



та 95,1 % випадків відповідно). Гострий біль у нижньому відділі живота різної інтенсивності та патологічні виділення з піхви турбували переважну більшість пацієнток як I так і II груп (від 89,1 до 95,8 % у випадку гострого перебігу сальпінгоофориту, та від 63,0 до 79,7 % у разі хронічної форми запального процесу), при цьому під час хронічного перебігу запального процесу пацієнток як I групи (90,2 %), так і II груп (85,4 %) турбував переважно тупий ниючий біль. Підвищення температури тіла було зафіксовано переважно у дівчат з гострим перебігом сальпінгоофориту (41,7 %) на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у 3,2 раза частіше, ніж у дівчат II групи з гострим перебігом захворювання. У пацієнток з хронічною формою сальпінгоофориту підвищення температури тіла спостерігалось значно рідше, проте цей симптом проявлявся у 4,6 раза частіше у дівчат I групи порівняно з дівчатами, які склали II групу. Дизуричні явища турбували переважну більшість пацієнток I групи, як з гострим, так і з хронічним перебігом сальпінгоофориту, в 95,8 та 51,1 % пацієнток відповідно. Дівчат групи порівняння дизуричні розлади турбували рідше – у 26,1 та 4,9 % відповідно пацієнток з гострим та хронічним перебігом. Це можна пояснити впливом супутньої урологічної патології на вираженість симптоматики та поширеністю запального процесу на слизову зовнішнього отвору уретри.

Під час оцінки клінічного перебігу сальпінгоофориту було виявлено, що у третини хворих (29,3 %), які склали I групу, спостерігалися рецидиви захворювання до 4-6 разів на рік, що стало підставою для більш ретельного вивчення стану здоров'я цих дівчат, і їх обстеження суміжними спеціалістами (педіатром, урологом, нефрологом.). У дівчат II групи рецидиви траплялися значно рідше – тільки у 15,4 %.

Булик Т.С.

АСОЦІАТИВНІ ПАРАЛЕЛІ ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ АСЕ З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ОПАСИСТИХ ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

За даними ВООЗ (2019) ситуація з поширенням ожиріння серед жінок репродуктивного віку набуває загрозливих ознак. Оскільки дисліпідемію та порушення метаболізму відносять до важливих чинників кардіо-метаболічного ризику у т.ч. під час вагітності, котрі впливають на серцево-судинний стан жінки та перебіг вагітності для матері та плоду, як в пологах, так і в післяпологовому періоді, очевидним є дослідження предикторів для формування груп ризику гестаційних ускладнень в небезпечних жінок. Однак, необхідно зауважити, що при зростанні тригліцеридів (ТГ) у 2-3 рази збільшується ризик ішемічних та атеротромботичних ускладнень через гіперфібриногенемію, появу ремнантоподібних частинок та зростання холестерину ліпопротеїнів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ), перенасичених ТГ. ХС ЛПДНГ зв'язується з тромбоцитами через мембранний глікопротеїн CD36, збільшуючи синтез тромбоксану А2 (ТхА2) та їх агрегацію, активують VII фактор згортання крові і збільшують продукцію PAI-1. Аналогічним чином ХС ЛПДНГ зв'язується з рецепторами CD36+ макрофагів, що призводить до утворення пінистих клітин, впливаючи на розвиток атеросклерозу. Наявність сімейної дисліпідемії вказує на можливу генетичну детермінованість цього процесу.

Однак, в Україні таких досліджень проводиться вкрай мало і стосуються вони переважно пацієнтів кардіологічного профілю. Тому наступним етапом дослідження стало вивчення зміни ліпідного профілю у вагітних обстежуваних груп залежно від поліморфізму I/D гена АСЕ, Серед вагітних основної групи переважали жінки із ОЖ I ст. – 75,0% (n=54), решту склали жінки з ожирінням II-III ст. -25,0% (n=18). Спостерігали вірогідне зростання вмісту ЗХС, ТГ, ХС ЛПНГ та індексу атерогенності (ІА) у вагітних із ожирінням II-III ст. у порівнянні з такими із ОЖ I ст. на 15,1% (p<0,01), 13,1% (p<0,01), 13,6% (p<0,01), 30,7% (p<0,001), відповідно, та практично здоровими вагітними у 1,6; 1,9; 1,9; 3,4 разу (p<0,001). ХС ЛПВГ був нижчим теж у вагітних із ОЖ II і III ст., ніж у таких контрольної групи у 1,62 разу (p<0,001) та вагітних із ОЖ I ст. – у 1,2 разу (p=0,046).



Проявляється чітка тенденція залежності появи дисліпідемій від наявності D-алеля гена ACE та зниження антиатерогенних компенсаторних властивостей у вагітних. Окрім того, у нашому дослідженні рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНГ мають чіткий вірогідний вплив на посилення процесів тромбіно- та фібриногенезу за зовнішнім механізмом, що підтверджується негативною кореляцією ХС ЛПВГ із рівнем ФБГ у цих же пацієнток. Формування груп ризику з розвитку гестаційних ускладнень пов'язаних зі зміною ліпідного профілю в опасистих вагітних з гомозиготним варіантом патологічного алеля гена ACE потрібно виконувати на етапі прегравідарної підготовки.

Дяк К.В.

COVID-19 ТА ВАГІТНІСТЬ: ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Поточний спалах нового захворювання на коронавірус 2019 року (COVID-19) розпочався в Китаї в грудні 2019 року і з тих пір поширився в багатьох інших країнах, зокрема і в Україні. Хоча в більшості випадків спостерігаються слабкі симптоми, але в деяких випадках зараження призводить до серйозних захворювань легенів. Як результат, можливі наслідки спалаху COVID-19 і у вагітних жінок в наслідок якого можливі ускладнення.

Імунодепресія пов'язана з вагітністю та інші фізіологічні зміни під час вагітності на фоні COVID-19 спричиняють високу сприйнятливість до респіраторних збудників внаслідок чого виникає важка пневмонія у вагітних (Jamieson et al., 2006), що може в подальшому потребувати госпіталізації у відділення інтенсивної терапії та вентиляційної підтримки (Goodnight et al., 2005). Рівені гормонів та імунна компетентність демонструють значні відмінності протягом усієї вагітності. В ранніх термінах вагітність більш схильна до ризику, внаслідок адаптаційних змін у відповідь на антигени плода, але організм вагітної зазвичай стабілізується з поступовою перебудовою імунної та ендокринної систем, з найвищою стабільністю на пізніх термінах вагітності. Ранні терміни вагітності є критичним періодом розвитку органів плода, і імунна система особливо чутлива на цьому етапі, що, ймовірно, впливає на перебіг інфекцій (Wong et al., 2004).

Досвід попередніх епідемій респіраторних вірусів може дати деякі відомості щодо чутливості до COVID-19 та можливі ускладнень під час вагітності. Вірус грипу свині А (H1N1) - це вірус грипу типу А, який також викликає респіраторне захворювання, яке може перерости в гострий респіраторний синдром. Під час епідемії H1N1 у 2009 році було виявлено, що вагітні жінки мають більш високий ризик ускладнень, оскільки вони в чотири рази частіше були госпіталізовані, ніж решта населення (Jamieson et al., 2009). Що стосується інших коронавірусів, під час епідемії ГРВІ у 2002/2003 рр. було зафіксовано 8442 випадки та 916 смертей, і дослідження показали, що клінічні результати під час цієї епідемії були гіршими у вагітних, ніж у невагітних жінок. Крім того, зростання частоти передчасних пологів та абортів пов'язане з інфекціями ГРВІ-CoV (Schwartz et al., 2020). Приблизно 50% вагітних жінок, які страждають на ГРВІ, потребували інтенсивної терапії, а приблизно 33% потребували штучної вентиляції легенів. Рівень смертності вагітних жінок, хворих на ГРВІ, досяг 25% (Wong et al., 2004). Під час епідемії MERS, внаслідок якої було підтверджено до 2500 випадків і 858 смертей, ми можемо стверджувати, що MERS прогресує набагато швидше до дихальної недостатності та призводить до вищих показників смертності, ніж ГРВІ. Однак не було доказів вертикальної передачі MERS чи ГРВІ. Виходячи з цих доказів, не викликає сумнівів, що інфекції SARS-CoV та MERS-CoV, порівнюючи з H1N1, асоціюються з більш високим рівнем ускладнень у вагітних (Schwartz and Graham, 2020).