

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених



ХИСТ

2015, випуск 17

Всеукраїнський журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора

к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі:

А.М. Барбе

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Чернівці, 2015

Панчошак А.В., Шипчук І.В., Ніцович І.Р.

ЛІКУВАННЯ ТА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ ВАГІТНИХ ПРИ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Ніцович І.Р.)

Актуальність. Цукровий діабет у вагітних ускладнює близько 9,3% загальної кількості пологів та вагітності. У вагітних з цукровим діабетом (ЦД) великий відсоток розвитку гестаційних ускладнень пов'язаних з розвитком гострого піелонефриту, який виникає внаслідок порушення місцевого кровообігу в нирках, спричинено діабетичною нефропатією.

Мета. Аналіз перебігу вагітності у жінок з піелонефритом, що виник на фоні ЦД, після проведення відповідного лікування.

Матеріали та методи. Нами проведений аналіз 40 історій пологів жінок КМУ «Міський клінічний пологовий будинок №1» м. Чернівці, у яких було діагностовано гострий піелонефрит. Середня тривалість ЦД - $7,9 \pm 1,7$ року. Усі обстежені розділені на дві групи: основну – 28 жінок та співставлення - 12 жінок. У основній групі додатково до базисного антибактеріального лікування застосували внутрішньотканинний електрофорез (ВТЕ) (1 підгрупа – 15 жінок) і поєднаний ВТЕ з гіпербаричною оксигенацією (2 підгрупа – 13 жінок). Жінки з групи співставлення лікувалися за традиційною схемою.

Результати досліджень. Серед 40 жінок загроза переривання вагітності в різні терміни спостерігалася у 9 (22,5%), ранні гестози - у 13 (32,5%), анемія вагітних - у 35 (87,5%). При бактеріологічному дослідженні сечі було виявлено різні асоціації мікроорганізмів: Staph.epiderm.- 11 (27,5%), Staph. aureus -15 (37,5%), Candida – 13 (32,5%). Після перших 7 днів лікування загальний аналіз сечі нормалізувався у 8 (53,3%) пацієнток 1-ї підгрупи і у 10 (76,9%) 2-ї підгрупи. У групі співставлення цей показник нормалізувався на 13-14 добу. При повторному бактеріологічному дослідженні було виявлено, що у хворих з 1-ї підгрупи зникнення патогенної мікрофлори наступала на 11 добу, у 2-ї – на 9 добу, а у 6 жінок (50%) з групи співставлення – на 15 добу. Відсоток патологічних пологів в основній групі скоротився на 14,4%. Покращення стану плодів у жінок основної групи наставало в середньому на 6-8 дів раніше.

Висновки. Фізіотерапевтичні методи лікування є ефективними при лікуванні даної патології. Застосування цих методів сприяє зниженню бактеріального обсіменіння, сприятливо впливає на перебіг вагітності та знижує рівень перинатальних ускладнень.

Патрабой В.В.

ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) є частим ускладненням вагітності. Згідно літературних даних, в 1-2% вагітних спостерігаються бактерурії з вираженою симптоматикою, проте 2-13% вагітних мають безсимптомну бактерурію. Інфекції сечовивідних шляхів часто спричиняють такі ускладнення, як гестаційний піелонефрит, синдром затримки росту плода, передчасні пологи і навіть антенатальну загибель плода. Своєчасне виявлення та лікування симптомних ІСШ і безсимптомних бактерурій є запорукою сприятливого завершення вагітності, тому на сьогодні залишається актуальним питання пошуку раціональної антибактеріальної терапії у вагітних.

Як відомо, препарати пеніцилінового ряду, зокрема амокцицилін, є препаратами вибору при лікуванні інфекцій сечових шляхів у вагітних. В численних дослідженнях при проведенні аналізу їх впливу на плід не було виявлено збільшення частоти вроджених вад. Дані Michigan Medicaid свідчать, що серед 8538 новонароджених, які зазнали впливу амокцициліну протягом першого триместру, спостерігалися 317 (3,7%) тяжких вроджених вад, що в межах середньостатистичних даних у популяції.

Цефалоспорины - альтернативні антибіотики для лікування інфекцій сечових шляхів. Цефалексин є одним з найбільш часто вживаних пероральних цефалоспоринів. У спостереженнях Michigan Medicaid 4,9% новонароджених під впливом цефалексину мали вроджені вади розвитку. Результати угорського дослідження не підтвердили тератогенних властивостей цефалексину.

Фторхінолони також часто призначають для лікування інфекцій сечовивідних шляхів, проте у вагітних застосування фторхінолонів протипоказане. На основі існуючих даних, несприятлива дія фторхінолонів полягає в ураженні опорно-рухового апарату плода, виникненні спонтанних абортів, невиношування, затримці внутрішньоутробного розвитку.

Проведені широкі дослідження дії нітрофуранів під час вагітності та не відзначено підвищення частоти виникнення вад розвитку. Препарат теоретично може викликати гемолітичну анемію у плода, особливо при недостатності глюкозо-6-фосфат-дегідрогенази.

Триметоприм-сульфаметоксазол широко використовуються для лікування інфекцій сечових шляхів. Сульфаніламід, як група, не мають тератогенної дії, однак, триметоприм є антагоністом фолієвої кислоти та його використання протягом першого триместру часто викликає вади розвитку нервової трубки та вроджені вади серця. Згідно даних Motherisk триметоприм протипоказано застосовувати під час першого триместра. Існує ризик виникнення на фоні застосування сульфаніламідів жовтяниці. Комбінації триметоприм-сульфаметоксазол слід уникати після 32 тижнів гестації.

Висновок: інфекції сечовивідних шляхів під час вагітності можуть призвести до серйозних наслідків як для плода, так і для вагітної. Застосування антибіотиків для їх лікування пов'язане з підвищеним ризиком виникнення вроджених вад. Так застосування препаратів, що містять триметоприм не рекомендується під час першого триместру вагітності, сульфаніламідів - перед пологами.

Кенжаева У.Н. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	21
Кміть Н.В., Бербець А.М. ЗМІНИ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ	22
Ковальчук М.К. МОЖЛИВОСТІ КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ	22
Ковтун Т.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ	23
Колібаба С.В. ПРЕНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЛОДА В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ	23
Коцюбійчук З.Я. СТАН ГОРМОНАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ	24
Павлів О.В., Лисик Л.І. ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ	24
Мигалатюк О.В. РОЛЬ АСОЦІАЦІЙ МІКРООРГАНІЗМІВ У РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕНІТАЛЕЙ, ПОЄДНАНИХ З УРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ	25
Накладюк У.М. ПРОБЛЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ	25
Насимова Н.Р. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НЕПОЛНЫМ ВЫПАДЕНИЕМ СТенок ВЛАГАЛИЩА	26
Невмержицька Ю.М., Ігнатюк В.Ю., Пронич Х.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОГО ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З АНЕМІЄЮ	26
Нестерова Ю.О. АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНОГО ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ	27
Николайчук Р.П. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВІДНОВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК ПІСЛЯ САМОВІЛЬНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ	27
Семеняк А.В., Обезюк В.С. РОЛЬ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У ГЕНЕЗІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ	28
Орішко О.Я. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ТЕРЖИНАН У ЯКОСТІ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ	28
Підручняк Д.Б., Приймак С.Г. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ	29
Павликівська Г.І., Сучеван А.Г., Гошовська А.В. ДІАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ	29
Панчочак А.В., Шипчук І.В., Ніцович І.Р. ЛІКУВАННЯ ТА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ ВАГІТНИХ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ	30
Патрабой В.В. ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ	30
Печеряга Д.М., Печеряга С.В. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ ІЗ АНОМАЛЬНИМ РОЗМІЩЕННЯМ ПЛАЦЕНТИ	31
Печеряга Д.М. ХАРАКТЕРИСТИКА ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ВАГІТНИХ З НИЗЬКОЮ ПЛАЦЕНТАЦІЄЮ	31