Материал и методы исследования

Исследования проводились на кафедре акушерства и гинекологии №2 ХНМУ, на базе Харьковского регионального перинатального центра КЗОЗ «ОКЛ ЦМД и МК». Обследовано 106 беременных. Все женщины были разделены на 3 группы: 1) группа сравнения – 20 женщин с нормально протекающей беременностью и родами, в возрасте 22-35 лет, 2) беременные с гестационным пиелонефритом - 28 женщин, в возрасте 17-39 лет, 3) беременные с хроническим пиелонефритом - 58 женщин, в возрасте 23-40 лет.

Материалом для исследования явился гомогенат плаценты. Образцы плаценты измельчали на холоде, гомогенизировали в гомогенизаторе Поттера, центрифугировали. Надосадочную жидкость использовали для определения биохимических показателей.

Концентрацию холестерина в гомогенате плаценты определяли с помощью наборов реагентов фирмы «Ольвекс» (Россия). Содержание прогестерона в плаценте определяли иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов фирмы «Вектор БЕСТ» (Россия).

Результаты исследования и их обсуждение

В плацентарной ткани уровень холестерина был изначально высокий, так как холестерин является метаболическим предшественником стероидных гормонов плаценты, в том числе прогестерона. Оценка содержания холестерина и прогестерона в гомогенатах плаценты показала, что уровень холестерина был достоверно ниже в плацентах при хроническом пиелонефрите в стадии обострения и при гестационном пиелонефрите. В группе женщин с физиологически протекающей беременностью уровень холестерина составил 26,65±1,34мкг/г ткани, в группе гестационного пиелонефрита - 17,93±1,25мкг/г ткани ($p<0,01$), в группе хронического пиелонефрита в стадии обострения – 19,86±1,09мкг/г ткани ($p<0,02$), в группе хронического пиелонефрита в стадии ремиссии – 21,45±2,00мкг/г ткани ($p<0,05$).

Параллельно наблюдалось уменьшение содержания прогестерона в надосадочной жидкости: в группе сравнения - 1,35±0,1нг/мл, в группе гестационного пиелонефрита - 0,89±0,06нг/мл ($p<0,02$), в группе хронического пиелонефрита в стадии обострения - 0,86±0,05нг/мл ($p<0,02$), в группе хронического пиелонефрита в стадии ремиссии - 1,05±0,07нг/мл ($p <0,05$). Это свидетельствовало о значительном снижении функциональных гормонпродуцирующих возможностей плацентарной ткани при пиелонефрите у беременных. Однако, как стало известно из результатов морфологического исследования тех же плацент, этот дефицит в большинстве случаев, компенсировался гипертрофией плаценты, гиперплазией терминальных ворсинок, гиперплазией ядер синцитиотрофобласта.

Выводы

Содержание холестерина и прогестерона в плацентарной ткани при пиелонефрите у беременных достоверно снижено, особенно при гестационном пиелонефрите и при обострении хронического пиелонефрита.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

ЗАПОРОЖАН В.М., ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., КОЖАКОВ В.Л., ВОЛЯНСЬКА А.Г.

Одеський національний медичний університет

Ендометріоз є поширеним захворюванням у жінок репродуктивного віку. Глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ) в більшості випадків потребує хірургічного лікування, показаннями до якого є хронічний тазовий біль і (або) безпліддя.

Метою хірургічного лікування ГІЕ є видалення всіх видимих уражень для мінімізації ризику рецидивів та покращення фертильності. Але наразі відсутні стандартизовані підходи до методики та техніки хірургічної процедури при ГІЕ.

Матеріал і методи дослідження

Протягом 5 років (2010-2014) нами було виконано 195 лапароскопічних операцій у пацієнток з глибоким інфільтративним ендометріозом. Показаннями до оперативного лікування був хронічний тазовий біль, резистентний до медикаментозної терапії та (або) безпліддя.

Стандартизоване лапароскопічне хірургічне втручання при ГІЕ включало такі кроки: 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини; 2) вісцероадгезіолізис, вторинна («second-look») лапароскопічна ревізія, верифікація ГІЕ, його локалізації та стадії, візуалізація сечоводів; 3) хірургічне лікування ендометріом (з використанням техніки енуклеації та часткової аблації); 4) тимчасова фіксація яєчників; 5) латеральна резекція очеревини (тотальна або часткова); 6) центральна дисекція очеревини (дисекція Дугласа, в тому числі, за необхідності, з розкриттям піхви та резекцією склепіння піхви); 7) «гоління» або резекція ендометріозних вузлів з прямої кишки, сечового міхура, сигмоподібної кишки, сечоводів, апендектомія (за необхідності); 8) евакуація макропрепаратів, перевірка цілісності органів таза; 9) контроль гемостазу; 10) дренування черевної порожнини.

Результати дослідження та їх обговорення

Всі операції мали сприятливі результати. «Гоління» прямої кішки виконано в 35 (17,9 %) випадках, резекція кишки – в 17 (8,7%) резекція сечового міхура – в 10 (5,1%), уретеролізис – в 6 (3,1 %), апендектомія – в 11(5,6%) випадках, резекція заднього склепіння піхви - у 40 (20,5 %) пацієнток.

Рецидиви глибокого інфільтративного ендометріозу нами виявлено у 15 (7,7 %) хворих, які не отримували або відмовились від післяопераційного медикаментозного лікування, а також у пацієнток з репродуктивними намірами, які не завагітніли протягом 12-18 місяців спостереження.

Висновок

Стандартизація лапароскопічного хірургічного лікування при глубокому інфільтративному ендометріозі може сприяти покращенню найближчих та віддалених результатів лікування.

ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ З ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

КАМІНСЬКИЙ В.В., АНОШИНА Т.М.

Національна академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика, м.Київ

Доведено, що перебіг вагітності у ВІЛ-інфікованих часто супроводжується затримкою росту плода, низькою вагою при народженні, антенатальною загибеллю плода, передчасними пологами, несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод. За даними ряду авторів, ці ускладнення частіше виникають внаслідок дії ВІЛ-асоційованих інфекцій, а не ВІЛ. Численні дослідження показали, що у ВІЛ-інфікованих жінок у структурі асоційованих інфекцій з високою частотою виявляється інфікування вірусами герпетичної групи.

Матеріал і методи дослідження

Проведений клініко-статистичний аналіз 1177 індивідуальних карт вагітних з ВІЛ, історій пологів та історій розвитку новонароджених, що народились на базі Київського міського центру репродуктології та перинатальної медицини за період з 2009 р. по 2013 р. Контрольну групу склали 200 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності та пологів.

Результати дослідження та їх обговорення

Виявлено, частота герпесвірусної інфекції за 5 років серед ВІЛ-інфікованих склала 372 (42,3 %), а серед жінок контрольної групи 28,0 % ($p < 0,05$). За наявними даними, можна вважати, що у 8,5 % ВІЛ-інфікованих вагітних відмічено первинне інфікування герпесвірусами, яке є особливо небезпечним для плода, у 27,2 % – реактивація інфекції, тоді як у значно більшої частини жінок контрольної групи (86,0 % проти 64,3 % у жінок основної групи, $p < 0,05$) спостерігався хронічний латентний перебіг інфекції без рецидивування під час вагітності. Схильність опортуністичних інфекцій до рецидивування, що є суттєвим фактором ризику акушерських і перинатальних порушень. Встановлений низький соціальний статус ВІЛ-інфікованих жінок, наявність шкідливих звичок, висока частота сполучених інфекцій та низька комплаєнтність до лікування є додатковими факторами ризику розвитку ускладнень вагітності, пологів та порушення стану плода і новонародженого.

Перебіг даної вагітності був обтяжений у 84,3 % вагітних групи спостереження. У жінок з ГВІ була вища частота плацентарної недостатності (41,3 проти 35,4 % відповідно, $p < 0,05$), загрози переривання вагітності та загрози передчасних пологів, дистресу плода (при наявності ГВІ – 26,7 %, без ГВІ 21,5 % проти 3,5 % у жінок контрольної групи, $p < 0,05$)..

У вагітних основної групи спостереження зафіксовано у 2 рази вища частота передчасного виливу навколоплідних вод, подовження безводного періоду. У 22,3 ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ пологи при ЗРП ускладнились дистресом плода (проти 16,5 % у жінок з ВІЛ без ГВІ, $p < 0,05$).

Частота кесаревого розтину у вагітних з ВІЛ-інфікованих вагітних при ГВІ складала 26,2 проти 18,1 % ($p < 0,05$). Передчасні пологи при ВІЛ стались у 15,4 та 9,0 % жінок з ГВІ та без ГВІ ($p < 0,05$). Передчасні пологи у терміні до 34 тижнів вагітності відповідно у 4,2 та 1,5 %.

Материнська смертність за 5 років відмічена у 2 випадках (0,1 ‰), у обох жінок була ГВІ, перинатальна у 12 випадках, 8 (21,5 ‰) з них у жінок з ГВІ, 6 (16,1 ‰) і 2 (5,4 ‰) відповідно антенатальна і перинатальна.

Стан дітей від ВІЛ-інфікованих матерів при ГВІ також був дещо гіршим: 12,1 % проти 6,2 % у дітей від жінок без ГВІ дітей народились у стані тяжкої асфіксії ($p < 0,05$), з гіпотрофією 31,3 %, проти 25,7 % ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що у 14 (3,8 %) дітей ВІЛ-інфікованих матерів з ГВІ та 4 (0,8 %) від матерів без ГВІ ($p < 0,05$) у кінці 1-ї доби діагностовано внутрішньоутробну пневмонію.

Висновок

Проведений ретроспективний аналіз підтвердив негативний вплив герпесвірусної інфекції як на перебіг ВІЛ-інфекції, стан жінки, перебіг вагітності, пологів, стан плода і новонародженого. Механізми такого впливу та його зниження та профілактики потребують подальшого дослідження.