



Метою дослідження було провести порівняльну оцінку основного спектру збудників безсимптомної бактеріурії порівняно зі спектром представників мікробного пейзажу піхви у вагітних із безсимптомною бактеріурією.

Проведено ретроспективний клінічно-статистичний аналіз 7599 історій пологів КМУ «Міський клінічний пологовий будинок №1» за період 2008-2010 років. Із загальної кількості обстежених (показник охоплення становив 96,7%) позитивні культуральні проби, що свідчать про наявність безсимптомної бактеріурії, виявлені в 576 вагітних, що становило 7,58% і дає нам підстави встановлення саме такого рівня розповсюдженості даного ускладнення в нашому регіоні. Оцінка видового складу мікрофлори сечі виявила, що питома вага представників кишкової групи інфекцій у культуральних пробах сечі вагітних групи обстеження становила 77,60%. Представники кокової групи охоплювали 15,62% позитивних результатів бактеріологічного дослідження. Представники інших родин мікроорганізмів траплялися рідко, практично випадково, у вигляді окремих позитивних проб, становлячи загалом питому вагу серед обстежених до 7%.

У даній групі пацієнток нами проаналізовано результати бактеріологічного дослідження вмісту піхви. На противагу середовищу сечі, мікробний пейзаж піхви у вагітних із безсимптомною бактеріурією був найбільш яскраво (у відсотковому відношенні) презентований представниками кокової групи - 63,88% позитивних культуральних проб. Питома вага представників кишкової групи інфекцій у культуральних пробах піхви вагітних із безсимптомною бактеріурією становила загалом до 7,0 % на противагу мікробному пейзажу сечі в даній категорії вагітних. Левову частку серед представників мікробного пейзажу піхви вагітних із безсимптомною бактеріурією становили *Lactobacillus* (17,01%) та *Candida albicans* (12,50%). Окремо хотілося б зауважити, що за видовим складом у жодному випадку обстеження не відмічалось збігу мікрофлори піхви та сечі. Останній факт вказує на те, що висхідний шлях інфікування не є визначальним у генезі безсимптомної бактеріурії у вагітних.

**Семеняк А.В.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Несвоєчасне або неадекватне лікування гострих запальних захворювань жіночих статевих органів (ЗЗЖСО), а також відсутність їх профілактики пояснює високу частоту розвитку хронічних ЗЗЖСО у жінок. Практично всі мікроорганізми, які присутні у піхві (за виключенням лакто- і біфідобактерій), можуть сприяти розвитку запального процесу. В останні роки особливого значення набувають асоціації мікроорганізмів, в тому числі умовно-патогенних (стафілококів, стрептококів, кишкової палички) з внутрішньоклітинними збудниками (хламідіями, уреоплазмами, мікоплазмами), а також з вірусами та трихомонадами, при цьому застосування антибіотиків призводить до постійних змін мікроцинозу піхви. При тривалому хронічному запаленні відмічаються виражені склеротичні та дистрофічні зміни всіх структурних компонентів додатків матки, що супроводжуються їх морфологічними та функціональними порушеннями.

Мета дослідження - визначити особливості мікроцинозу піхви у випадку хронічного перебігу захворювання.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 жінок репродуктивного віку з хронічними ЗЗЖСО (основна група) та 20 здорових жінок, що становили контрольну групу. Методи дослідження – бактеріоскопічний, бактеріологічний, імунофлуоресцентний, імуноферментний, статистичний.

При порівнянні мікроцинозу піхви у жінок контрольної та основної групи встановлено, що у 18 жінок (90 %) контрольної групи у виділеннях із піхви та цервікального каналу наявні лактобактерії, яких не було виявлено у жінок основної групи. Представниками умовно патогенної флори у жінок контрольної групи у 2 випадках (10 %) були дріжджоподібні гриби роду *Candida*. Зі 100 жінок основної групи лише у 10 (10 %) ( $p < 0.05$ ) до складу мікрофлори піхви та цервікального каналу належали умовно патогенні мікроорганізми. Це золотистий стафілокок – *Staphylococcus aureus* – 6 випадків (60 %), ешерихії – *Escherichia coli* – 2 випадки (20 %), дріжджоподібні гриби роду *Candida* – *Candida albicans* – 7 випадків (70 %), коринебактерії – *Corynebacterium* – 2 випадки (20 %), гарднерели – *Gardnerella vaginalis* – 6 випадків (60 %) ( $p < 0.05$ ). Наявність 23 штамів у 10 жінок свідчить про одночасну персистенцію кількох мікроорганізмів, відсутність лактобактерій – про порушення мікроцинозу піхви за відсутності патогенної мікрофлори. У решті 90 (90 %) жінок виявлялися асоціації патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів. Серед представників патогенної флори найчастіше виявлялися трихомонади – *Trichomonas vaginalis* – 82 випадки (82 %) ( $p < 0.05$ ), грам негативні диплококи, морфологічно схожі на гонокок – 44 випадки (44 %) ( $p < 0.05$ ), дещо рідше хламідії – *Chlamidia trachomatis* – 34 випадки (34 %) ( $p < 0.05$ ), піогенний стрептокок – *Streptococcus pyogenes* – 8 випадків (8 %) ( $p < 0.05$ ). У 20 жінок (20 %) була наявність різних видів папілома вірусної інфекції, у 10 (10 %) – вірусу герпесу ( $p < 0.05$ ).

У жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів до складу мікрофлори піхви та цервікального каналу належать тільки умовно патогенні мікроорганізми у 10 %, у решті 90 % виявлялися патогенні мікроорганізми: *Trichomonas vaginalis* 82 %, грам негативні диплококи, морфологічно схожі на гонокок 44 %, *Chlamidia trachomatis* 34 %, тобто, при запальних процесах статевих органів різної



локалізації відбуваються порушення мікроцинозу піхви та цервікального каналу, що вказує на необхідність проведення терапії кількома антибактеріальними препаратами.

**Юзько О.М.**  
**ТРУБНЕ БЕЗПЛІДДЯ**

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

Безпліддя трубного походження (код N97.1 МКХ-10) в структурі жіночого безпліддя складає від 35% до 60%.

Нами проаналізовано 10088 безплідних пар, які звернулися по допомогу в КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» м. Чернівці. Серед загальних причин безпліддя тільки трубний фактор діагностовано в 9,1% подружніх пар, поєднання трубного та чоловічого фактору спостерігалось у 2,05% випадків.

Для діагностики прохідності труб та оцінки їх стану рекомендуються гістеросальпінгографія (ГСГ) або соносальпінгографія (HyCoSy), оскільки вони менш агресивні, економічно ефективні і можуть бути виконані в амбулаторних умовах без анестезії. Жінкам, у яких передбачаються супутні гінекологічні захворювання, повинна бути запропонована лапароскопія з оцінкою прохідності маткових труб і, за необхідності, операція в продовження діагностичної лапароскопії. Лікар повинен бути впевнений, що немає ніякої можливості вагітності безпосередньо перед початком проведення тестів, переважно шляхом виявлення в сечі або сироватці крові ХГЛ. Базова оцінка може включати в себе тестування антитіл до хламідій і проведення туберкульозної полімеразної ланцюгової реакції в ендемічних районах з високим рівнем поширеності даного захворювання.

При виборі методу лікування трубного безпліддя (хірургічна операція або запліднення інвітро (ЗІВ)) слід враховувати вік пацієнтки, оскільки з його збільшенням знижується шанс на вагітність як при хірургії, так і при ЗІВ. Необхідно обстежити подружню пару для виключення ановуляторних розладів і патоспермії, а при їх виявленні перевагу слід віддати ЗІВ. Наявність в анамнезі тазових запальних захворювань, тазової хірургії, позаматкової вагітності або ендометріозу, сумнівні дані ГСГ або HyCoSy обумовлюють перевагу лапароскопії. Слід враховувати готовність операційної бригади провести будь-який вид операції після діагностичної лапароскопії та згоду пацієнтки; точну доопераційну та інтраопераційну діагностику місця, ступеня та виду оклюзії труби, а також спайок для вибору методу операції: лапароскопії або лапаротомії з мікрохірургією; бажання пацієнтів та їх релігійні переконання.

Проблему ефективного лікування трубного безпліддя не можна вважати вирішеною. Реконструктивно-пластичні операції слід рекомендувати молодим пацієнткам із помірним гідросальпінксом за відсутності інших факторів безпліддя. При серйозних пошкодженнях маткової труби, що не підлягають відновленню, рекомендована сальпінгектомія з метою підвищення ефективності програми ЗІВ. Багато авторів рекомендують послідовне використання лапароскопії та ЗІВ, що припускає початкове застосування ендохірургії, а при її безуспішності впродовж 1-2 років після операції – проведення ЗІВ. Однак інші фахівці ставлять під сумнів доцільність хірургічного напрямку в лікуванні трубного безпліддя та рекомендують при будь-яких варіантах ураження маткових труб відразу застосовувати ЗІВ.

**Юр'єва Л.М.**  
**ПЕРЕДУМОВИ НИЗЬКОЇ ПЛАЦЕНТАЦІЇ**

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

У останні роки проблема охорони репродуктивного здоров'я населення України не втратила своєї актуальності. Серед причин, які впливають на рівень материнської та перинатальної патології, слід віднести аномальне розташування плаценти АРП, передлежання та низьке її розташування (Радзинський В.Е, 2010). Перинатальна смертність при АРП сягає 22,2-81%, материнська – 2,3-10,1%.

Метою нашого дослідження дослідити особливості перебігу вагітності і пологів в залежності від локалізації плаценти.

Нами проведено ретроспективний аналіз 80 індивідуальних карт вагітної та породіллі у жінок із низьким розміщенням плаценти (основна група). Контрольну групу склали 50 вагітних із нормальним розміщенням плаценти.

Як свідчать результати проведених досліджень, середній вік обстежених жінок основної групи склав  $29,2 \pm 2,3$  років, а в контрольній -  $23,4 \pm 2,1$  років. Заслужує на увагу те, що 37,5% обстежених основної групи були віком понад 35 років, порівняно з 24,0% ( $p < 0,05$ ) вагітних контрольної групи. При вивченні менструальної функції, нами встановлено що тільки у 40% жінок основної групи спостерігалось становлення менструального циклу до одного року. У 45% обстежених із низькою плацентациєю менструації були нерегулярними, у порівнянні з контролем – 14,0% ( $p < 0,05$ ). У 47,5% вагітних із низькою плацентациєю в анамнезі мали 2 і більше артифіційних абортів. У 26,3% жінок основної групи в анамнезі виявлені самовільні абортів ( $p < 0,05$ ). Тільки у жінок основної групи в анамнезі були оперативні пологи (кесарів розтин – 22,5%, акушерські шипці – 3,8%), у 3% пацієнток основної групи в минулих пологах проводилось ручне відділення плаценти і виділення посліду. У основній групі відсоток передчасних пологів в анамнезі був вищим, ніж у контролі ( $p < 0,05$ ).