

Буковинський державний медичний університет
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Матеріали
науково-практичної Інтернет-конференції
з міжнародною участю



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ПЕРИНАТОЛОГІЇ

м. Чернівці
4-5 квітня 2013 року

вагітності в 2 випадках (20%), другій - у 3 (37,5%). Штучні аборти були в анамнезі у 2 жінок ($5,3 \pm 3,63\%$), штучний аборт і нормальні пологи - у 6 жінок. Мимовільні викидні були в 3 жінок ($7,7 \pm 4,30\%$) при наявності нормальних пологів в анамнезі. В анамнезі лише 3 жінок з позаматковою вагітністю встановлено наявність іншої патології з боку жіночих статевих органів - це кіста яєчника, поліп ендометрію і сідоподібна матка.

Висновки. 1. У жінок з первинним безпліддям майже в однаковій кількості зустрічалися жіноче безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції, трубного походження та іншої природи (урогенітальні інфекції та ендометріоз). При первинному безплідді трубного походження частота оперативних лапаротомних втручань склала 44,4%.

2. При наявності вторинного безпліддя домінуючу частку займало безпліддя трубного походження (81,6%), за кількістю достовірно відрізнялося від безпліддя трубного походження при первинному безплідді ($p < 0,05$).

3. Оперативні втручання передували розвитку первинної позаматкової вагітності у 40%, з них 20% - лапароскопії, при вторинній позаматкової вагітності лапаротомії - 62,5%, лапароскопії - 37,5%, тому лапароскопічні операції не можуть бути єдиним методом лікування позаматкової вагітності.

4. Після проведення лапаротомій позаматкова вагітність спостерігалася у 13 випадках ($59,1 \pm 11,13\%$), лапароскопій - у 5 випадках ($22,7 \pm 12,3\%$) ($p < 0,05$), тому методом профілактики позаматкових вагітностей має бути застосування лапароскопічних операцій при інших втручаннях на органах малого тазу.

Література

1. Венцківський Б. М. Лапароскопічне лікування гострих запальних процесів придатків матки і пельвіоперитонітів із застосуванням озонотерапії / Б. М. Венцківський, В. Г. Жегулович, Л. Н. Семенюк // *Одес. мед. журнал.* - 2001. - № 2 (64). - С. 29-31.

2. Колесник В.Л. Комплексний метод лічення хронического сальпингоофориту / В.Л.Колесник, В.Я.Голота // *Педиатрия, акушерство и гинекология.* -2005. - № 3.

3. Колесник В.Л. Реабілітація репродуктивної функції жінок, страждаючих хроническим сальпингоофорит: дис. ... кандидата мед. наук. : 14.01.0 / В.Л.Колесник. - Киев, 2006.

4. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Минбаев О. А. Оперативная гинекология. - М.: АНТИДОР, 2000.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВАГІТНИХ – СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Тодоріко Л.Д., Бойко А.В.

Кафедра фтизіатрії та пульмонології,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Останніми роками у зв'язку з глобальним почастищенням випадків туберкульозу і підвищенням рівня захворюваності серед жінок молодого віку це питання набуває нової актуальності. Воно охоплює такі основні аспекти: особливості клініки і діагностики туберкульозу у вагітних; лікування туберкульозу у вагітних жінок; вплив туберкульозу на перебіг вагітності і пологів; стан здоров'я дітей, народжених хворими на туберкульоз матерями, профілактика серед них туберкульозу [1].

Збільшення захворюваності на ТБ серед населення позначилося і на збільшенні захворюваності у жінок репродуктивного віку – різко зріс рівень генітального позалегенового туберкульозу, який призводить у значній частині випадків (83%) до первинного і вторинного безпліддя. Особливого занепокоєння на сьогодні викликає туберкульоз геніталій у поєднанні з різноманітним формами опортуністичних інфекцій, які взаємодіють одна одну і вимагають додаткових методів діагностики і лікування. Суттєву проблему створює і поширення хіміорезистентного ТБ, а також поєднання ТБ з ВІЛ-інфекцією і СНІДОм [3].

Найбільший ризик появи або загострення ТБ припадає на першу половину вагітності й останні тижні перед пологами. Перебіг ТБ, що виник під час вагітності чи в післяпологовому періоді, зазвичай, протікає значно тяжче, ніж той, що виявлений до вагітності. Ця відмінність пояснюється ендокринною перебудовою організму жінки в період вагітності та годування дитини, а також обмеженими можливостями в обстеженні і лікуванні. Основним механізмом захисту у жінок, хворих на ТБ, є Т-ланка імунної системи, яка здійснює регуляцію фагоцитозу і лізису мікобактерій туберкульозу (МБТ) макрофагами та контролює протитуберкульозний імунітет. Активізація туберкульозного процесу поєднана зі станом вираженої імуносупресії, що обумовлена не лише кількісною, а й функціональною недостатністю Т-лімфоцитів.

Критичними для жінки є також пологи і післяпологовий період, коли відбувається раптова зміна діяльності організму, гормональних співвідношень. Цьому сприяє також транзиторний імунodefіцит, анемізація, лактація, під час якої мати втрачає білки, жири, вуглеводи. У післяпологовому періоді спалах туберкульозного процесу спостерігається частіше в перші 6 місяців після пологів [4].

ТБ частіше виникає в першій половині вагітності, виявляються різні клінічні форми його, частіше обмежені. Зрідка виявляється і хронічна форма – фіброзно-кавернозний ТБ. Клінічні прояви туберкульозу легень у вагітних жінок відповідають, в основному, типовій клініці відомих форм ТБ у невагітних і значною мірою залежать від своєчасної діагностики процесу, а також від наявності різних факторів ризику: супутні захворювання, алкоголізм, наркоманія, убогість, міграція, контакт із хворими на ТБ. У таких випадках у вагітних жінок і породіль частіше, ніж у невагітних, спостерігаються різні ускладнення - ексудативний плеврит, ТБ гортані, трахеї, бронхів, внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

Визнано, що негативний вплив вагітності виражений лише при активних, особливо занедбаних формах ТБ. При затишних процесах

активізація захворювання спостерігається рідко [2]. Проте існують певні особливості клініки ТБ легень у вагітних. ТБ у вагітних виявляють під час обстеження з приводу скарг на захворювання органів дихання. У перші місяці вагітності ТБ має клінічні прояви, аналогічні проявам у невагітних, але вони часто нашаровуються на симптоми раннього гестозу (слабкість, знижений апетит, нудота, пітливість тощо), що може бути причиною запізненої діагностики. У другій половині вагітності, коли організм пристосовується до нових умов, спалахи ТБ перебігають малосимптомно. Навіть при поширених інфільтративних і деструктивних змінах у легенях зберігається відносно задовільне самопочуття, нормальна температура тіла. Тому важливим є вдумливий аналіз загального стану жінки, дослідження мокротиння на МБТ, за необхідності - рентгенографія органів грудної клітки з екранізацією живота. Туберкульоз нирок у вагітних часто розцінюють як пієлонефрит. Уродинамічні розлади, характерні для вагітності, сприяють розвитку і прогресуванню ТБ нирок і сечовивідних шляхів. Тому при появі лейкоцитурії, протеїнурії, еритроцитурії необхідним є урологічне і бактеріологічне обстеження хворих. ТБ кісток і суглобів зустрічається нечасто, але при його свіжих, нелікованих формах під час вагітності може настати генералізація процесу.

Небезпечними для вагітних і породіль є генералізовані форми ТБ, ураження ЦНС. Клінічні прояви туберкульозного менінгіту у вагітних і склад ліквору відповідає класичним показникам при цьому захворюванні, але початкові симптоми (нудота, блювота, головний біль) деколи розцінюють як гестоз. Міліарний ТБ і туберкульозний менінгіт розвиваються переважно (77 %) у другій половині вагітності або після пологів, і прогноз їх серйозний, хоча за умови своєчасної діагностики і лікування настає одужання [4].

Що стосується результатів додаткових методів дослідження, то шкірні туберкулінові проби під час вагітності не протипоказані і не втрачають свого діагностичного значення. Відмічено навіть більш

виражену чутливість до туберкуліну на фоні вагітності. У ВІЛ-інфікованих жінок туберкулінова анергія можлива лише у разі зменшення кількості CD4+ Т-лімфоцитів нижче 500 мкл-1; анергія настає у вагітних рідше, ніж у невагітних жінок. Зміни гемограми у хворих на ТБ вагітних жінок нашаровуються на відхилення, характерні для вагітності (анемія, прискорення ШОЕ, невеликий лейкоцитоз), тому оцінка їх деколи утруднена. Проте збільшення відсотка паличкоядерних нейтрофілів, поява їх юних форм, еозинопенія і моноцитоз більше властиві ТБ, ніж фізіологічному перебігу вагітності. Часто розвивається гіпопротеїнемія, яка поглиблюється на фоні пізніх гестозів. Основними методами діагностики ТБ залишаються дослідження наявності МБТ у мокротинні та іншому біологічному матеріалі і рентгенологічне обстеження (рентгенографія), яке виконують за наявності клінічних показань у будь-який термін вагітності або після пологів.

Таким чином, проблема туберкульозу і вагітності є актуальною в Україні і спільною для лікарів-фтизіатрів, акушерів-гінекологів, педіатрів. Основною передумовою успішного вилковування хворої жінки, уникнення ускладнень під час вагітності і пологів, а також народження здорової дитини є своєчасна діагностика нових випадків або загострень ТБ у жінок репродуктивного віку і повноцінне лікування вагітних, хворих на туберкульоз. Хіміотерапія змінила прогноз для хворих на ТБ вагітних жінок. Дотримання відповідного режиму, психологічний комфорт, повноцінне збалансоване харчування з достатньою кількістю білків, вітамінів, мікроелементів на фоні повноцінної хіміотерапії є передумовою одужання жінки і доведення вагітності до фізіологічних пологів.

Література

1. Ковганко П. А., Ковганко А. А. О некоторых особенностях беременности и родов у женщин с туберкулезом легких// Матеріали III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України. – К., 2003. – С. 205.

2. Ковганко П. А., Степнова С. В. Клиническая характеристика новорожденных от матерей, больных туберкулезом легких// Пробл. туберкулеза. – 2003. – № 1. – С. 32–35.
3. Кочорова М. И., Семеновский А. Е., Олейник А. И. Клиническая картина генитального туберкулеза при различных формах возбудителя// Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 6. – С. 42–46.
4. Шупик В. І. Вагітність при активному туберкульозі легень/ Тези доповідей VII Всеукраїнського лікарського товариства, Тернопіль, 16–17 травня 2003 р.// Українські медичні вісті. – 2003. – Т. 5. – № 1 (63). – С. 50.

АСОЦІАЦІЯ ІНСЕРЦІЙНО-ДЕЛЕЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ АНГІОТЕНЗИН--ПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ 3 ЗАГРОЗОЮ ВТРАТИ РАННЬОЇ ВАГІТНОСТІ В ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ

Юзько О.М., Булик Т.С.

Кафедра акушерства та гінекології ФПО,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Вивченням ранніх термінів вагітності займається багато науковців, адже пошук та впровадження маркерів фізіологічного та ускладненого перебігу вагітності є тим кроком, без якого не можна сподіватися на суттєвий прогрес у вирішенні сучасних акушерських проблем [1,2].

Скринингові маркери, що попереджують розвиток ускладнень у майбутньому, сприятимуть виявленню жінок, які потребують більш уважного клінічного спостереження за перебігом вагітності та проведенням превентивних заходів до клінічної маніфестації.

Повертаючись до питань формування первинної гемодинамічної підсистеми в ранні терміни вагітності слід зауважити, що адекватність інтезії ворсин хоріону залежить від багатьох ініціальних чинників [1].

РОЗДІЛ II
АНТЕ- ТА ІНТРАНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА

Албота О.М.

Досвід використання трактоцилу (атосібану) при передчасних пологах в клініці пологового будинку №1 м.Чернівці

Бакун О.В., Андрієць О.А., Купчинко В.Г.

Антиоваріальні антитіла при запальних захворюваннях яєчників

Бербець А.М.

Патологія гормональної функції фетоплацентарного комплексу у жінок із загрозою невиношування у ранні терміни гестації

Бирчак І.В.

Особливості загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних зі звичним невиношуванням вагітності

Бирчак І.В.

Характеристика морфо метричних показників плацент вагітних з плацентарною дисфункцією на тлі гіпертензії під час вагітності

Боднарюк О.І., Андрієць О.А., Гуменна К.Ю.

Асоціативні взаємовідношення мікроорганізмів у вмісті порожнини піхви дівчат, хворих на сальпінгофорит на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура

Гошовська А.В., Гошовський В.М.

Оцінка ретроспективного аналізу медичної документації у жінок з невиношуванням вагітності при гіперандрогенії

Гошовська А.В., Гошовський В.М.

Характеристика плацентарної дисфункції шляхом кореляційного аналізу взаємозв'язку між процесами гормональної регуляції та морфологічним станом плаценти

Гресько М.Д., Андрієць О.А., Небоженко Х.М.

Влияние заместительной гормональной терапии на массу тела и углеводный обмен у женщин в постменопаузе

Гресько М.Д., Андрієць О.А., Приймак С.Г.

Профілактика і корекція менопаузальних розладів

Дондюк Юрий

Пути снижения перинатальных потерь в Республике Молдова

Косілова С.Є.

Аналіз перебігу вагітності та функціонального стану плода у жінок з плацентарною дисфункцією

Косілова С.Є.

Вивчення стану компенсаторно-приспосовчих механізмів у вагітних з плацентарною дисфункцією

Кравченко О.В.

Корекція порушеного мікробіоценозу піхви під час вагітності

Кравченко О.В., Куріцип А.В., Гошовський В.М.

Особливості перебігу вагітності у жінок з рубцем на матці, пологи яких закінчились вагінальним шляхом

Ласитіук О. М.

Аналіз причин антенатальної загибелі плода

Маринчина І.М.

Гемореологічні порушення у вагітних із плацентарною дисфункцією, обумовлені гіперандрогенією

Маринчина І.М.

Стан ендокринної функції плаценти у вагітних з гіперандрогенією

Медведь В.И., Дуда Е.М.

Опыт применения препарата Магнерот у беременных с сочетанным гестозом на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы

Моцюк Ю. Б., Генік Н. І., Кінаш Н. М.

Хронічна венозна недостатність при вагітності: оцінка терапевтичних заходів

Ніцович І.Р.

Перинатальні наслідки вагінальних інфекцій

Перащук Ю.С., Стрюков Д.В.

Зміни у фетоплацентарному комплексі у вагітних жінок, хворих на туберкульоз легень

Приймак С.Г., Андрієць О.А.

Цитомегаловірусна інфекція в структурі перинатальних ускладнень

Рак Л.М., Кожарко І.О.

Оптимізація діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок із безпліддям трубного походження

Ринжук Л.В., Ринжук В.Є.

Безсимптомна бактеріурія: функціональна характеристика нирок та ниркового кровотоку при персистенції мікробного збудника в сечі вагітних

Семенюк А.В.

Вплив хірургічних втручань на виникнення позаматкової вагітності

Тодоріко Л.Д., Бойко А.В.

Особливості перебігу туберкульозу у вагітних – сучасний стан проблеми

Юзько О.М., Булик Т.С.

Асоціація інсерційно-делеційного поліморфізму гену ангіотензинперетворюючого ферменту з загрозою втрати ранньої вагітності у жінок із ожирінням

Юр'єва Л.М.

Аналіз результатів ультразвукового моніторингу вагітних із багатолідною вагітністю

Юр'єва Л.М., Вараус В.А.

Досвід прогнозування передчасних пологів з урахуванням результатів тесту «Actim Partus»