6,8±5,65%, p<0,001). Мікробні агенти з переважно внутрішньоклітинним типом персистенції виявлено лише у пацієнток з гіперплазованим ендометрієм (29,27±7,11%)

Таким чином, при визначенні етіопатогенетичного фактора виникнення гіперпластичних процесів ендометрія особливу увагу слід приділяти вивченню мікробіоценозу урогенітального тракту, зокрема, цервікального каналу та ендометрію. Це дозволить обрати вірну етіопатогенетичну лікувальну тактику, підвищити ефективність лікування та зменшити частоту рецидивів вищевказаної патології.

Ринжук Л.В.

МОЖЛИВОСТІ 3D/4D-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛОДА З НОРМАЛЬНИМ ТА ПАТОЛОГІЧНИМ РОЗВИТКОМ

Кафедра акушерства та гінекології
Буковинський державний медичний університет

3D/4D-ультразвукове дослідження (УЗД) на сучасному етапі є досить відомим і відносно поширеним. Не викликає сумніву, що цей метод відкриває нові можливості дослідження в акушерстві та гінекології, особливо при обстеженні плода. Однак, серед лікарів УЗД все ще ведуться дебати щодо доцільності використання об’ємного ультразвуку. Не можна не погодитися з тим, що метод двовимірної ультрасонографії є базою сучасної ехографії та дозволяє досягти значних успіхів у вирішенні багатьох клінічних задач в акушерстві та в діагностиці захворювань і вад розвитку плода. Разом з тим, було б безпідставно вважати, що всі проблеми діагностики вирішені і не варто розвивати нові методики дослідження на практиці.

Мета дослідження: проаналізувати сучасні дані літератури щодо основних принципів роботи приладів для проведення 3D/4D-УЗД у випадку наявності вагітності та плода з нормальним та патологічним розвитком.

Вже декілька десятиліть відома можливість отримання тривимірних зображень з допомогою ультразвуку. Для клінічного застосування об’ємний метод став цікавим після появи тривимірного ультразвуку, що працює в режимі реального часу - 4D. Основні режими роботи більшості сучасних тривимірних приладів можна представити у вигляді п’яти основних функцій: поверхневий, мультиплановий, мультиплощинний, об’ємний негативний режими та мультиплощинний режим реального часу (STIC).

Поверхневий режим 3D/4D-УЗД дозволяє візуалізувати поверхні тіла плода (лоб, обличчя, передню поверхню грудей, ділянку статевих органів, потилицю та задню поверхню спини, дистальні відділи кінцівок, суглоби кінцівок) в термінах 11-22 тижні гестації у переважній більшості випадків (93%). *Мультиплановий режим 3D/4D-УЗД*, який є історичною основою об’ємного ультразвуку, передбачає зображення різних частин тіла плода одночасно в трьох взаємноперпендикулярних площинах. Динамічно 4D-режим використовується у всіх випадках для візуалізації хребта плода, а також для пошуку акустичного вікна з метою визначення необхідності обстеження в інших режимах. *Мультиплощинний режим 3D/4D-УЗД* у поєднанні з програмою 3D MULTYSLICE застосовується в переважній більшості досліджень для отримання чітких двовимірних зображень окремих внутрішніх органів плода. При цьому успіх отримання лише одного скану конкретної ділянки без артефактів дозволяє отримати зображення у всіх інших площинах без додаткового контактного сканування. *Негативний режим 3D/4D-УЗД* використовується у випадках підозри на аномалії плода, органи або частини яких містять ехонегативний (кістозний) компонент. Перш за все це торкається шлуночків головного мозку, аномалій судин, окремих серцевих структур, кістозних судинних та несудинних утворень. *Мультиплощинний режим реального часу 3D/4D-УЗД* на сучасному етапі представлений технологією STIC та призначений для дослідження серця. Без всякого сумніву, використання даного режиму вносить ясність у картину вад. Публікації останніх років підтверджують саму цю точку зору.

Таким чином, застосування 3D/4D-УЗД на всіх термінах вагітності значно підвищує ефективність ультразвукової діагностики, особливо у випадках важкодіагностованих вад у плода на ранніх термінах вагітності. Якісне зображення деталей вади з використанням 3D/4D-УЗД дозволяє у більшості випадків поточнити прогноз після народження. Можливість проведення детального документування результатів дослідження на новому рівні перетворює УЗД в об'єктивний метод діагностики. На сучасному етапі не слід ставити питання: «Що краще: 2D чи 3D/4D?» Об'ємна ехографія має стати стандартною складовою якісного ультразвукового дослідження плода та потребує більш широкого впровадження в клінічну акушерську практику.

Савка Р.Ф.

МЕЛАТОНІН, ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ

Кафедра акушерства та гінекології
Буковинський державний медичний університет

Мелатонін привертає все більшу увагу дослідників, особливо під час ускладненої вагітності. Даний гормон вмикає «біологічний годинник» в організмі вагітної жінки, забезпечує взаємодію між матір'ю та плодом. За хімічною структурою мелатонін (N-ацетил-5-метокситриптамін) являє собою похідне біогенного аміну серотоніну, який синтезується з амінокислоти триптофану, що надходить з їжею. Утворюється за участі ферменту ацетилтрансферази, який міститься в епіфізі та сітківці ока. Мелатонін виділяється в кров в темний час доби – вночі; у світлі години вироблення гормону різко пригнічується.

Мета дослідження: проаналізувати сучасні дані вітчизняної та закордонної літератури щодо впливу мелатоніну на розвиток.

Дослідження I половини XX ст., які проводились з використанням порівняно грубих методів (пінеалектомія, введення екстракту епіфізу), прямо не вказували на будь-яку роль епіфізу в гестаційному процесі. Пізніше В.І. Грищенко встановив, що при фізіологічному перебігу вагітності відбувається підвищення екскреції мелатоніну з сечею, але перед пологами його кількість різко знижується. Припускають, що це зниження сприяє активізації паравентрикулярних ядер гіпоталамуса, і продукції ними окситоцину. Крім того, під час вагітності автором було відмічено нехарактерну для невагітного стану паралельне підвищення рівня мелатоніну і статевих стероїдів, зокрема, в II триместрі вагітності, що, можливо, говорить про автономію плаценти щодо епіфізу. Рівень же серотоніну в крові роділь зростає майже в 3 рази під час I періоду пологів, порівняно з показниками, встановленими за добу до початку пологової діяльності. Процес наростання концентрації серотоніну в крові роділь продовжувався до кінця I – початку II періоду пологів з різким зниженням рівнів цього біогенного аміну в післяпологовому періоді: на 2-3 добу вміст серотоніну в плазмі крові практично ідентичний такому в плазмі крові невагітних жінок.

Мелатонін добре проникає крізь плацентарний бар'єр і, як вважається деякими авторами, може спричинити негативну дію на розвиток плода, структуру і функцію його епіфіза. Пренатальне введення мелатоніну і його метаболітів вагітним самкам щурів викликає зростання аномалій розвитку плода, зменшення маси і кількості живих плодів, дозозалежне пригнічення синтезу ДНК в гіпофізарних клітинах. Існують дані, що материнський мелатонін інформує плід про пору року і час доби, а також впливає на циркадіанний ритм плода у ссавців. За іншими даними, мелатонін не спричинює будь-якого шкідливого впливу на розвиток ембріонів мишей і щурів, навіть при введенні екстремально високих доз 200мг/кг/день. При переношеній вагітності вміст мелатоніну різко підвищений, порівняно з нормальними значеннями. При застосовуванні препарату мексамін, біосинтетичного попереднику мелатоніну, в процесі підготовки до пологів при переношуванні вагітності, відмічалося зменшення екскреції мелатоніну вже через добу після початку прийому препарату. Як наслідок, стимуляція пологової діяльності проходила більш фізіологічно, а результати пологів були сприятливішими для матері і плода. Після пологів рівень мелатоніну зростає. Відмічається зв'язок між гіпогалактією і зниженням рівня