



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  
Вищого державного навчального закладу 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 -