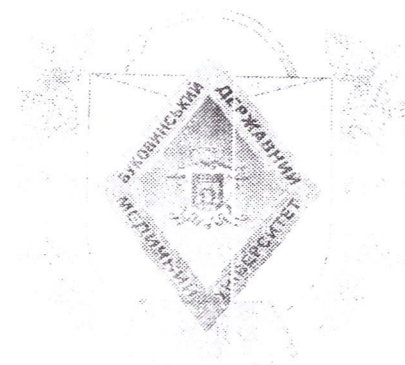


Годурич

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



МАТЕРІАЛИ

93 – І

підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ

14, 15, 20 лютого 2012 року

АМГФ виявлено, що середній вміст даного білка в 12-13 тижнів вагітності більший як у контрольній групі, так і в групі корекції, порівняно з групою з традиційною терапією ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Показники гормонів крові у вагітних із невиношуванням у I триместрі гестації (M±m)

	Кортизол, нмоль/л		Естрадіол, нмоль/л		Прогестерон, нмоль/л	
	6-8 тиж.	12-13 тиж.	6-8 тиж.	12-13 тиж.	6-8 тиж.	12-13 тиж.
Група корекції (n=25)	577,08±36,27*	646,57±30,84*	11,33±0,60*	17,45±1,08*	68,15±2,32**	119,79±3,63**
Група з традиційним лікуванням (n=24)	489,65±31,85*	513,23±36,36*	12,09±1,36	14,49±1,92	98,43±6,30	102,31±6,87*
Контрольна група (n=30)	336,34±16,08	343,35±25,16	9,78±0,22	11,78±0,46	108,90±3,90	128,85±3,74

Примітка. * - різниця показників вірогідна порівняно з контролем, ** - різниця показників вірогідна порівняно з групою з традиційним лікуванням

Таблиця 2

Рівень білків вагітності в сироватці крові вагітних із невиношуванням у I триместрі гестації (M±m)

	Грофобластичний 3-глікопротеїн, нг/мл		а-2-микроглобулін фертильності, нг/мл	
	6-8 тиж.	12-13 тиж.	6-8 тиж.	12-13 тиж.
Група корекції (n=25)	87,58±5,91*	244,50±16,47**	17,58±1,36**	77,87±5,35**
Група з традиційним лікуванням (n=24)	83,30±9,56*	130,55±16,07*	29,05±4,60	23,14±5,02*
Контрольна група (n=30)	186,50±13,66	569,33±12,51	19,87±2,14	96,30±4,04

Примітка. * - різниця показників вірогідна порівняно з контролем, ** - різниця показників вірогідна порівняно з групою з традиційним лікуванням

З групи корекції всі 48 жінок народили в термін. У 6 жінок із групи, що отримувала традиційну корекцію, відбулися самовільні викидни в терміні гестації 14-21 тижнів. Після термінових пологів проводили патоморфологічне дослідження плаценти (III Д). Діагноз "дисфункція" плаценти виставлявся на основі наявності в тканині посліду потовпнення сплоснених мембран, дифузного стромі ворсин та зменшення кількості ермінальних ворсин. За результатами ПГД вказаний діагноз було виставлено у 3 вагітних з 48 (27,08±6,41%) з групи корекції і у 27 жінок з 42 (64,29±7,39%) в групі з традиційною терапією невиношування малых термінів ($p < 0,05$). Таким чином, запропонована нами терапія невиношування вірогідно знижує частоту розвитку дисфункції плаценти в пізніших термінах вагітності.

Бознарчук О. І., Андрієв О. А.

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ САЛЬПІНГОООФОРИТАМИ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА СЕЧОВОГО МІХУРА

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології Буковинський державний медичний університет

За даними МОЗ України запальні захворювання жіночої статевий системи складають 60-65% від усіх гінекологічних захворювань, а серед ЗЗОМТ запалення маткових труб та яєчників складають 79,6%.

На сьогодні відомо, що нормальний розвиток і функціонування репродуктивної системи дівчат-підлітків відбувається за умов тісної взаємодії з імунною та ендокринною системами. Зокрема імуноглобуліни класу А відіграють важливу роль у захисті слизових оболонок сечостатевої системи. Секреторний імуноглобулін активує комплемент і стимулює фагоцитарну активність у слизових оболонках.

В динаміці лікування сальпінгооофоритів на тлі запальних захворювань нірок та сечового міхура у дівчат-підлітків та через 1 місяць після лікування ми дослідили динаміку змін рівня секреторного імуноглобуліна А (slgA) в піховому секреті. Першу групу склали 26 дівчат, які отримували запропоновану нами протизапальну терапію; у II групу ввійшла 21 дівчина, які отримували загальноприйнятий комплекс протизапальної терапії, контрольну - III групу склали 25 дівчат без порушень функцій сечостатевої системи.

Зміни концентрації в піховому секреті slgA, який є неспецифічним показником патологічного процесу, переважно запального характеру свідчили про активність цього процесу. До початку лікування в порівнянні з контрольною групою рівень slgA у пацієнток I групи був вищим у 8,9 раза, а у пацієнток II групи - у 9,8 разів у порівнянні з контрольною - (III) групою.

Показники рівня slgA у вмісті піхви обох досліджуваних груп суттєво не відрізнялись. На 14 день після закінчення курсу терапії концентрація slgA в I групі дівчат знижувалась у 2,23 ($p < 0,001$) рази від вихідного рівня до початку лікування, а у групі дівчаток, які отримували загальноприйнятий комплекс лікування (II група), показник знижувався у 1,74 ($p < 0,01$) рази. Рівень slgA у пацієнток із загальноприйнятим лікуванням (II група) залишався у 1,42 рази вищим, ніж у дівчат I групи.

Таким чином прослідковувалась чітка тенденція до швидкої нормалізації рівня slgA у піховому вмісті у дівчат із запропонованим комплексом лікування, що є підтвердженням ефективності запропонованої нами терапії.

Булук Т. С.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології Буковинський державний медичний університет

Беззадня значущість проблеми ожиріння визначається загальною інвалідністю пацієнток молодого віку, зниженням загальної тривалості життя на 7-10 років, збільшенням смертності після 40 років у два рази в зв'язку з розвитком важких судинних захворювань, емфиземи легень, артеріальної гіпертензії, ІХС, онкологічних захворювань. За таких як цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія, ІХС, онкологічні захворювання. За даними статистики, в світі частота ожиріння серед вагітних коливається від 12 до 28% й не має тенденції до зниження. Актуальність проблеми "вагітність та ожиріння" характеризується розвитком гестозів, невиношуванням, аномаліями плодової 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 пологових жінок з ожирінням за 2011 рік з архівного матеріалу ПБМБ. Вік вагітних склав від 22 до 41 року і в середньому 30-34,4 роки). Було відмічено, з ступенем прееклампсії ожиріння залежно від ступеня діагностовано в 3 рази частіше, а захворювань сечостатевої системи - у 5 разів частіше. Менструальний цикл у більшості пацієнток був регулярний (83%). Нерегулярний менструальний цикл в анамнезі відмічений у жінок з I-II ступенем ожиріння. Найбільш поширеними гінекологічними захворюваннями серед пацієнток була ектопія шийки матки (46%), кистити різної етіології (36%). У жінок з II-III ступенем ожиріння частіше була діагностована міома матки (10%), причому ці вагітні були старші 30 років. У двох жінок було виявлено вторинне непліддя. Трьом жінкам було діагностовано первинне непліддя. У всіх п'яти жінок вагітність носила індукований характер.

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 повторно вагітних попередня вагітність завершилась штучним абортom.

Аналіз перебігу вагітності у пацієнток з ожирінням виявив певні закономірності. В 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