережена репродуктивна функція не попереджає захворювання, а внутрішньоматкові інвазії (аборти, самовільні викидні, патологічні пологи) слід розглядати, як фактори ризику міоми матки.

УДК: 618.3-06:616.992.282-08

О.М. Мойсик, Д.Р. Зінкевич

ЛІКУВАННЯ ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ У ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - доц. І.Р. Ніцович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вульвовагінальний кандидоз (ВК) являється найбільш частим інфекційним ураженням слизової обо-

лонки піхви. Вульвовагініти у вагітних обумовлені грибковою інфекцією займають від 24% до 36% від