

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених



ХИСТ

2015, випуск 17

Всеукраїнський журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора

к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі:

А.М. Барбе

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Чернівці, 2015

Буринюк Х.П., Зеліско М.В., Поковба М.Ю.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ В АСПЕКТІ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Актуальність. Розповсюдженість ендометріозу в жінок дітородного віку за даними різних авторів складає 10-50%. Серед усіх локалізацій ендометріозу геніталій питома вага внутрішнього ендометріозу досягає 70-90%.

Мета нашого дослідження – клінічна оцінка ефективності лікування хворих на аденоміоз матки агоністами ГнРГ (золадекс).

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилося 20 жінок з аденоміозом матки, що страждали на безпліддя. Діагностика аденоміозу проводилася на підставі загального гінекологічного дослідження, гістосальпінгографії, гістоскопії з прицільною біопсією, ультразвукового дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік пацієнток складав $28,7 \pm 6,3$ роки. У кожній третій жінки в анамнезі спостерігалися інфекційні захворювання, вегетосудинні порушення; захворювання шлунково-кишкового тракту (15%), сечовидільної системи (10%). Запальні процеси додатків мали місце у 60% обстежених.

Серед клінічних проявів у пацієнток частіше відмічали: альгодисменорею (90%); хронічний тазовий біль (85%) (кількісна оцінка больового синдрому у вигляді больового індексу склала $8,25 \pm 0,31$ балів), диспареунію (35%), перименструальні кров'янисті виділення з піхви (20%), порушення менструального циклу (30%). Первинне безпліддя спостерігалось у 84% жінок, вторинне – у 16%, яке настало після абортів та самовільних викиднів і позаматкової вагітності. Тривалість безпліддя коливалася від 1 року до 8 років. У якості медикаментозного лікування обстежуваних жінок був обраний золадекс (гозерелін) – синтетичний аналог природнього гонадотропін рилізінг-гормона (Гн-РГ), який зворотно блокує вісь гіпофізу – яєчники. Переваги золадекса порівняно з традиційною гормональною терапією: добре переноситься; має найменший об'єм ін'єкції серед всіх агоністів Гн-РГ. Середній курс лікування золадексом - 6 місяців. Препарат вводили в підшкірну клітковину живота 1 раз на 28 днів по 3,6 мг активної речовини. Лікування починали з 5-го дня менструального циклу. Після запропонованого лікування завагітніли 40% пацієнток. У 2 жінок (10%) вагітність настала в перші 2 міс після закінчення лікування, у 6 (30%) – в перші 4 місяці після припинення ін'єкцій золадекса. Вагітність завершилася строковими пологами у 7 (35%) пацієнток, у 1 (5%) – передчасними пологами.

Висновок. При безплідді, обумовленому ендометріозом, коли злуковий процес не різко виражений застосування золадексу доцільне та достатньо ефективне.

Волинська М.В., Бербець А.М.

ВПЛИВ ЗАГРОЗИ ВИКИДНЯ, ПЕРЕНЕСЕНОЇ В I ТРИМЕСТРІ, НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Бербець А.М.)

З метою вивчення стану плаценти у жінок із клінікою невиношування в I триместрі, проведено клініко-статистичний аналіз 80 історій пологів та індивідуальних карт вагітних, які перенесли загрозу викидня в I триместрі, і не мали важкої екстрагенітальної патології. Контрольну групу складала 30 жінок з неускладненим перебігом вагітності. Групи були паритетні за віком, соціальним станом, акушерсько-гінекологічним анамнезом. До уваги брались дані про перебіг пологів у жінок обох груп.

У групі, до якої входили жінки, вагітність яких ускладнювалась загрозою викидня в I триместрі, вірогідно частіше траплялись гестози другої половини вагітності (23 випадки, $28,75 \pm 5,06\%$ проти 3 випадків, $10,00 \pm 5,48\%$, $p < 0,05$), загрози передчасних пологів (19 випадків, $23,75 \pm 4,76\%$ проти 2 випадків, $6,67 \pm 4,55\%$) та аномалій пологової діяльності (15 випадків, $18,75 \pm 4,36\%$ проти 1 випадку, $18,75 \pm 4,36$). Всі згадані ускладнення пологового акту, як вважається, є пов'язаними з дисфункцією плаценти. Крім того, діагноз «дистрес плода» в пологах був виставлений у 19 жінок з основної групи і у 2 жінок з контрольної групи $23,75 \pm 4,76\%$ проти $6,67 \pm 4,55\%$, $p < 0,05$). У двох жінок з основної групи ($6,67 \pm 4,55\%$) діти народились в асфіксії важкого ступеня. Ще у двох жінок ($6,67 \pm 4,55\%$) відбулися передчасні пологи в терміні 32 і 34 тижні відповідно.

На основі наведеного можна зробити висновок, що у жінок, які в малих термінах гестації перенесли загрозу викидня, частіше порівняно із здоровими вагітними відмічаються клінічні ознаки дисфункції плаценти, які ускладнюють перебіг пологів та негативно відображаються на стані плода і новонародженого.