



формування ембріона і позазародкових утворень, в першу чергу, плаценти та плацентарного ложа. Особливої актуальності набуває ця проблема при звичному невиношуванні вагітності. Як відомо, звичний аборт (звичний викидень) - це наслідок трьох або більш вагітностей, що закінчились самовільним викиднем.

Проведено ультразвукове сканування з об'ємною реконструкцією та визначенням хоріального кровотоку за допомогою програм VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis) 30 здоровим вагітним (контрольна група) та 30 вагітним зі звичним невиношуванням вагітності (основна група) у термінах 6-8 та 12-13 тижнів. За даними УЗД визначали показники об'ємного кровотоку (індекс васкуляризації та індекс кровотоку), а також об'єм хоріона. Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що середній об'єм хоріона у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі у 5-8 тижнів становив $8,77 \pm 0,99 \text{ см}^3$, у здорових жінок – $11,76 \pm 1,3 \text{ см}^3$, $p < 0,05$. У 12-13 тижнів вагітності у жінок основної групи середній об'єм хоріона значно зменшувався у порівнянні з контролем ($51,28 \pm 4,2 \text{ см}^3$ проти $72,28 \pm 4,7 \text{ см}^3$ відповідно, $p < 0,05$).

Вивчення відсоткового вмісту судинних елементів у певному об'ємі плацентарної тканини, а саме індексу васкуляризації, показало, що в обох групах спостерігалось його зростання, проте мали місце певні відмінності. У 5-8 тижнів у вагітних зі звичним викиднем спостерігалось достовірне зниження індексу васкуляризації порівняно з вагітними контрольної групи, відповідно $7,81 \pm 1,03$ та $16,58 \pm 1,75$ ($p < 0,05$). У 12-13 тижнів вагітності цей показник зазнавав більш суттєвих змін ($9,55 \pm 0,88$ та $20,56 \pm 1,55$; в основній групі та контролі, відповідно, $p < 0,05$). Індекс кровотоку в I триместрі вагітності поступово збільшувався в обох досліджуваних групах, проте ці дані не мали достовірної різниці. У вагітних зі звичним викиднем в анамнезі та контрольній групі в 5-8 тижнів FI становив $34,81 \pm 1,3$ і $33,96 \pm 1,1$ ($p > 0,05$), у 12-13 тижнів – $46,35 \pm 3,1$ і $40,54 \pm 2,9$, відповідно ($p > 0,05$).

Таким чином, отримані результати свідчать про уповільнення розвитку хоріального дерева у жінок зі звичним невиношуванням вагітності, що в подальшому негативно впливатиме на формування та функціонування котиледонів. Отримані дані є свідченням неадекватної гестаційної трансформації екстраембріональних структур. З метою попередження перинатальних ускладнень у вагітних зі звичним невиношуванням вагітності при об'ємі хоріона $< 65 \text{ см}^3$ та індексі васкуляризації < 19 слід прогнозувати високий ризик розвитку первинної плацентарної дисфункції.

Боднарюк О.І.

ДІАГНОСТИКА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день інфекційно-запальні захворювання сечостатевої системи у дівчат-підлітків відрізняються поліетіологічністю, стертою клінічною картиною, високою частотою мікст-інфекцій і схильністю до рецидування, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. В результаті дослідження перебігу сальпінгоофориту у дівчат-підлітків нами встановлено, що гостру форму захворювання було діагностовано у 24 хворих (19,7 %) I групи та 46 хворих (27,2 %) II групи, а хронічна – у 92 (79,3 %) та 123 (72,8 %) пацієнток I та II груп відповідно.

З вивчених клінічних проявів найбільш частими скаргами у дівчат основної групи, з незначною тенденцією до зменшення їх частоти у випадку хронічного запального процесу, були: загальна слабкість (100% та 93,5% відповідно у разі гострої та хронічної форм захворювання), біль у нижньому відділі живота (від 63 до 95,8 %), патологічні виділення з піхви, які у переважній кількості пацієнток I групи були різноманітними за своїми ознаками – кількістю, кольором, запахом, густиною, що було характерно для відповідного збудника запалення та його асоціацій. Під час гострої та хронічної форм перебігу сальпінгоофориту практично у всіх дівчат групи порівняння також спостерігалась загальна слабкість (у 100 %



та 95,1 % випадків відповідно). Гострий біль у нижньому відділі живота різної інтенсивності та патологічні виділення з піхви турбували переважну більшість пацієнток як I так і II груп (від 89,1 до 95,8 % у випадку гострого перебігу сальпінгоофориту, та від 63,0 до 79,7 % у разі хронічної форми запального процесу), при цьому під час хронічного перебігу запального процесу пацієнток як I групи (90,2 %), так і II груп (85,4 %) турбував переважно тупий ниючий біль. Підвищення температури тіла було зафіксовано переважно у дівчат з гострим перебігом сальпінгоофориту (41,7 %) на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у 3,2 раза частіше, ніж у дівчат II групи з гострим перебігом захворювання. У пацієнток з хронічною формою сальпінгоофориту підвищення температури тіла спостерігалось значно рідше, проте цей симптом проявлявся у 4,6 раза частіше у дівчат I групи порівняно з дівчатами, які склали II групу. Дизуричні явища турбували переважну більшість пацієнток I групи, як з гострим, так і з хронічним перебігом сальпінгоофориту, в 95,8 та 51,1 % пацієнток відповідно. Дівчат групи порівняння дизуричні розлади турбували рідше – у 26,1 та 4,9 % відповідно пацієнток з гострим та хронічним перебігом. Це можна пояснити впливом супутньої урологічної патології на вираженість симптоматики та поширеністю запального процесу на слизову зовнішнього отвору уретри.

Під час оцінки клінічного перебігу сальпінгоофориту було виявлено, що у третини хворих (29,3 %), які склали I групу, спостерігалися рецидиви захворювання до 4-6 разів на рік, що стало підставою для більш ретельного вивчення стану здоров'я цих дівчат, і їх обстеження суміжними спеціалістами (педіатром, урологом, нефрологом.). У дівчат II групи рецидиви траплялися значно рідше – тільки у 15,4 %.

Булик Т.С.

АСОЦІАТИВНІ ПАРАЛЕЛІ ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ АСЕ З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ОПАСИСТИХ ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

За даними ВООЗ (2019) ситуація з поширенням ожиріння серед жінок репродуктивного віку набуває загрозливих ознак. Оскільки дисліпідемію та порушення метаболізму відносять до важливих чинників кардіо-метаболічного ризику у т.ч. під час вагітності, котрі впливають на серцево-судинний стан жінки та перебіг вагітності для матері та плоду, як в пологах, так і в післяпологовому періоді, очевидним є дослідження предикторів для формування груп ризику гестаційних ускладнень в небезпечних жінок. Однак, необхідно зауважити, що при зростанні тригліцеридів (ТГ) у 2-3 рази збільшується ризик ішемічних та атеротромботичних ускладнень через гіперфібриногенемію, появу ремнантоподібних частинок та зростання холестерину ліпопротеїнів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ), перенасичених ТГ. ХС ЛПДНГ зв'язується з тромбоцитами через мембранний глікопротеїн CD36, збільшуючи синтез тромбоксану А2 (ТхА2) та їх агрегацію, активують VII фактор згортання крові і збільшують продукцію PAI-1. Аналогічним чином ХС ЛПДНГ зв'язується з рецепторами CD36+ макрофагів, що призводить до утворення пінистих клітин, впливаючи на розвиток атеросклерозу. Наявність сімейної дисліпідемії вказує на можливу генетичну детермінованість цього процесу.

Однак, в Україні таких досліджень проводиться вкрай мало і стосуються вони переважно пацієнтів кардіологічного профілю. Тому наступним етапом дослідження стало вивчення зміни ліпідного профілю у вагітних обстежуваних груп залежно від поліморфізму I/D гена АСЕ, Серед вагітних основної групи переважали жінки із ОЖ I ст. – 75,0% (n=54), решту склали жінки з ожирінням II-III ст. -25,0% (n=18). Спостерігали вірогідне зростання вмісту ЗХС, ТГ, ХС ЛПНГ та індексу атерогенності (ІА) у вагітних із ожирінням II-III ст. у порівнянні з такими із ОЖ I ст. на 15,1% (p<0,01), 13,1% (p<0,01), 13,6% (p<0,01), 30,7% (p<0,001), відповідно, та практично здоровими вагітними у 1,6; 1,9; 1,9; 3,4 разу (p<0,001). ХС ЛПВГ був нижчим теж у вагітних із ОЖ II і III ст., ніж у таких контрольної групи у 1,62 разу (p<0,001) та вагітних із ОЖ I ст. – у 1,2 разу (p=0,046).