



локалізації відбуваються порушення мікроцинозу піхви та цервікального каналу, що вказує на необхідність проведення терапії кількома антибактеріальними препаратами.

Юзько О.М.
ТРУБНЕ БЕЗПЛІДДЯ

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

Безпліддя трубного походження (код N97.1 МКХ-10) в структурі жіночого безпліддя складає від 35% до 60%.

Нами проаналізовано 10088 безплідних пар, які звернулися по допомогу в КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» м. Чернівці. Серед загальних причин безпліддя тільки трубний фактор діагностовано в 9,1% подружніх пар, поєднання трубного та чоловічого фактору спостерігалось у 2,05% випадків.

Для діагностики прохідності труб та оцінки їх стану рекомендуються гістеросальпінгографія (ГСГ) або соносальпінгографія (HyCoSy), оскільки вони менш агресивні, економічно ефективні і можуть бути виконані в амбулаторних умовах без анестезії. Жінкам, у яких передбачаються супутні гінекологічні захворювання, повинна бути запропонована лапароскопія з оцінкою прохідності маткових труб і, за необхідності, операція в продовження діагностичної лапароскопії. Лікар повинен бути впевнений, що немає ніякої можливості вагітності безпосередньо перед початком проведення тестів, переважно шляхом виявлення в сечі або сироватці крові ХГЛ. Базова оцінка може включати в себе тестування антитіл до хламідій і проведення туберкульозної полімеразної ланцюгової реакції в ендемічних районах з високим рівнем поширеності даного захворювання.

При виборі методу лікування трубного безпліддя (хірургічна операція або запліднення інвітро (ЗІВ)) слід враховувати вік пацієнтки, оскільки з його збільшенням знижується шанс на вагітність як при хірургії, так і при ЗІВ. Необхідно обстежити подружню пару для виключення ановуляторних розладів і патоспермії, а при їх виявленні перевагу слід віддати ЗІВ. Наявність в анамнезі тазових запальних захворювань, тазової хірургії, позаматкової вагітності або ендометріозу, сумнівні дані ГСГ або HyCoSy обумовлюють перевагу лапароскопії. Слід враховувати готовність операційної бригади провести будь-який вид операції після діагностичної лапароскопії та згоду пацієнтки; точну доопераційну та інтраопераційну діагностику місця, ступеня та виду оклюзії труби, а також спайок для вибору методу операції: лапароскопії або лапаротомії з мікрохірургією; бажання пацієнтів та їх релігійні переконання.

Проблему ефективного лікування трубного безпліддя не можна вважати вирішеною. Реконструктивно-пластичні операції слід рекомендувати молодим пацієнткам із помірним гідросальпінксом за відсутності інших факторів безпліддя. При серйозних пошкодженнях маткової труби, що не підлягають відновленню, рекомендована сальпінгектомія з метою підвищення ефективності програми ЗІВ. Багато авторів рекомендують послідовне використання лапароскопії та ЗІВ, що припускає початкове застосування ендохірургії, а при її безуспішності впродовж 1-2 років після операції – проведення ЗІВ. Однак інші фахівці ставлять під сумнів доцільність хірургічного напрямку в лікуванні трубного безпліддя та рекомендують при будь-яких варіантах ураження маткових труб відразу застосовувати ЗІВ.

Юр'єва Л.М.
ПЕРЕДУМОВИ НИЗЬКОЇ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

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

У останні роки проблема охорони репродуктивного здоров'я населення України не втратила своєї актуальності. Серед причин, які впливають на рівень материнської та перинатальної патології, слід віднести аномальне розташування плаценти АРП, передлежання та низьке її розташування (Радзинський В.Е, 2010). Перинатальна смертність при АРП сягає 22,2-81%, материнська – 2,3-10,1%.

Метою нашого дослідження дослідити особливості перебігу вагітності і пологів в залежності від локалізації плаценти.

Нами проведено ретроспективний аналіз 80 індивідуальних карт вагітної та породіллі у жінок із низьким розміщенням плаценти (основна група). Контрольну групу склали 50 вагітних із нормальним розміщенням плаценти.

Як свідчать результати проведених досліджень, середній вік обстежених жінок основної групи склав $29,2 \pm 2,3$ років, а в контрольній - $23,4 \pm 2,1$ років. Заслужує на увагу те, що 37,5% обстежених основної групи були віком понад 35 років, порівняно з 24,0% ($p < 0,05$) вагітних контрольної групи. При вивченні менструальної функції, нами встановлено що тільки у 40% жінок основної групи спостерігалось становлення менструального циклу до одного року. У 45% обстежених із низькою плацентациєю менструації були нерегулярними, у порівнянні з контролем – 14,0% ($p < 0,05$). У 47,5% вагітних із низькою плацентациєю в анамнезі мали 2 і більше артифіційних абортів. У 26,3% жінок основної групи в анамнезі виявлені самовільні абортів ($p < 0,05$). Тільки у жінок основної групи в анамнезі були оперативні пологи (кесарів розтин – 22,5%, акушерські шипці – 3,8%), у 3% пацієнток основної групи в минулих пологах проводилось ручне відділення плаценти і виділення посліду. У основній групі відсоток передчасних пологів в анамнезі був вищим, ніж у контролі ($p < 0,05$).