

*І. А. Боброва, Г. Ф. Метліна, А. О. Заславська*

## **РОЗРИВ МАТКИ ПРИ ДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ В АНАМНЕЗІ ( КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

КНП ПБ №1 ОМР м. Одеси

Розрив матки представляє серйозну проблему в акушерстві, медицині, суспільстві.

**Метою** нашого дослідження було описати клінічні прояви розриву матки в 38 тижнів вагітності через 5 років після консервативної міомектомії.

**Методи дослідження.** Проаналізовано матеріали медичної документації, визначено особливості перебігу вагітності за триместрами, операції ургентного кесаревого розтину, післяопераційного періоду, лабораторних показників, даних ультразвукових досліджень, стану плода при народженні.

**Результати дослідження та обговорення.** Вперше вагітна жінка віком 27 років перенесла операцію консервативну міомектомію 5 років поспіль. Доставлена у пологовий будинок з клінічними ознаками внутрішньочеревної кровотечі. Під час операції лапаротомії за ургентними показаннями підтверджено внутрішньочеревну кровотечу із місця розриву по задній стінці тіла матки ближче до дна розмірами 8x9 см. Після тампонади місця розриву, виконано кесарів розтин. Навколоплідні води були прозорі. Дитина народилася з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів. Оболонки без видимої патології. Пуповина довжиною 70 см, звичного кольору. Плацента розміром 25x21x 3,0x0,5 см з поодинокими петрифікатами у центральних ділянках відділилася і видалена. Матка скоротилася. Матку виведено в рану, розріз ушито двох рядним швом вікриловою ниткою. Виконано огляд місця розриву матки: кратероподібної форми отвір у порожнину матки з рваними краями темно-вишневого кольору розміром 5 x 6 см. Край рани освіжили гострим шляхом. Рану зашили окремими вузловими вікриловими швами у два ряди. Туалет черевної порожнини. Гемостаз досягнуто. Дренування черевної порожнини. Пошарові шви на рану. Післяопераційний, пізній післяпологовий період перебігали на тлі анемії першого ступеня тяжкості.

**Висновки.** Спостереження за перебігом вагітності у жінок з синдромом оперованої матки має ряд особливостей. Важливим є контроль за спроможністю тканин матки у ділянках вилучення лейоматозних вузлів за допомогою ультразвукового дослідження, в тому числі доплерометрії.

**Ключові слова:** розрив матки, внутрішньочеревна кровотеча, лейоматозний вузол.

*<sup>1</sup>С. А. Бурмей, <sup>1,3</sup>М. В. Івашко, <sup>2</sup>В. В. Артьоменко, <sup>1,3</sup>Н. В. Бойко*

### **ВАГІНАЛЬНІ ДИСБІОЗИ: КОРЕКЦІЯ НА ЗАСАДАХ МЕДИЦИНИ ЗП**

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський Національний університет»

<sup>2</sup>Одеський Національний Медичний Університет

<sup>3</sup>ТОВ «Едієнс», м. Ужгород

Порушення рівноваги вагінального мікробіому веде до виникнення низки захворювань жінок репродуктивного віку.

**Предмет.** Спосіб персоніфікованої корекції вагінального мікробіоти при дисбіозах.

**Метою** роботи є дослідження особливостей вагінальної мікробіоти за дисбіотичних порушень та здійснення її корекції за допомогою індивідуального підбору і призначення новітніх фармабіотиків – біопрепаратів, ефективність яких клінічно доведена.

**Матеріали та методи.** Досліджували вагінальний секрет жінок репродуктивного віку. З анамнезу відомо, що пацієнок турбували постійний свербіж в інтимній зоні, дискомфорт та біль під час статевого акту. Бактеріологічне дослідження здійснювали шляхом кількісного посіву біоматеріалу на поживні середовища з подальшою ідентифікацією виділених мікроорганізмів до виду та встановленням їх етіологічної ролі. Корекцію вагінальної мікробіоти здійснювали персоналізовано з використанням 6 фармабіотиків, а саме: *Lactobacillus plantarum* A, *L. bulgaricus* A6, *L. bulgaricus* A22, *L. bulgaricus* S6, *L. bulgaricus* S19 та *L. rhamnosus* S25. Ефективними фармабіотиками вважали ті, які проявляли антагоністичну дію по відношенню до етіологічно значимих умовно-патогенних мікроорганізмів, концентрації яких були за межами норми, та які не впливали на ріст представників коменсальної мікробіоти...

**Результати та обговорення.** Було виявлено, що найчастіше дисбактеріоз зумовлювали понаднормові кількості КУО/мл *Enterococcus faecalis* і *Escherichia coli*, lac+, штамів умовно-патогенних бактерій *Staphylococcus haemolyticus* та мікроскопічних грибів *C. albicans* та *C. guilliermondii*. Було виявлено низький вміст бактерій роду *Lactobacillus* spp. та повну відсутність *Bifidobacterium* spp.. Персоналізована корекція вагінальної мікробіоти показала, що штами *Lactobacillus bulgaricus* S19 та *L. rhamnosus* S25 виявляли максимальну ефективність стосовно *E. faecalis* та *E. coli*, тоді як *L. plantarum* A, *L. bulgaricus* A6 та *L. bulgaricus* A22 найчастіше пригнічували ріст *S. haemolyticus*. Найдієвішим біопрепаратом відносно *C. albicans* та *C. guilliermondii* виявився *L. plantarum* A.

**Висновки.** Персональна корекція вагінального мікробіому на засадах медицини ЗП є ефективним методом індивідуального попередження та лікування вагінозів встановленої етіології.

**Ключові слова:** вагінальний мікробіом, дисбіотичне порушення

УДК 618.14-007.274-039-089

І. З. Гладчук, Ю. Л. Каліцинська, Д. О. Григурко

## ПОРІВНЯННЯ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВИХ СІНЕХІЙ ПІСЛЯ МОНО- ТА БІПОЛЯРНОЇ ГІСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПІЧНОЇ МЕТРОПЛАСТИКИ У ЖІНОК З НЕПОВНОЮ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЮ ПЕРЕТИНКОЮ

Одеський національний медичний університет

**Актуальність.** Найбільш поширеною вродженою аномалією розвитку жіночих статевих органів вважається внутрішньоматкові перетинки (ВМП), частота яких коливається від 2 до 3% у жінок репродуктивного віку, що становить 80-90% усіх вад розвитку матки. Гістероскопічна метропластика (ГМ) є «золотим» стандартом у лікуванні ВМП. Для її проведення використовуються різні хірургічні техніки та енергії, але консенсусу щодо оптимальної методики хірургічного лікування ВМП до сих пір не знайдено. Одним із серйозних ускладнень після ГМ є формування внутрішньоматкових сінехій (ВМС), які характеризуються зменшенням об'єму менструальної крові, аменореєю, безпліддям і невиношуванням, що серйозно впливає на репродуктивне здоров'я жінок.

**Мета.** Порівняти частоту виникнення ВМС після моно- та біполярної ГМ.

**Матеріали і методи.** Ретроспективно було проаналізовано дві групи хворих по 40 осіб з неповними ВМП. Пацієнти були розділені на дві групи на основі методу, що використовується для ГМ. В одній групі проводилась ГМ з використанням біполярного електроду, в іншій — з монополярним. Усі операції проведені під внутрішньовенним знеболенням в умовах стаціонару без додаткової передопераційної гормональної терапії.