



**Кравченко О.В.**

## **ПЕРЕВАГИ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ ЗМІШАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Буковинський державний медичний університет*

В сучасних умовах спостерігається неухильне зростання запальних захворювань жіночих статевих органів. В структурі гінекологічної захворюваності все більшого значення набувають змішані інфекції. Так, в етіології неспецифічного вульвовагініту моноінфекції складають 44,6%, змішані – 55,4%. Щорічно також збільшується кількість запальних процесів, які мають довготривалий рецидивуючий перебіг. В останнє десятиліття зростає роль умовно-патогенної флори як етіологічного чинника запальних захворювань.

При неспецифічному вульвовагініті в 78% випадків висівається 2 і більше збудників. Клінічні рекомендації з лікування неспецифічного вульвовагініту змішаної етіології в даний час відсутні. За літературними даними, рекомендовано застосовувати комплексні препарати широкого спектру дії.

Метою нашого дослідження було визначити ефективність місцевої терапії неспецифічного вульвовагініту змішаної етіології. Нами використаний антисептичний вагінальний гель Гінодек, який містить 0,02% декаметоксину, 0,5% гіалуронової кислоти, лактатний буфер. Завдяки властивостям діючих речовин, що входять до його складу препарат є високоефективним по відношенню до основних збудників запальних захворювань органів малого тазу, мінімально впливає на стан нормального біотопу піхви, а також немає обмежень в застосуванні.

Хворим (35 жінок) з верифікованою вульвовагінальною інфекцією змішаної етіології препарат призначався інтравагінально по 5 мл 1 раз на добу 7 днів. Ефективність лікування оцінювалась за даними клінічного та лабораторного обстеження до і після лікування. Після закінчення терапії скарг не було у 97,1% обстежених, об'єктивна симптоматика в 100% випадків була відсутня на 7 день лікування. При бактеріологічному обстеженні через 2 тижні підтверджена ефективність терапії у 94,3% жінок, лактобактерії в кількості  $10^7$  КУО/мл виявлені після проведеної терапії у 85,7% обстежених. Побічних ефектів при використанні вагінального гелю не спостерігалось.

Таким чином, локальна терапія зарекомендувала себе як ефективна, перевагами її є: відсутність системного впливу на організм, швидке потрапляння у вогнище інфекції та швидка дія, мінімальний ризик розвитку побічних реакцій, простота і зручність застосування, відсутність протипоказів (крім індивідуальної непереносимості).

**Маринчина І.М.**

## **ХАРАКТЕР КРОВОПЛИНУ В СПІРАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ В ДИНАМІЦІ ГЕСТАЦІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Буковинський державний медичний університет*

Результати дослідження показали, що формування внутрішньоутробного страждання закладається в ранні терміни гестації. У зв'язку з цим важливим є неінвазивне дослідження ендометрію в період імплантації бластоцисти. Провідну роль в патогенезі ПД відіграють порушення матковоплацентарного кровообігу. Патологічні зміни в спіральних артеріях відіграють первинну роль в патогенезі розвитку ПД, проявляються відсутністю або неповними гестаційними змінами, які призводять до звуження їх просвіту. Сповільнення кровотоку в спіральних артеріях і міжворсинчастому просторі призводить до зниження газообміну між кров'ю матері та плода і лежить в основі СЗРП.

Визначити у жінок з ПД стан кровотоку в спіральних артеріях в динаміці вагітності, на підставі чого розробити нові діагностичні та прогностичні критерії стану плода та новонародженого.

Основну групу нашого дослідження склали вагітні в терміни від 5 до 12 тижнів вагітності з низьким розташуванням хоріону. Контрольну групу склали вагітні тих самих



термінів гестації з нормальним розташуванням хоріону. Дослідження проводилися в 5-8 та 9-12 тижнів вагітності. Основними методами нашого дослідження були ультразвуковий та доплерометричний.

За допомогою доплерометричних досліджень були отримані спектри кривих швидкостей кровоплину в правій і лівій МА, СА, які доставляють кров безпосередньо до ворсинчастого хоріону. Аналізуючи швидкості кровотоку в МА, ми бачимо, що в правій МА пульсова систолічна швидкість та пікова швидкість в основній групі була достовірно нижчою порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ), відповідно:  $49,1 \pm 2,1$  см/с;  $18,9 \pm 1,3$  см/с. В лівій же МА при низькій плацентациї відмічається достовірне підвищення показників судинного опору (ІР -  $1,2 \pm 0,08$ , ІІ -  $1,8 \pm 0,18$ ), а також достовірне зниження швидкостей кровотоку (СДШ -  $5,3 \pm 0,6$  см/с) у порівнянні з вагітними з нормальним розташуванням хоріону. Можливо, це потрібно розцінити як неблагоприємну прогностичну ознаку у зв'язку із зменшенням надходження крові в СА і далі, в міжворсинчастий простір. В СА всі індекси резистентності (СДС -  $3,9 \pm 0,3$ , ІР -  $3,0 \pm 0,3$ , ІІ -  $1,1 \pm 0,08$ ) у вагітних з низьким розміщенням хоріону в 5-8 тижнів вагітності були вищі у порівнянні з контролем – СДС -  $3,0 \pm 0,3$ , ІР -  $0,58 \pm 0,03$ , ІІ -  $1,1 \pm 0,08$ , а швидкості кровоплину – нижчі порівняно із групою контролю ( $p < 0,05$ ). При оцінці показників доплерометрії в СА при дослідженні в 9-12 тижнів вагітності в основній групі відмічені високі показники периферичного опору, що відповідно склали СДС -  $3,1 \pm 0,4$ ; ІР  $0,64 \pm 0,05$ ; ІІ -  $1,1 \pm 0,11$  у порівнянні з контролем ( $p > 0,05$ ). Зниження швидкостей кровоплину найбільш суттєві у СА у 9-12 тижнів гестації, що проявляється достовірним зниженням ПСШ -  $48,2 \pm 1,7$  см/с, КДШ -  $25,4 \pm 1,4$  см/с, СДШ -  $24,2 \pm 1,4$  см/с, у вагітних із низьким розміщенням хоріону порівняно із контрольною групою, ( $p > 0,05$ ).

В СА показники судинного опору в основній та контрольній групах більш низькі порівняно з МА. Подібні зміни вказаних показників вказують на недостатню ефективність першої хвилі інвазії трофобласта, неповноцінну гестаційну трансформацію ендометріальних сегментів СА, що слід розглядати як ранню несприятливу прогностичну ознаку виникнення ПД у жінок із низьким розташуванням хоріону.

**Печеряга С.В.**

## **ПРОФІЛАКТИКА ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ НИЗЬКІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Буковинський державний медичний університет*

Не дивлячись на значні успіхи в області профілактики та лікування плацентарної дисфункції (ПД), дана проблема не втрачає своєї актуальності і продовжує залишатися однією із найважливіших в сучасному акушерстві. Результати досліджень свідчать, що низька плацентация в малих термінах призводить до значних порушень гомеостазу у вагітних жінок і розвитку плацентарної дисфункції. При цьому, зокрема, патологічні зміни стосуються синтезу гормонів та білків зони вагітності у децидуально-трофобластичному комплексі. При аномальній плацентациї в І триместрі гестації змінюються як абсолютні концентрації гормонів, так і відбувається збільшення частоти патологічних реакцій гормональної адаптації.

Базуючись на тому, що розлади гормонопродукуючої функції трофобласту/плаценти при аномальній плацентациї відмічалися саме з ранньої стадії гестації, був розроблений лікувально-профілактичний комплекс, дія якого спрямована на покращення вище означених змін та профілактику розвитку первинної плацентарної дисфункції (ПД).

Під нашим спостереженням було 119 вагітних із низьким розташуванням хоріону. Основна група - 64 вагітних із низьким розташуванням хоріону, яким проводилася профілактика дисфункції плаценти з ранніх термінів гестації розробленим нами комплексом медикаментозних засобів, друга група контрольна - 55 жінок із низькою плацентациєю, яким не проводилася профілактика ПД з ранніх термінів гестації. З метою профілактики ускладнень у І триместрі гестації при низькій плацентациї, нами запропоновано використання