



своєчасна діагностика та лікування патології щитоподібної залози до і під час вагітності є перспективним напрямком у галузі акушерства і гінекології, так як сприятиме зниженню ускладнень з боку матері і плода.

Кравченко О.В.

РЕТРОХОРИАЛЬНІ ГЕМАТОМИ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕМОСТАЗУ

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

За даними рада авторів, частота невиношування в I триместрі гестації складає 50%. Такий симптом загрози переривання вагітності як кровотеча є найбільш небезпечним саме на ранніх термінах вагітності, коли відбувається інвазія трофобласта та починається формування плаценти. Даний симптом може бути пов'язаний з різними причинами, зокрема з утворенням ретрохоріальної гематоми.

Під нашим спостереженням були 32 вагітні з кровотечею в I триместрі гестації, у яких при ультразвуковому обстеженні була діагностована ретрохоріальна гематома. Контрольну групу склали 20 вагітних з неускладненим перебігом I триместру вагітності. Всім вагітним було проведено стандартне клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження. При трансвагінальному ультразвуковому дослідженні за допомогою спеціальної трьохмірної програми VOCAL проводився підрахунок об'єму хоріону, оцінка його судинної системи.

При ехографічному дослідженні у 87,5% (28) пацієнток основної групи була діагностована корпоруальна ретрохоріальна гематома, у 12,5% (4) жінок – гематома була розташована супрацервікально. У 84,4% випадків ретрохоріальна гематома була симптомною, 27 жінок відмічались кров'янисті виділення зі статевих шляхів. 15,6% вагітних – не скаржились на наявність кровотечі. Об'єм гематоми, її розміри – це одна із ключових характеристик, з якими більшість авторів пов'язують прогноз вагітності. В нашому дослідженні об'єм ретрохоріальної гематоми в середньому становив $1,11 \pm 0,24 \text{ см}^3$.

З метою зупинки кровотечі вагітним основної групи був призначений гормональний гемостаз препаратом Лютеїна по 50 мг 4 рази на добу протягом 2 днів, на третій день сублінгвальна форма (50 мг) використовувалась 3 рази з послідовним переходом на вагінальну форму Лютеїни в дозі 100-200 мг на добу до завершення періоду плацентації (при нормальному стані мікробіоценозу піхви).

Оцінюючи ефективність лікування слід відмітити, що гемостаз в основній групі був досягнутий в середньому на $2,1 \pm 0,5$ день. Відсутність больового синдрому на 3 день лікування відмічали у 93,8% (30) пацієнток, на 5 день лікування больовий синдром був відсутній у всіх вагітних обстеженої групи. Ефективність проведеного лікування оцінювали не тільки за клінічними даними. Порівнюючи об'єм хоріону у жінок з РХГ в анамнезі та контрольною групою нами встановлено, що достовірної різниці між показниками не спостерігалось, так об'єм хоріону в дослідженій групі дорівнював $154,1 \pm 3,2 \text{ см}^3$, в контрольній – $161 \pm 4,1 \text{ см}^3$ ($p > 0,05$). Індекс васкуляризації в контрольній групі був $16 \pm 1,7$, а в основній – $14,2 \pm 1,2$ ($p > 0,05$). Індекс кровотоку також суттєво не відрізнявся у пацієнток досліджуваних груп, відповідно $46,2 \pm 2,1$ та $34,1 \pm 2,3$ ($p > 0,05$).

Таким чином, використання мікронізованого прогестерону забезпечує швидкий та ефективний гемостаз у вагітних з кровотечею та ретрохоріальною гематомою в I триместрі гестації, що створює умови для подальшого неускладненого перебігу вагітності.

Ніцович І.Р.

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖІНОК

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

Удосконалення профілактики та лікування септичних станів після пологів та абортів із застосуванням різних методів лікування має сьогодні велике значення. Одним із варіантів такої терапії є застосування медикаментозних та немедикаментозних фізичних методів впливу - внутрішньотканинного електрофорезу (ВТЕ) та гіпербаричної оксигенації (ГБО).

На лікуванні перебувало 154 хворих із гнійно-запальними захворюваннями жіночих статевих органів. Після фізіологічних пологів було 72 жінки, після кесарського розтину – 56 жінок, після абортів – 26 жінок. Усі обстежені відмічали в анамнезі хронічні інфекції різної етіології та локалізації. Так у 39 жінок до вагітності відмічалась неплідність (у 23 первинна, у 16 - вторинна), у 36 жінок – хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів. У 21 жінки в анамнезі були гінекологічні операції: у 9 – з приводу неплідності та склерокістозу яєчників, у 12 – ускладнення після абортів. При бактеріальному дослідженні у хворих основної групи виявлено полімікробну інфекцію (грампозитивні та грамнегативні аеробні бактерії, анаероби, мікоплазми, клостридії, тощо). Так, золотистий стафілокок (*Staphylococcus aureus*) виявлено у 27%, кишкова паличка (*Escherichia coli*) – у 22%, дріжджоподібні гриби роду кандиди – (*Candida albicans*) – у 17%, протей (*Proteus*) – у 10%, синьо-гнійна паличка (*Pseudomonas aeruginosa*) – у 4%.

Обстежені розділені на дві групи: основну – 109 жінок та контрольну – 45 жінок. У жінок контрольної групи проводили традиційне загальноприйняте лікування аднекситів та ендометритів. У жінок основної групи до традиційної терапії приєднували ВТЕ та ГБО. Сеанси ВТЕ проводились апаратом "Поток-1", через 30 хв. після в/в введення антибіотика, щоденно протягом 12 днів, тривалістю 60-90 хв. при щільності струму 0,02 -



0,05 мА/см². Після цього хвора одночасно отримувала курс ГБО в барокамері типу «БЛ-3» в режимі надлишкового атмосферного тиску від 0,2 до 0,8 атм., протягом 45-60 хв., 5-10 сеансів на курс.

У основній групі лікування здійснювалось із застосуванням різних варіантів ВТЕ (перша підгрупа – 79 жінок) і поєднаного дренаж-електрофорезу та ГБО (друга підгрупа – 30 жінок). При дренаж-електрофорезі в порожнину матки вводився поліхлорвініловий двохлапівний дренаж-катетер: через один проводився дренаж, через інший вводився електрод. Порожнина матки промивалась антисептиком, з послідуочим введенням в неї (чутливого до інфекції) антибіотика. Після перших процедур відмічали позитивну динаміку – зменшення набряку тканин та інтоксикації. У хворих із гнійно-запальними захворюваннями, при включенні в комплекс пункційного внутрішньопорожнинного електрофорезу, клінічне одужання наступало у 50±4,1% хворих, а при застосуванні дренаж-електрофорезу - у 68,4±5,2% хворих. Найбільш ефективним виявилось поєднання дренаж-електрофорезу з ГБО, де одужання наступало у 78,33±4,7% хворих і значно покращувався загальний стан у 18,2±4,1% хворих.

Використання вказаної методики виявило сприятливий вплив на перебіг тяжких форм захворювання (гнійний метрит, ендо- та параметрити). Вже після 5-6 сеансів у 65,3% хворих повністю зникнув больовий синдром, нормалізувалась температура та сон, відмічалась тенденція до зменшення перитонеальних проявів, парезу кишечника. Це дозволило досягти не тільки високого клінічного ефекту, але й скоротити термін лікування найбільш важких хворих до 18,6±0,88 днів у порівнянні з хворими контрольної групи (22,6±0,42 днів) ($p < 0,05$).

Приймак С.Г.

ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ В СТРУКТУРІ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

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

Сьогодні внутрішньоутробні інфекції набули характеру серйозної медико-соціальної проблеми внаслідок несприятливого впливу на перебіг вагітності та стан плода. Вони можуть призводити до формування важкої патології плода і новонародженого і навіть до летальних наслідків. Останніми роками збільшилася питома вага внутрішньоутробних інфекцій у структурі малюкової захворюваності та смертності. Серед даних інфекцій особлива роль відводиться CMV-інфекції.

Метою дослідження було встановлення клінічних особливостей CMV-інфекції та їх вплив на перебіг вагітності та ризик інфікування плода.

На базі міського клінічного пологового будинку м. Чернівці знаходилось 85 вагітних високої групи ризику по внутрішньоутробному інфікуванню плода, із них CMV-інфекцію виявлено у 29 (34,12%) жінок. У результаті дослідження проаналізовано акушерський анамнез у 29 жінок, які були серопозитивні до CMV-інфекції У 18 (62,07%) із них вагітність була першою, у 9 (31,03%) – другою, у 2 (6,90%) – третьою. В 11 (37,93%) жінок в анамнезі зафіксовано самовільні викидні в I та II триместрах вагітності. TORCH-інфекції напередодні вагітності лабораторно обстежені лише 3 (10,34%) матері. За даними лабораторних досліджень, у всіх жінок діагностовано хронічну CMV-інфекцію в різні терміни гестації: в I триместрі – 8 (27,6%), в II триместрі – 15 (51,7%), у III триместрі – 6 (20,6%). У всіх обстеженнях виявлено IgG до CMV, проте жодній з них в подальшому не проведено обстеження на активність процесу.

Під час вагітності у них спостерігалися різні клінічні прояви захворювання, які можна було б вже тоді розцінити, як загострення інфекційного процесу. У 14 (28,00%) пацієнток спостерігалася гостра респіраторно-вірусна інфекція в I триместрі вагітності, у 2 (4,00%) з'являлись герпетичні висипання, у 14 (28,00%) діагностувалася фетоплацентарна недостатність. Загроза переривання вагітності та гестози відмічалися у 6 (12,00%) та 1 (2,00%) із вагітних жінок. Здебільшого у вагітних поєднувалось декілька клінічних проявів захворювання у вигляді різних асоціацій. У 10 (34,48%) вагітних поєднувалось 2 синдроми із вищевказаних, у 3 (10,34%) – 3, у 13 (44,84%) – понад 3 клінічні прояви. Діагностика внутрішньоутробного інфікування CMV у всіх 29 обстежених дітей (100%) ґрунтувалась на підставі наявності високої концентрації антицитомегаловірусних імуноглобулінів G (анти CMV IgG) в сироватці крові, титр яких зростав у динаміці спостереження у 10 (34,48%) обстежених, що свідчить про реактивацію хронічної інфекції.

З'ясувавши епідеміологічні дані, проаналізовано стани, що виникають в перинатальному періоді у новонароджених: у дітей спостерігалися порушення церебрального статусу – 13 (44,82%), внутрішньоутробна гіпотрофія – 7 (24,14%), вроджена пневмонія – 3 (10,35%), неонатальна жовтяниця – 5 (17,24%), неімунна водянка плода – 1 (3,45%). Всі новонароджені були віднесені до групи високого ризику з внутрішньоутробної інфекції і знаходились під динамічним спостереженням.

Отже, обстеження жінок на групу TORCH-інфекції слід проводити перед плановою вагітністю та у I триместрі вагітності, визначаючи IgM та ПЛР до CMV для виявлення активних форм захворювання і своєчасного їх лікування. Це дасть змогу знизити частоту ускладнень у плода в гестаційному періоді.