



типovým було також порушення синхронного розвитку сполучнотканинного і капілярного компонентів стромы: хоріальні ворсини нерівномірно повнокровні, у їх стромі часто визначалися клітини Гофбауера з примітивними вузькими капілярами в центрі. В хаотично склерозованих ворсинах переважали активні фібробласти і колагенові волокна, які стискали капіляри ззовні до повного їх закриття. Все це значно знижує трофічну та інші функції плаценти.

Никифор Л.В., Рак Л.М.*

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМІОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Кафедра сімейної медицини

*Кафедра акушерства та гінекології**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Сьогодні для діагностики внутрішньоматкової патології на особливу увагу заслуговують пацієнтки з ендометріозом. Огляд останніх літературних публікацій показав досить активне дослідження проблеми діагностики та лікування зовнішнього генітального ендометріозу та недостатнє приділення уваги діагностиці та лікуванню аденоміозу у жінок з безпліддям.

Проаналізовано результати гістероскопічної діагностики стану порожнини матки та ендометрія 101 жінки з безпліддістю різноманітного генезу. Окрім візуальної оцінки, гістероскопія доповнювалась прицільною біопсією ендометрія з патологічних ділянок та їх гістологічним дослідженням.

Серед різноманітної внутрішньоматкової патології частка аденоміозу склала 7,9 % (діагностований у 8 жінок). I його стадія (за гістероскопічною класифікацією аденоміозу, розробленою Савельєвою Г.М., 1999 р.), діагностована у 7 жінок (87,5 % серед випадків діагностованого аденоміозу), II – у 1 (12,5 %, відповідно). Слід зазначити, що серед жінок з аденоміозом лише в останньому випадку – у 1 пацієнтки з II його стадією, дана патологія була запідозрена за допомогою ехографії ще до проведення гістероскопії – візуалізувались слабо ехогенні ділянки із зазубленістю контурів. Таким чином, діагностика поверхневих форм аденоміозу є досить складною і трудоміскою процедурою. На особливу увагу, на наш погляд, заслуговує перспективний напрямок – мікрогістероскопія, яка передбачає огляд вічка ендометріюдного ходу базального шару ендометрія під збільшенням $\times 100 - \times 200$, оскільки навіть прицільна біопсія ендометрія з ділянок, вражених аденоміозом, не дала чіткої інформації. Так, гістологічна картина супутньої залозистої гіперплазії ендометрія мала місце у 3 жінок, в одному випадку аденоміоз супроводжувався хронічним ендометритом, а в 4 пацієнток гістологічно ендометрій відповідав зворотньому розвитку із секреторної фази менструального циклу при проведенні гістероскопії в проліферативну фазу. В останньому випадку гістологічно діагностована патологія ендометрія є відображенням порушення його десквамації, після чого слизова оболонка матки знову піддається проліферативним перетворенням.

Таким чином, аденоміоз супроводжується патологією ендометрія, яка є несумісною з фізіологічними процесами імплантації. Методом вибору для діагностики аденоміозу, супутньої патології ендометрія, а отже, і подальшої вірної лікувальної тактики у жінок з безпліддям, в тому числі, і на етапі підготовки до ДРТ, є мікрогістероскопія, доповнена біопсією ендометрія та морфологічним дослідженням біоптатів.

Ніцович І.Р.

ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ГЕСТАЦІЙНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Під час вагітності у жінок часто розвивається гестаційний пієлонефрит, що виникає при змінах гормонального балансу у матері (естрогенів, прогестерону, глюкокортикоїдів), механічного тиснення вагітної матки на сечоводи, наявності осередка інфекції. Це несприятливо впливає на перебіг вагітності, стан плода.

Антибіотики ефективні за умови високих концентрацій та тривалості дії у вогнищі запалення. Традиційна антибактеріальна терапія часто не виявляє достатнього лікувального ефекту внаслідок того, що порушується система гомеостазу і знижується здатність доставки препарату у вогнище запалення. Дану задачу можна полегшити впровадженням методу направленого транспорту (НТ) антибіотиків («направлений точковий бомбовий удар»), що дозволить створити в зоні запалення високі концентрації антибіотика.

Одним із засобів НТ є розробка методів заснованих на використанні клітинних носіїв (формених елементів крові - еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів) для доставки, концентрації та тривалого накопичення антибіотиків у вогнищі запалення. Найбільша кількісна ефективність накопичення антибіотика відбувається при використанні 1 г антибіотика на 15 мл формених елементів крові та 6 мл середовища інкубації.

Метою роботи було поліпшення результатів лікування вагітних з гестаційним пієлонефритом шляхом застосування НТ антибіотиків у клітинній суспензії формених елементів крові (аутологічні еритроцити, лейкоцити, тромбоцити).

Нами було обстежено 80 вагітних з гестаційним пієлонефритом віком від 18 до 35 років ($27 \pm 3,0$ р.), терміном гестації від 22 до 35 тижнів. Екстракорпоральну антибіотикотерапію проводили з цефалоспоринами широкого спектру дії II-III покоління, а після підтвердження результатів бакдослідження призначали найбільш чутливий антибіотик. Вагітні були поділені на 2 групи: перша (основна) - 40 вагітних, яким крім традиційного