



мікронізованого прогестерону Лютеїну по 50-100 мг 2-3 рази на добу сублінгвально, з наступним переходом, після дообстеження, на вагінальні форми застосування по 100 мг 2 рази на добу. У запропонований комплекс медикаментозних засобів входили також: екстракт гінкго білоба, фолію та біолектра.

У основній групі вагітних із профілактикою ПД при низькій плацентації нами досліджено стан гормональної функцій плацентарного комплексу. Проведено порівняння отриманих показників із результатами обстеження вагітних контрольної групи, що не отримувала профілактику ПД. Обстеження проводились в 9-12 тижнів гестації.

Концентрація прогестерону в крові вагітних, які отримували запропонований комплекс профілактичних заходів, була вірогідно більшою порівняно із вагітними, яким не проводилася профілактика ПД з ранніх термінів гестації ($121,36 \pm 3,61$ нмоль/л проти $97,14 \pm 3,12$ нмоль/л), $p < 0,05$. Рівень хоріонічного гонадотропіну також достовірно різнився в основній та контрольній групах ($49787,41 \pm 505,0$ МО/л та $39187,0 \pm 405,0$ МО/л), $p < 0,05$. Вміст плацентарного лактогену збільшився на 16,9% у групі вагітних із низькою плацентацією, що отримувала профілактику ПД, в порівнянні з контролем. Концентрація естрадіолу між групами достовірно не відрізнялася.

Отже, в групі дослідження, де проводилася профілактика ПД при низькій плацентації значно покращилися показники функції фетоплацентарного комплексу. Рекомендована терапія забезпечує зростання кількості гормонів, що є надто важливим, оскільки під їх впливом відбувається адаптивна перебудова обміну речовин вагітної, що необхідно для розвитку плода.

Приймак С.Г.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЕТІОЛОГІЇ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Позаматкова вагітність є однією з актуальних проблем гінекології ХХІ ст. Згідно з даними проведених досліджень Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я зафіксовано, що з кожним роком динаміка випадків позаматкової вагітності невідмінно росте: вплив екології на фізичний стан жінок, збільшення частоти витоку радіоактивних елементів у атмосферу, збільшення випадків вроджених дефектів у немовлят безпосередньо впливає на кількість приросту населення. Усе ці причини актуалізують дослідження проблеми позаматкової вагітності в пренатальний період I триместру.

Метою дослідження було проаналізувати основні фактори ризику походження позаматкової вагітності та виявити причинно-наслідковий зв'язок генетичного анамнезу між матір'ю та дитиною.

До факторів ризику утворення позаматкової вагітності належать: запальні інфекційні та неінфекційні захворювання репродуктивної системи, хірургічні втручання на органах малого тазу, діагностована раніше позаматкову вагітність, вплив шкідливих звичок таких, як паління, вживання алкоголю або наркотиків, тощо. На початку ХХІ ст. світові учені та дослідники почали активно досліджувати царину генетики. Згідно з цими дослідженнями було виявлено вплив сумісності крові матері та батька на подальший розвиток плода. Американський лікар-учений Люсіль Пекард пише, що несумісність крові або клітинної несумісності обох батьків може призвести не тільки до такого ускладнення як позаматкова вагітність, а й, навіть, хромосомної дегенерації, що може проявитись через покоління. «Резус-захворювання виникає під час вагітності. Це трапляється, коли резус-фактори в крові мами та дитини не співпадають. Це також може статися, якщо матір і дитина мають різні групи крові». На нашу думку можна стверджувати, що структура клітин як у жінки так і в дитини має двосторонній характер: як організм матері впливає на розвиток плідного яйця, так і дитина може змінювати будову клітин вагітної жінки. Вивчаючи цю проблему ми виявили, що після пологів у жінки може змінюватися резус фактор або навіть група крові, проте, ці зміни, ймовірно, можуть бути закладені на генетичному рівні. Однією з припущень



учених є те, що бабусі жінок з позаматковою вагітністю теж мали подібні симптоми, тому, як наслідок, через покоління може відбутись не лише таке захворювання, але й призвести до безпліддя їхніх потомків, при чому як у дівчаток, так і в хлопчиків.

Враховуючи вищезгадані фактори ми можемо констатувати, що більшість учених займаються дослідженнями позаматкової вагітності виключно фізіологічною точки зору, однак, на нашу думку, варто з акцентувати увагу щодо дослідженої проблематики з позиції генетики. Це дозволить виявити патологічні зміни у жінок на ранньому етапі вагітності та попередити ризики безпліддя та мутаційного хромосомного генофонду.

Рак Л.М.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АДЕНОМІОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день існують значні труднощі верифікації діагнозу аденоміозу. Діагноз аденоміозу встановлюється на основі характерних клінічних ознак та за допомогою ультразвукової діагностики. Найбільш точним неінвазивним діагностичним методом вважається магніто-резонансна томографія, однак, вартість та обмеженість застосування методики не дозволяє широко використовувати останню. Значно покращило діагностику даного захворювання застосування гістероскопії.

Метою дослідження було встановлення ролі гістероскопії в діагностиці аденоміозу. На особливу увагу заслуговують пацієнтки з безпліддям. Особливості діагностики аденоміозу проаналізовано у 101 жінки з безплідністю різного генезу, яким проводили рідинну гістероскопію з біопсією ендометрія.

Аденоміоз виявлений у 9 пацієнток (8,9%). Внутрішньоматковий аденоміоз під час гістероскопії діагностований у 8 жінок (7,9%). Краща візуалізація аденоміозу відмічена в проліферативну фазу менструального циклу (7 з 8 виявлених випадків). У секреторну фазу і при супутній гіперплазії ендометрія візуалізація патологічних ділянок дещо утруднена через складчастість слизової оболонки. В однієї пацієнтки діагностовано трубний ендометріоз (гістологічно підтверджений). Аденоміоз, як єдина патологічна знахідка в порожнині матки, спостерігався в 4 жінок, в 1-ї пацієнтки він поєднувався з ознаками хронічного ендометриту та вогнищевою залозистою гіперплазією, в 1 – з ознаками хронічного ендометриту, в 1-ї – з гіперплазією ендометрія (гістологічно верифікована як залозиста), в 1 – із залозистими поліпами ендометрія. Позаматковий трубний аденоміоз поєднувався з активною залозистою гіперплазією ендометрія. Таким чином, внутрішній ендометріоз найчастіше супроводжувався проліферативною патологією слизової матки. Поседнання аденоміозу із зовнішнім генітальним ендометріозом відмічено не у всіх жінок (мало місце у 2-х пацієнток та в 1-ї – з ендометріозом шийки матки). Результати морфологічного дослідження біоптатів, отриманих прицільно з патологічних ділянок ендометрія під час гістероскопії, виявились малоінформативними у верифікації діагнозу. Гістологічна картина відповідала тій морфологічній будові тканини ендометрія, яка була присутня в порожнині матки обстежених жінок на ча проведення гістероскопії.

Слід зазначити, що за допомогою попередньої трансвагінальної ехографії аденоміоз запідозрений лише в пацієнтки з визначеною нами гістероскопічно II його стадією. Поверхневі форми аденоміозу взагалі сонографічно не були запідозрені. Таким чином, ультразвукова діагностика аденоміозу не є достатньою. Діагностика поверхневих форм аденоміозу, в першу чергу, в жінок з безпліддям, є досить складною і трудоемкою процедурою, і, в той же час, дана патологія є однією з причин порушення імплантації.

Таким чином, основним методом вибору для діагностики аденоміозу у жінок з підозрою на дану патологію чи з безпліддям, є гістероскопія (в т.ч. мікрогістероскопія), проведена в проліферативну фазу менструального циклу, яку слід поєднувати з трансвагінальною ехографією та урахуванням клінічних проявів захворювання.