

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

ЕФЕКТИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДО- ТА МІОМЕТРІЯ

Нікітіна І. М., М. Л. Кузьоменська, С.А. Сміян, Д. А. Прасол

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Гіперпластичні процеси ендо- і міометрія у жінок репродуктивного і пременопаузального віку в більшості випадків є клініко-морфологічними проявами несприятливого преморбідного фону, системних порушень організму жінки, що проявляється частим поєднанням їх з екстрагенітальною патологією (у кожній третій пацієнтки), запальними процесами геніталій (понад 70 % хворих), доброякісними захворюваннями яєчників та молочних залоз (до 40 % пацієнток), ендометріозом та супутнім безпліддям (до 18 % хворих).

Мета дослідження: покращення результатів лікування та якості життя жінок репродуктивного та пременопаузального віку з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія шляхом органозберігаючих лікувальних технологій.

В процесі наукового дослідження на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру обстежено 72 жінки віком 39-49 років (середній вік 42,1 роки). Пацієнтки з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія (52 хворих) склали основну групу. З цього числа у 25 хворих діагностовані гіперпластичні процеси ендометрія; у 15 пацієнток - аденоміоз; 12 пацієнток мали поєднані гіперпластичні процеси ендометрія і міометрія. Контрольну групу склали 20 жінок віком 39-49 років з відсутністю патології ендо- і міометрія. Ультрасонографію здійснювали в I та II фазу менструального циклу за допомогою сканерів з використанням трансабдомінального (3,5 МГц) і трансвагінального датчиків (5-7,0 МГц) з функцією кольорового доплерівського сканування та доплерометрії. Імуногістохімічні дослідження зразків ендометрія проводили за допомогою стандартних наборів антитіл фірми DAKO Cytomation (Denmark). Гістологічні дослідження виконували за стандартною методикою серійних зрізів на базі гістологічної лабораторії Сумського державного університету. Ендохірургічні втручання (гістерорезектоскопії, лапароскопії) виконували за типовою методикою. Статистичну обробку отриманих даних проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм.

Результати. Імуногістохімічне дослідження зразків ендометрія, взятих при гістерорезектоскопії та діагностичному вишкрібанні матки, у пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія виявило зменшення експресії прогестеронових рецепторів при збереженому або збільшеному рівні експресії естроген-рецепторів (ER). Рівні експресії прогестеронових рецепторів (PR) зі збільшенням віку хворих мали тенденцію до зменшення, на відміну від ER, що призводило до зменшення індексу PR/ER. При супутньому аденоміозі мали місце різноспрямовані коливання експресії ER і PR, збільшення рівня маркера проліферації Ki-67. При супутній інтрамуральній міомі матки спостерігали більшу частоту позитивної експресії як естрогенових, так і прогестеронових рецепторів в ендометріальних залозах і стромі. Були розроблені діагностично-лікувальні алгоритми ведення пацієнток з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія з урахуванням даних анамнезу, клінічної картини, супутніх захворювань, рівня експресії рецепторів стероїдних гормонів та маркера проліферації. Так, хворим з позитивною експресією ER і PR (1 група, n = 25) в комплексному лікуванні, після нормалізації мікробіоценозу піхви пропонували введення левоноргестрел-реалізуючої внутрішньоматкової системи. Пацієнткам зі зменшеною та різноспрямованою експресією рецепторів стероїдних гормонів та при тенденції до збільшення рівня маркера проліферації Ki-67 перевагу надавали хірургічному лікуванню — тотальній гістероскопічній резекції ендометрія (2 група, n = 15). Ефективність запропонованих лікувальних підходів оцінювали шляхом клінічного спостереження, оцінки стану менструальної функції, динамічного ультрасонографічного контролю, доплерометрії кровотоку в ендо- і міометрії, контрольних цитологічних і гістологічних досліджень. Стійкий лікувальний ефект у вигляді аменореї через 6 місяців мав місце у пацієнток 1 групи в 65,0 % випадках, гіпоменореї — у 33 % пацієнток, в 2 групі відповідно аменорея розвинулась у 71,2 %, гіпоменорея — 24,8 %, що

супроводжувалось зменшенням кровотоку в артеріях матки за даними доплерометрії, утворенням синехій в порожнині матки.

Висновок. Використання розроблених діагностично-лікувальних алгоритмів в залежності від рівнів експресії ER і PR, маркеру проліферації Ki-67 дозволяє покращити результати органозберігаючого лікування хворих з рецидивуючими гіперпластичними процесами ендометрія та супутній патології міометрія (невеликі інтрамуральні міоми матки, аденоміоз), є патогенетично виправданим і сприяє кращим віддаленим результатам лікування, що підвищує якість життя пацієнток

ПРОФІЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ ШЛЯХОМ РАЦІОНАЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВІЛ – ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

*Нікітіна І.М., к.мед.н., Ліповська В.В., к.б.н., Маренцева Л.В., к.мед.н., Савченко Б.М.
Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології, кафедра гігієни з
курсом мікробіології*

Протягом останніх років в Україні значно зросла кількість ВІЛ – інфікованих жінок репродуктивного віку, та, як наслідок, зросла кількість дітей, народжених ВІЛ – інфікованими матерями. З самого початку епідемії ВІЛ / СНІДу науковці всіх країн одним із пріоритетних питань ставили питання профілактики передачі ВІЛ від інфікованої матері до дитини. Серед механізмів інфікування дитини вірусом імунодефіциту людини 70 – 90 % припадає на перинатальне інфікування, в структурі якого на долю інтранатальної передачі вірусу приходить 60 – 65 % наряду із 23 – 27 % під час вагітності та 12 – 20 % під час грудного вигодовування. Важливим для зниження ризику інфікування в пологах є вибір способу розродження ВІЛ – інфікованої вагітної. Гемостатичний кесарський розтин, виконаний у плановому порядку до розриву плодових оболонок на фоні проведення антиретровірусної терапії знижує рівень трансмісії ВІЛ до 2 – 5,5 %, але його проведення після початку пологової діяльності та при порушенні цілісності плодового міхура або при вірусному навантаженні 1000 та менше вірусних копій в 1 мл, не впливає на рівень інфікування дитини. Схеми ведення пологів у ВІЛ – інфікованих роділь недосконалі, дотримання загальноприйнятих рекомендацій наряду із застосуванням антиретровірусних препаратів дозволяє знизити рівень материнсько – плодової трансмісії ВІЛ до 14 – 18 %.

Мета дослідження: зменшити перинатальну захворюваність та смертність шляхом покращення діагностики, моніторингу ефективності профілактики материнсько – плодової передачі ВІЛ та раціонального розродження ВІЛ – інфікованих жінок.

Дослідження проводились на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2010-2013 років. Для вирішення поставлених завдань комплексно обстежено 120 ВІЛ – інфікованих вагітних. Перебіг вагітності та пологів у ВІЛ – інфікованих жінок супроводжується високою частотою ускладнень, серед яких домінують: анемія вагітних – 57,5 %, загроза переривання вагітності – 30 % та передчасних пологів – 14,2 %, бактеріальний вагіноз – 28,3 %, плацентарна дисфункція – 25,8 %. Серед патологій пологів у роділь з ВІЛ має місце передчасний розрив навколоплідних оболонок у 51,7 % та аномалії пологової діяльності переважно у вигляді слабкості пологової діяльності – 24,2 %, що призводить до зростання безводного періоду, загальної тривалості пологів, збільшення часу контакту плода із кров'ю та пологовими шляхами матері, збільшення рівню травматизму під час пологів та, як наслідок, до значного підвищення ризику інфікування дитини під час пологів. Призначення антиретровірусної терапії з метою профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ проводилось відповідно існуючих нормативних документів. ВІЛ-інфікованим вагітним, котрі отримувала АРТ під час вагітності та вірусне навантаження у яких невідоме або >1000 копій/мл у третьому триместрі вагітності підлягали родорозрішенню шляхом елективного планового кесарського розтину з метою зниження вертикальної передачі ВІЛ на 37 - 38 тижнях вагітності без амніоцентезу за методикою М.Песарезі, при якому повністю виключається