



Бирчак І.В.
**ОСОБЛИВОСТІ ОБ'ЄМУ ТА СУДИННОГО КОМПОНЕНТУ ХОРІОНА В РАННІ ТЕРМІНИ
ВАГІТНОСТІ**

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

Останніми роками все більшу увагу вчених та клініцистів привертають аспекти формування та функціонування системи мати-плацента-плід, починаючи з моменту імплантації плідного яйця, інвазії цитотрофобласта та наступної трансформації спіральних артерій. На сьогодні переконливо доведено, що внутрішньоутробне страждання плода починає формуватися в ранні терміни гестації, коли стан ендометрія жінки зумовлює неповноцінне формування ембріона і позазародкових утворень, в першу чергу, плаценти та плацентарного ложа.

З введенням у клінічну практику тривимірних ультразвукових діагностичних технологій з'явилася можливість неінвазивної об'ємної реконструкції хоріонального і плацентарного кровотоку. Проте досі не розроблені діагностичні критерії порушень об'ємного плацентарного кровотоку при різних нозологіях, які в перспективі дозволили б проводити ранню діагностику стану матково-плацентарно-плодового комплексу та початкових форм антенатального страждання плода, домогтися зниження перинатальної захворюваності і смертності гіпоксично-ішемічного генезу. Тому представляється актуальною розробка критеріїв відбору пацієнток групи ризику з розвитку ускладненого перебігу вагітності, починаючи з I триместру гестації.

Проводилось ультразвукове сканування з об'ємною реконструкцією та вивченням хоріонального кровотоку за допомогою програм VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis) 3D здоровим вагітним у терміні 6-8 та 12-13 тижнів гестації. Визначали об'єм хоріону та показники об'ємного кровотоку з визначенням індексу васкуляризації (VI) та індексу кровотоку (FI).

Проведені нами дослідження відображають закономірності формування судинного компонента хоріона за умов фізіологічної вагітності. Оскільки принциповими у розвитку плаценти є формування вторинних ворсин (до 8 тижнів) та котиледонів (12-13 тижнів) ультразвукове дослідження з визначенням об'єму хоріона, індексу васкуляризації та індексу кровотоку проводилося саме в ці терміни. Як показав аналіз гістограм у здорових вагітних з прогресуванням вагітності (6-12 тижнів) відбувається поступове збільшення об'єму хоріона від 1,82 до 73,94 см³. Середній об'єм хоріона у жінок контрольної групи у 6-8 тижнів становив 11,76±1,3 см³, у 12-13 тижнів 72,28±4,7 см³. З метою відображення відсоткового вмісту судинних елементів у певному об'ємі плацентарної тканини проводилось вивчення індексу васкуляризації (VI). Слід зазначити, що у здорових вагітних спостерігалось поступове його зростання. У терміні гестації 6-8 тижнів індекс васкуляризації становив 16,58±1,75, у 12-13 тижнів – 20,56±1,55. Індекс кровотоку, який відображає кількість клітин крові, що транспортуються в момент дослідження, тобто інтенсивність кровотоку (FI) в I триместрі вагітності також поступово збільшувався і становив: у 6-8 тижнів – 33,96±1,1; у 12-13 тижнів – 40,54±2,9.

Таким чином, використання 3-D доплерометрії з визначенням об'єму хоріона, індексу васкуляризації та індексу кровотоку в 6-8 та 12-13 тижнів вагітності демонструє закономірності формування судинного компонента хоріона за умов фізіології у I триместрі гестації. Приблизно до 12-13-го тижня відбувається поступове зростання об'єму хоріона, індекс васкуляризації та індекс кровотоку також поступово збільшуються, що свідчить про зростання судинного компонента та інтенсивності кровотоку в паренхімі хоріона.

Боднарюк О.І., Андрієць О.А.
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ДІВЧАТ

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

Серйозною проблемою у дівчат-підлітків залишаються запальні процеси статевих органів, широке розповсюдження яких у світі вивело їх у ранг актуальних завдань акушерства і гінекології, бо саме вони призводять до порушення функцій багатьох органів і систем жіночого організму. Наприклад, у США запальні захворювання статевих органів є причиною 2,5 млн візитів до лікаря, 200 тис. госпіталізацій та 100 тис. хірургічних втручань.

Лібералізація статевих відносин серед молоді на тлі низького рівня їх статевої культури – одна з причин поширення трансмісивних інфекцій, які спричинюють різні порушення репродуктивного здоров'я. У сексуально активних дівчат частота запальних захворювань статевих органів у три рази вища, ніж в одностатевих, які не мають статевих відносин. Тому інфекції, які передаються статевим шляхом (хламідіоз, мікро-уреаплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві кондиломи) та переважають за частотою поширення, різноманітністю клінічних проявів і важкістю ускладнень, потребують подальшого поглибленого вивчення.

Обстеження дівчат, хворих на вульвовагініт проводилось на клінічній базі кафедри акушерства та гінекології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) в міському клінічному пологовому будинку № 1 м. Чернівці, Чернівецькій міській дитячій поліклініці, Чернівецькій обласній дитячій лікарні, Чернівецькому обласному медичному діагностичному центрі.



Від батьків дівчат отримано письмову згоду на участь дітей у клінічних дослідженнях. Формуляр інформованої згоди пацієнта і карта обстеження пацієнта схвалені комісією з питань біомедичної етики БДМУ (м. Чернівці). Для всебічної оцінки стану здоров'я обстежених дівчат було зібрано й проаналізовано дані про особливості перебігу вагітності й пологів їх матерів, а також дані про їх соціально-побутові умови та соціальний статус. З'ясовували також інформацію про час появи менархе, особливості періоду становлення менструальної функції, характер менструацій. З вивчених клінічних проявів найбільш частими скаргами у дівчат, хворих на вульвовагініт, були патологічні виділення з піхви, різномалітні за своїми ознаками – кількістю, кольором, запахом, густиною, що було характерно для відповідного збудника запалення та його асоціацій, – дизуричні розлади, загальна слабкість та підвищення температури тіла.

У результаті ретельного клінічного аналізу встановлено, що соціальні та матеріально-побутові умови проживання обстежених пацієнток основної групи були такими, що потребували покращання; значною мірою на це впливала повноцінність / неповноцінність сім'ї. Паритет пологів у матерів не мав впливу на розвиток запального процесу додатків матки в дівчат. Проте наявність у матерів дівчат основної групи генітальної інфекції під час вагітності доводить наявність «перинатального сліду» в пацієнток, хворих на вульвовагініт.

Булик Т.С.

ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ У ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ

*Кафедра акушерства та гінекології
Вищого державного навчального закладу
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми «вагітність та ожиріння» характеризується розвитком гестозів, невиношуванням, аномаліями пологової діяльності, акушерським травматизмом та перинатальною патологією у 2-3 рази частіше, ніж у жінок без надлишкової маси тіла. У зв'язку з цим, ожиріння являє собою фактор ризику як для матері, так і для плода.

Метою нашого дослідження було проаналізувати структуру акушерських ускладнень у вагітних з ожирінням. Для цього було відібрано 100 історій пологів жінок з ожирінням за 2016 рік з архівного матеріалу КП МПБ№1.

У більшості жінок (68%) в анамнезі були пологи. Приблизно половина (48%) із них носили фізіологічний характер і зустрічались достовірно частіше у жінок з I ступенем ожиріння. Характерним є те, що діти з вагою понад 4000г народжувались у жінок з II-III ст. ожиріння. У 12 % серед повторновагітних попередня вагітність завершилась штучним абортom.

Аналіз перебігу вагітності у пацієнток з ожирінням виявив певні закономірності: у I триместрі у жінок з ожирінням III ступеню ранній гестоз та загроза переривання вагітності діагностовано в 2 рази частіше, ніж у пацієнток з I-II ст. ожиріння. В II триместрі маніфестація преєклампсії відмічена у 32% пацієнток, слід зауважити, що у всіх діагностовано легку ступінь гестозу і переважно у жінок з II-III ст. ожиріння. Частота діагностування загрози переривання вагітності не залежала від ІМТ і склала 18% . З приводу загострення хронічного пієлонефриту 6 жінок отримували лікування в умовах відділення патології вагітності. III триместр характеризувався високою частотою госпіталізацій з приводу гестозу. Більшу частину з них становили вагітні з II-III ст. ожиріння (39%).

Приблизно з такою ж частотою діагностувалась плацентарна дисфункція (38%), причому загрозовим є факт прогресивного збільшення долі затримки внутрішньоутробного розвитку плода в залежності від ІМТ. Загроза передчасних пологів частіше діагностувалась у жінок з I ст. ожиріння (15%).

Більшість вагітних з ожирінням були пологорозрішені в доношений термін. Передчасних пологів не реєструвалося. Насторожує той факт, що у жінок саме з III ст. ожиріння (3%) було зафіксовано запізнілі пологи. Шляхом кесарського розтину було пологорозрішено 22 %. Допологове вилиття навколоплідних діагностовано у жінок з III ст. ожиріння в 2 рази частіше, а аномалії пологової діяльності в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з I-II ст. Аналіз перинатальних наслідків показав, що жінки з ожирінням III ст. мають більший ризик розвитку не тільки ускладнень вагітності, а й перинатального неблагополуччя. У пацієнток з ожирінням III ст. частіше зустрічається дистрес плода в 3 рази, а ішемічно-гіпоксичне ураження ЦНС плода у 3,5 рази, що стало приводом для переведу новонароджених до профільних лікувальних закладів.

Проведений нами аналіз підтвердив, що ожиріння є несприятливим тлом для розвитку фізіологічної вагітності і слід відносити вагітних до групи підвищеного ризику щодо розвитку акушерських ускладнень.

Гошовська А.В.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ГРУП В ПЕРІОД РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»*

Згідно поставленої мети було проведено клініко-лабораторне та мікробіологічне обстеження 67 жінкам віком від 19 до 46 років. Основну групу склали 37 жінок з ознаками запальних захворювань жіночих статевих органів, контрольну групу склали 30 жінок практично здорові.