

Касімова О.С., Гуцал О.С., Бакун О.В.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІБРОМІОМИ МАТКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

*(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)*

Гіперпластичні процеси матки (ГППМ) утримують лідерство в структурі гінекологічної захворюваності і найчастіше зустрічаються у жінок віком 35-45 років. Тому метою нашої роботи є дослідження факторів ризику виникнення фіброміоми матки у жінок репродуктивного віку. Нами обстежено 35 жінок віком 30-45 років, із них 10 – соматичної патології, 20 жінок віком 30-45 років з фіброміомою матки. Діагноз фіброміоми матки встановлювали на основі ретроспективного аналізу історій хвороб. Встановлено, що фіброміома найчастіше зустрічається у пременопаузальному віці (41-45 років) - 18 (60%) хворих і рідше у більш молодого контингенту жінок (30-35 років) – 6 (20%) хворих. Переважна більшість обстежених хворих скаржилася на ациклічні маткові кровотечі у вигляді метрорагій, менорагій. При цьому болючі місячні відмічені у 80% хворих. Переважна більшість пацієнток мала високий інфекційний індекс (дитячі інфекції, бактеріально-вірусні захворювання). У жінок досліджуваної групи наявне ожиріння I-II ступеня, ІМТ становить  $36,31 \pm 1,82$  кг/м<sup>2</sup>. Кількість вагітностей, пологів і абортів у обстежених жінок суттєво не відрізнялася, проте потрібно відзначити високий індекс абортів (2,4 абортів на одні пологи). Внутрішньоматкову контрацепцію використовували 6 (20%), оральні контрацептиви – 9 (30%) жінок. У всіх жінок спостерігались захворювання серцево-судинної системи, а саме: гіпертонічна хвороба, хронічна ішемічна хвороба серця, вегето-судинна дистонія. У кожній четвертій захворювання гепато-біліарної системи, щитоподібної залози. Значна частина жінок раніше перенесла захворювання жіночих статевих органів, ерозію шийки матки - 12 (40%), запальні захворювання придатків матки - 15 (50%), полікістоз яєчників - 2 (6,67%),

Дейнека С.О., Пікулович Х.С.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ РЕЦЕДИВУЮЧОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

*(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)*

Цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ) у вагітних відноситься до числа найбільш поширених захворювань, що визначають внутрішньоутробне інфікування і акушерську патологію. В останні роки відзначена тенденція до збільшення інфікування вагітних цитомегаловірусом (ЦМВ). У період вагітності ризик інфікування плода становить 30-35%.

Мета роботи - виявлення особливостей клінічних проявів хронічної рецидивної форми ЦМВІ у вагітних.

Обстежено 51 вагітну з обтяженим соматичним та акушерським анамнезом. Діагноз підтверджувався за допомогою виявлення діагностичних рівнів специфічних антитіл (IgM) у сироватці крові за допомогою ІФА у 11 (21,6%) пацієнток, а також визначенням ДНК вірусу методом ПЛР у крові у 3 (5,9%) вагітних, слині у 16 (31,3%) жінок та слизу цервікального каналу у 21 (41,2%) пацієнток. В деяких випадках мало місце поєднання вірусних «маркерів». Також у всіх вагітних за допомогою ІФА визначались високі титри анти-CMV IgG.

Вже на ранніх термінах вагітності (до 12-го тижня) ми помітили високу частоту загострення хронічних соматичних захворювань (в 90,3% випадків). Так, серед патологій шлунково-кишкового тракту частіше відмічались загострення хронічного холецистопанкреатиту (24,6%) і гастродуоденіту (13,9%). З боку сечовивідної системи відмічались загострення хронічного пієлонефриту (17,3%) і циститу (11,6%) з відповідними скаргами та клініко-лабораторними даними. Скарги на підвищення температури (в межах субфебрильної), біль у грудній клітці, сухий кашель з вислуховуванням сухих хрипів і жорсткого дихання при аускультатції дали змогу діагностувати загострення хронічного бронхіту у 11,6% вагітних. Особливістю перебігу загострень соматичних захворювань під час вагітності є не тільки їх висока частота, а й довготривалий перебіг з відсутністю ефекту від терапії, яка застосовувалась раніше.

Більшість скарг пацієнток з ЦМВІ носили неспецифічний характер у вигляді підвищеної роздратованості (77,8%) і стомлюваності (84,0%), субфебрильної гарячки (20,6%), збільшення шийних, пахвинних або підщелепних лімфовузлів (19,6%), а у 14,0% вагітних навіть при лабораторно підтвердженій реактивації інфекції не виявлено жодних клінічних симптомів. Однак у 3 вагітних (5,9%) ми помітили збільшення задньошийних лімфовузлів (до 1,5-2 см в діаметрі, чутливі при пальпації), дрібноплямисті висипи на шкірі живота, грудей, верхніх кінцівках, збільшення печінки (до 13-14 см – 1-й розмір за Курловим) та явища назофарингиту. З боку акушерських ускладнень в першій половині вагітності діагностовано загрозу переривання вагітності (56,8%), ранні гестози (27,7%), бактеріальний вагіноз (17,6%). В другій половині частіше зустрічались загроза передчасних пологів (24,6%), пізні гестози (16,4%) і бактеріальний вагіноз в 13,9% випадків.

Таким чином, проведений нами аналіз свідчить про те, що перебіг ЦМВІ у вагітних характеризується неспецифічними ознаками у вигляді астено-вегетативного, загально-інтоксикаційного синдромів.