

Метою роботи було підвищення ефективності діагностики і лікування ДЯ в поєднанні з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією (ДФКМ) молочних залоз на основі вивчення клініко-ехографічних та ендокринологічних особливостей. Проведено обстеження 153 жінок з ДЯ в поєднанні з ДФКМ молочних залоз. Патологія щитоподібної залози була діагностована у 11,8 % пацієток, у 20,3 % спостерігалася лейоміома матки, у 17,6 % – ендометріоз, у 23,1 % – поліпи ендометрія. Залежно від результатів обстеження, пацієнткам проведено корекцію гормональних порушень. Виражений клінічний ефект від гормональної терапії спостерігався при ДФКМ з переважанням залозистого компонента дифузної мастопатії, ефективність лікування за клінічними критеріями у цій групі склала 88,6 %. Серед 37 жінок з ДФКМ з переважанням кістозного компонента у 27 (73,0 %) при пальпації молочних залоз відмічене клінічне покращення, при ДФКМ змішаного типу покращення виявлене у 37 (71,3 %). При ДФКМ з переважанням фіброзного компонента ефективність лікування була найнижчою – лише у 15 (52,0 %) пацієток були позитивні зміни. Отже, у 113 (73,9 %) жінок з дифузною формою фіброзно-кістозної мастопатії через 6 місяців від початку індивідуально підбраної гормональної терапії виявлена позитивна ультразвукова динаміка. Рецидив захворювання за даними УЗД констатовано через 12 місяців у 14 (12,4 %) пацієток.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРЕГРАВІДАРНУ ПІДГОТОВКУ У ЖІНОК З РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ В АНАМНЕЗІ

Гвоздецька Г. С., Генік Н. І., Жукуляк О. М.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

В умовах сьогодення частота ранніх гестозів спостерігається у 60–80 % вагітних, а необхідність у стаціонарному лікуванні досягає 12–17,8 % вагітних. За даними досліджень, у 55,8 % вагітних із проявами раннього гестозу виражені порушення функції гепато-біліарної системи, порушення імунної системи і прояви ранніх гестозів спостерігаються втричі частіше. Відомо, що для підтримки нормального функціонування печінки та імунної системи важливу роль відіграє вітамін D. Зв'язок між метаболізмом вітаміну D і розвитком ранніх гестозів вивчений недостатньо, тому, зважаючи на вищевказане, дослідження даної проблеми є актуальним.

Мета дослідження: оцінка ефективності розробленої комплексної прегравідарної підготовки жінок із блюванням вагітних в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходились 100 жінок з ранніми гестозами в анамнезі, які звернулись до жіночої консультації з метою планування наступної вагітності. До контрольної групи віднесено 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та пологів в анамнезі. Всім жінкам як основної, так і контрольної груп проводилось дослідження вмісту вітаміну D в сироватці крові. Жінки основної групи були розподілені на дві підгрупи: група А – 50 жінок, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи на прегравідарному етапі протягом 3 місяців до настання вагітності та в першому триместрі вагітності (по 2000 ОД на добу препарату вітаміну D перорально та вітамінно-мінеральний комплекс по 1 таблетці зранку); група Б – 50 жінок, які не отримували прегравідарної підготовки. Статистичний аналіз результатів досліджень проводився шляхом застосування методів варіаційної статистики за допомогою програм Statistica 6.0 і Microsoft Excel 5.0. Різниця між величинами, які порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. На початку дослідження вихідний рівень вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок із ранніми гестозами в анамнезі склав 25,9 нг/мл у групі А, 25,91 нг/мл – у групі Б та 28,0 нг/мл – у жінок контрольної групи.

Тільки у 18,0 % жінок із основної групи визначається достатній рівень вітаміну D, тоді як у жінок контрольної групи достатній рівень спостерігається у 63,3 % ($p < 0,05$). Аналіз частоти виявлення недостатності або дефіциту вітаміну D показав, що кількість пацієток основної групи з недостатністю та дефіцитом вітаміну D значно переважає над кількістю з нормальним рівнем вітаміну D.

Під час вивчення ефективності лікувально-профілактичних заходів щодо вмісту вітаміну D протягом двох місяців встановлено позитивний ефект у жінок із групи А в порівнянні з групою Б. Після застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів достатній рівень вітаміну D спостерігали у 54,0 % жінок основної групи порівняно з 20 % у жінок порівнюваної групи (групи Б). Недостатність вітаміну D спостерігалася у 28 % пацієток групи А у порівнянні з вихідним рівнем 38 %, а дефіцит – у 18 % пацієток групи А порівняно з вихідним рівнем 44 % ($p < 0,05$). Через 3 місяці застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів рівень вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок склав 28,8 нг/мл у групі А та 25,84 нг/мл – у групі Б. Вагітність наступила у 48 жінок досліджуваної групи, що становить

96 % та у 40 жінок (80 %) групи порівняння. Прояви блювання вагітних спостерігалися тільки у 10 жінок групи А, що становить 20,8 %, а у групі порівняння – 25 жінок (62,5 %). У жінок із основної групи переважали симптоми блювання вагітних легкого ступеня, а у жінок із групи порівняння – блювання тяжкого ступеня.

Висновки

1. При застосуванні лікувально-профілактичного комплексу прегравідарної підготовки препаратом Аквадетрим 2000 Од на добу перорально та вітамінно-мінерального комплексу «Елевіт пронаталь» зменшується кількість випадків недостатності та дефіциту вітаміну D ($p < 0,05$), що позитивно впливає в подальшому на перебіг вагітності.

2. При застосуванні запропонованої нами прегравідарної підготовки відсоток настання вагітності був достовірно вищим – 96 % проти 80 % ($p < 0,05$).

3. Аналіз перебігу I триместру вагітності показав у пацієнток групи А достовірно нижчу частоту проявів раннього гестозу (у 3 рази; $p < 0,05$), що відповідає клінічно значущому ефекту запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

КОРЕКЦІЯ НЕКОМПЕТЕНТНОСТІ ШИЙКИ МАТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Корсак В. В., Пацкань І. І.

м. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Частота некомпетентності шийки матки (НШМ) серед усіх вагітних жінок становить 1,8 % і є актуальною проблемою акушерства.

Мета: виявити особливості перебігу вагітності та родів відповідно до методу корекції НШМ і використаного шовного матеріалу.

Матеріали та методи. Проведено серкляж 25 вагітним з використанням плетеної нитки (перша група), у інших 25 жінок використана моноплетка (друга група), крім того 25 вагітним введено акушерський розвантажувальний песарій (третья група).

Результати. Пацієнтки після серкляжу частіше госпіталізувалися з приводу загрози переривання вагітності та передчасного розриву плодового міхура, ніж після ведення песарію ($p < 0,05$). Пацієнтки після серкляжу плетеною ниткою частіше госпіталізувалися з приводу загрози переривання вагітності, бактеріального вагінозу, кольпіту, багатоводдя, передчасного розриву плодового міхура, ніж після моноплеткового шва ($p < 0,05$). У першій групі своєчасні роди наступили 76,1 % жінок, передчасні роди мали місце у 17,5 % вагітних, самовільні аборти – у 6,4 % вагітних. У другій групі відповідно 79,6 % вагітних розроджено своєчасно, 15 % передчасно і в 5,4 % випадків вагітність закінчилася самовільним абортom ($p < 0,05$).

В третій групі своєчасні роди наступили у 91,3 % вагітних, передчасні роди мали місце у 6,5 % вагітних, самовільні аборти у 2,2 % вагітних, відмінності були достовірними стосовно першої і другої груп обстежених жінок ($p < 0,05$).

Розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 33,4 % вагітних першої групи, у 29,2 % вагітних другої групи ($p > 0,05$) та у 15,7 % вагітних третьої групи ($p < 0,05$ відповідно до першої та другої груп).

Висновки. Метод корекції НШМ і шовний матеріал суттєво не впливають на терміни розродження. При використанні акушерського розвантажувального песарію розродження частіше проводиться через природні родові шляхи, при серкляжі – шляхом кесаревого розтину.