



Рак Л.М.
ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМІОЗУ
Кафедра акушерства та гінекології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Діагноз аденоміозу встановлюється на основі характерних клінічних ознак, найбільш доступного на сьогодні неінвазивного методу - трансвагінальної ультразвукової діагностики. Найбільш точним неінвазивним діагностичним методом вважається магніто-резонансна томографія, однак, вартість та обмеженість застосування методики не дозволяє широко використовувати останню. На сьогоднішній день існують значні труднощі верифікації даного діагнозу. Впровадження ендоскопії в практику гінекології впродовж останніх років значно покращило діагностику даного захворювання.

З метою встановлення ролі гістероскопії в діагностиці аденоміозу, особливості діагностики аденоміозу проаналізовано на моделі результатів обстеження 101 жінки з безплідністю різного генезу. Порожнину матки обстежували за допомогою рідинної гістероскопії з біопсією ендометрія. Гістероскопія проводилась з використанням ізотонічного розчину натрію хлориду в якості оптичного середовища.

Аденоміоз виявлений у 9 пацієнок (8,9%). Внутрішньоматковий аденоміоз під час гістероскопії діагностований у 8 жінок (7,9%). В однієї пацієнтки діагностовано трубний ендометріоз (гістологічно підтверджений). Аденоміоз, як єдина патологічна знахідка в порожнині матки, спостерігався в 4 жінок, в 1-ї пацієнтки він поєднувався з ознаками хронічного ендометриту та вогнищевою залозистою гіперплазією, в 1 – з ознаками хронічного ендометриту та травматичним пошкодженням шийки матки, в 1-ї – з гіперплазією ендометрія (гістологічно верифікована як залозиста), в 1 – із залозистими поліпами ендометрія. Позаматковий трубний аденоміоз поєднувався з активною залозистою гіперплазією ендометрія. Таким чином, внутрішній ендометріоз найчастіше супроводжувався проліферативною патологією слизової матки. Поєднання аденоміозу із зовнішнім генітальним ендометріозом відмічено не у всіх жінок (мало місце у 2-х пацієнок та в 1-ї – з ендометріозом шийки матки).

Краща візуалізація аденоміозу відмічена в проліферативну фазу менструального циклу (7 з 8 виявлених випадків). У секреторну фазу і при супутній гіперплазії ендометрія візуалізація патологічних ділянок дещо утруднена через складчастість слизової оболонки. Слід зазначити, що за допомогою попередньої трансвагінальної ехографії аденоміоз запідозрений лише в пацієнтки з визначеною нами гістероскопічно II його стадією. Таким чином, ультразвукова діагностика аденоміозу не є достатньою.

Результати морфологічного дослідження біопатів, отриманих прицільно з патологічних ділянок ендометрія під час гістероскопії, виявились малоінформативними у верифікації діагнозу. Гістологічна картина відповідала тій морфологічній будові тканини ендометрія, яка була присутня в порожнині матки обстежених жінок. Адже, достовірна гістологічна верифікація аденоміозу можлива лише або при патогістологічному дослідженні тіла матки після гістеректомії, або після локального видалення шару ендометрія до візуалізації міометрія за допомогою петлі резектоскопа й біопсії тканини ендометріального ходу з оточуючим його ендометрієм, або при пункційній біопсії тканини матки з отриманням матеріалу у вигляді стовбчика тканини. Отже, діагностика поверхневих форм аденоміозу, в першу чергу, в жінок з безпліддям, є досить складною і трудоміскою процедурою.

Основна проблема полягає в пошуку та вдосконаленні малоінвазивних і малотравматичних методів біопсії міометрія для верифікації діагнозу. Таким чином, основним методом вибору для діагностики аденоміозу у жінок з підозрою на дану патологію чи з безпліддям, є гістероскопія (в т.ч. мікрогістероскопія), проведена в проліферативну фазу менструального циклу, яку слід поєднувати з трансвагінальною ехографією та урахуванням клінічних проявів захворювання.

Рижук Л.В., Рижук В.Є.
ДОКЛІНІЧНІ ФОРМИ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ: ОЦІНКА ВИДОВОГО
СКЛАДУ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ СЕЧІ ТА ПІХВИ

Кафедра акушерства та гінекології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Відповідно до сучасних уявлень, визначення бактерій у сечових шляхах вагітних у більшості випадків ототожнюється з їх мікробно-запальним ураженням з огляду на те, що бактеріальний фактор загально визнаний як етіологічний ініціатор такого характеру захворювання. Разом із тим, ще в 1956 році Е.Касс звернув увагу дослідників на те, що інфекція є лише ключем у реалізації процесу запалення в сечових шляхах людини. На його думку, механізми, що призводять до бактеріурії, можуть принципово відрізнятися від тих, які забезпечують інвазію нирок. Безсимптомна бактеріурія – стан, коли, за відсутності симптомів інфекції сечових шляхів, із сечі, взятої без катетера, висівають 10^5 або більше колоній будь-якого мікроорганізму в 1 мл. Особливого значення ця проблема набуває у вагітних, оскільки створює серйозну загрозу для здоров'я матері і плода. Отже, єдиного погляду ні на механізми виникнення, ні на переважних збудників, ні на можливості реалізації впливу даного патологічного стану на плід у вигляді його внутрішньоутробного інфікування немає.



Метою дослідження було провести порівняльну оцінку основного спектру збудників безсимптомної бактеріурії порівняно зі спектром представників мікробного пейзажу піхви у вагітних із безсимптомною бактеріурією.

Проведено ретроспективний клінічно-статистичний аналіз 7599 історій пологів КМУ «Міський клінічний пологовий будинок №1» за період 2008-2010 років. Із загальної кількості обстежених (показник охоплення становив 96,7%) позитивні культуральні проби, що свідчать про наявність безсимптомної бактеріурії, виявлені в 576 вагітних, що становило 7,58% і дає нам підстави встановлення саме такого рівня розповсюдженості даного ускладнення в нашому регіоні. Оцінка видового складу мікрофлори сечі виявила, що питома вага представників кишкової групи інфекцій у культуральних пробах сечі вагітних групи обстеження становила 77,60%. Представники кокової групи охоплювали 15,62% позитивних результатів бактеріологічного дослідження. Представники інших родин мікроорганізмів траплялися рідко, практично випадково, у вигляді окремих позитивних проб, становлячи загалом питому вагу серед обстежених до 7%.

У даної групи пацієнток нами проаналізовано результати бактеріологічного дослідження вмісту піхви. На противагу середовищу сечі, мікробний пейзаж піхви у вагітних із безсимптомною бактеріурією був найбільш яскраво (у відсотковому відношенні) презентований представниками кокової групи - 63,88% позитивних культуральних проб. Питома вага представників кишкової групи інфекцій у культуральних пробах піхви вагітних із безсимптомною бактеріурією становила загалом до 7,0 % на противагу мікробному пейзажу сечі в даної категорії вагітних. Левову частку серед представників мікробного пейзажу піхви вагітних із безсимптомною бактеріурією становили *Lactobacillus* (17,01%) та *Candida albicans* (12,50%). Окремо хотілося б зауважити, що за видовим складом у жодному випадку обстеження не відмічалось збігу мікрофлори піхви та сечі. Останній факт вказує на те, що висхідний шлях інфікування не є визначальним у генезі безсимптомної бактеріурії у вагітних.

Семеняк А.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Несвоєчасне або неадекватне лікування гострих запальних захворювань жіночих статевих органів (ЗЗЖСО), а також відсутність їх профілактики пояснює високу частоту розвитку хронічних ЗЗЖСО у жінок. Практично всі мікроорганізми, які присутні у піхві (за виключенням лакто- і біфідобактерій), можуть сприяти розвитку запального процесу. В останні роки особливого значення набувають асоціації мікроорганізмів, в тому числі умовно-патогенних (стафілококів, стрептококів, кишкової палички) з внутрішньоклітинними збудниками (хламідіями, уреоплазмами, мікоплазмами), а також з вірусами та трихомонадами, при цьому застосування антибіотиків призводить до постійних змін мікроцинозу піхви. При тривалому хронічному запаленні відмічаються виражені склеротичні та дистрофічні зміни всіх структурних компонентів додатків матки, що супроводжуються їх морфологічними та функціональними порушеннями.

Мета дослідження - визначити особливості мікроцинозу піхви у випадку хронічного перебігу захворювання.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 жінок репродуктивного віку з хронічними ЗЗЖСО (основна група) та 20 здорових жінок, що становили контрольну групу. Методи дослідження – бактеріоскопічний, бактеріологічний, імунофлуоресцентний, імуноферментний, статистичний.

При порівнянні мікроцинозу піхви у жінок контрольної та основної групи встановлено, що у 18 жінок (90 %) контрольної групи у виділеннях із піхви та цервікального каналу наявні лактобактерії, яких не було виявлено у жінок основної групи. Представниками умовно патогенної флори у жінок контрольної групи у 2 випадках (10 %) були дріжджоподібні гриби роду *Candida*. Зі 100 жінок основної групи лише у 10 (10 %) ($p < 0,05$) до складу мікрофлори піхви та цервікального каналу належали умовно патогенні мікроорганізми. Це золотистий стафілокок – *Staphylococcus aureus* – 6 випадків (60 %), ешерихії – *Escherichia coli* – 2 випадки (20 %), дріжджоподібні гриби роду *Candida* – *Candida albicans* – 7 випадків (70 %), коринебактерії – *Corynebacterium* – 2 випадки (20 %), гарднерели – *Gardnerella vaginalis* – 6 випадків (60 %) ($p < 0,05$). Наявність 23 штамів у 10 жінок свідчить про одночасну персистенцію кількох мікроорганізмів, відсутність лактобактерій – про порушення мікроцинозу піхви за відсутності патогенної мікрофлори. У решти 90 (90 %) жінок виявлялися асоціації патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів. Серед представників патогенної флори найчастіше виявлялися трихомонади – *Trichomonas vaginalis* – 82 випадки (82 %) ($p < 0,05$), грам негативні диплококи, морфологічно схожі на гонокок – 44 випадки (44 %) ($p < 0,05$), дещо рідше хламідії – *Chlamidia trachomatis* – 34 випадки (34 %) ($p < 0,05$), піогенний стрептокок – *Streptococcus pyogenes* – 8 випадків (8 %) ($p < 0,05$). У 20 жінок (20 %) була наявність різних видів папілома вірусної інфекції, у 10 (10 %) – вірусу герпесу ($p < 0,05$).

У жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів до складу мікрофлори піхви та цервікального каналу належать тільки умовно патогенні мікроорганізми у 10 %, у решти 90 % виявлялися патогенні мікроорганізми: *Trichomonas vaginalis* 82 %, грам негативні диплококи, морфологічно схожі на гонокок 44 %, *Chlamidia trachomatis* 34 %, тобто, при запальних процесах статевих органів різної