

Ехографічне і доплерометричне дослідження проводили за допомогою ультразвукового апарата Esoate MyLab, Class C; кардіотокографічне дослідження – за допомогою кардіомонітора Sonicaid Team Care, Oxford з комп'ютерною обробкою отриманих даних.

Отримані результати: При обстеженні нами виявлено, що ЗРП I ст. була у 18 пацієток (36%), ЗРП II ст. – у 24 (48%), ЗРП III ст. – у 8 (16%).

Операція кесарева розтину проведена 35 пацієнтам, що відповідає 70%. Основними показаннями до кесарева розтину були:

1) дистрес плода під час вагітності - 12 випадків. При цьому ЗРП III-го ст. була у половини вагітних.

2) преeklampsія тяжкого ступеня, яка не піддавалась медикаментозної корекції - 5 (з них у 2 – мали ЗРП III-го ст., у 1 пацієтки - ЗРП II-го ст., у 1 жінки - ЗРП I-го ст.)

3) дистрес під час пологів був у 5 пацієток з ЗРП II-го ст. Також у них за даними доплерометрії був діагностовано НМПК 2-го ст.

4) рубець на матці після кесаревого розтину із витонченням був у 3, з них 2 жінки мали ЗРП II-й ст. і 1 жінка - ЗРП I-й ст.)

В одному випадку пологи закінчилися накладенням вакуум-екстрактора, причиною якого було подвійне туге обвивання пуповиною навколо шиї плода у жінки з ЗРП I-го ст.

Висновки.

1. Вагітним групи ризику на ЗРП треба проводити УЗД починаючи наприкінці II - початку III триместра.

2. Усім жінкам із ЗРП необхідно проводити КТГ, доплерометричне обстеження матково-плацентарного та плодово-плацентарного русла для діагностики стану плода та оцінки його компенсаторних можливостей, що дає можливість вибору раціональної акушерської тактики та покращить перинатальні наслідки.

3. Жінки із ЗРП та патологічними змінами при доплерометрії складають групу ризику за оперативними методами розродження.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВРОДЖЕНОГО ТА АДАПТИВНОГО ІМУННОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ В ТЕРМІНІ ГЕСТАЦІЇ 26-34 ТИЖНІ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕДЧАСНИМ РОЗРИВОМ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

Круть Ю.Я., Любомирська К.С.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства та гінекології

Нині у зв'язку з широким розвитком можливостей імунології репродукції вивчення імунологічних аспектів вагітності та її переривання стало одним з найактуальніших і перспективніших, і все більше дослідників приходять до висновку про значну роль скоординованої роботи вродженої і

адаптивної систем імунітету в розвитку невиношування (Nitsche S.F., Brost V.C., 2012). Вивчення їх особливостей дозволить уточнити системні імунні механізми, що визначають розвиток невиношування вагітності в пізні терміни, передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) та передчасних пологів (ПП), на підставі яких можлива розробка прогнозу результатів вагітності, що має велике значення для практичного акушерства.

Мета дослідження: визначити експресію компонентів вродженого та адаптивного імунітету шляхом визначення відносного рівня м-РНК Toll-like receptors – TLR2, TLR4, прозапальних цитокінів IL-1 β і IL-17 α , регуляторів диференціювання Т-лімфоцитів T-bet (Th1), RAR-related orphan receptor gamma – ROR γ t (Th17), forkhead box P3 – Foxp3 (Treg) в плаценті та плодових оболонках при ПРПО в терміні гестації 26-34 тижні.

Матеріали та методи дослідження: нами було проведено аналіз перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків, дослідження імунної відповіді на місцевому рівні 80 жінок з ПРПО в терміні гестації 26-34 тижні та 50 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності та термінових пологів, пологорозроджених на базі КУ «Обласний перинатальний центр» ЗОР за період 2015-2017 рр. Для аналізу експресії генів використовували метод полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією в режимі реального часу (ЗТ-ПЛР). Об'єктом дослідження були плацента і плідні оболонки, фіксовані у нейтральному формаліні. Для визначення рівня експресії мРНК генів TLR2 (NM_001318787.1), TLR4 (NM_138554.4), IL1 β (NM_000576.2), IL17A (NM_002190.2), FOXP3 (NM_014009.3), T-box21 (Tbet) (NM_013351.1), RORC (ROR γ t) (NM_005060.3) використовували ампліфікатор CFX96™ Real-Time PCR Detection Systems («Bio-Rad Laboratories, Inc.», США) і набір реактивів Luminaris HiGreen Fluorescein qPCR MasterMix (ThermoScientific, США).

Результати дослідження: Відносна нормалізована кількість мРНК гена TLR2 в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $31,06 \pm 41,06$, в плодових оболонках – $10,22 \pm 24,14$. Кількість мРНК гена TLR4 в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $7,74 \pm 11,42$, в плодових оболонках – $40,04 \pm 63,66$. Відносна нормалізована кількість мРНК гена IL1 β в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $25,08 \pm 50,1$, в плодових оболонках – $23,83 \pm 29,71$. Кількість мРНК гена IL17A в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $5,69 \pm 11,27$, в плодових оболонках – $19,31 \pm 25,47$. Відносна нормалізована кількість мРНК гена FOXP3 в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $0,12 \pm 0,36$, в плодових оболонках – $0,38 \pm 0,29$. Кількість мРНК гена T-box21 (Tbet) в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $20,29 \pm 69,03$, в плодових оболонках – $16,91 \pm 25,53$. Відносна нормалізована кількість мРНК гена RORC (ROR γ t) в плаценті у вагітних з ПРПО по відношенню до контролю склала $4,77 \pm 8,02$, в плодових оболонках – $24,43 \pm 37,57$.

Висновки: Сучасний молекулярно-генетичний метод дослідження дозволив виявити ключові імуніопосередковані ланки розвитку ПРПО на місцевому рівні в терміні гестації 26-34 тижні у вигляді порушення експресії рецепторів вродженого імунітету, і як наслідок, дисбаланс Т-хелперів Th1/ Th17/ Treg.

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО МІКРОДОЗОВАНОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВУ З ХЛОРМАДІНОНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ І ДИСМЕНОРЕЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.

Круть Ю.Я.¹, Грідіна І.Б.², Авраменко Н.В.²

Запорізький державний медичний університет

¹ - кафедра акушерства та гінекології,

² - кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини
факультету післядипломної освіти

Актуальність. Передменструальний синдром (ПМС) - це складний патологічний симптомокомплекс, що виникає в передменструальні дні і проявляється нервово-психічними, вегетативно-судинними та обмінно-ендокринними порушеннями. У жінок у віці до 20 років ПМС зустрічається в 20% випадків, після 30 років у 30-35% випадків.

Зв'язок ПМС з овуляцією вважається доведеною. Останнім часом дуже часто спостерігається поєднання ПМС з дисменореєю і гіперполіменореєю. При цьому дисменорея в поєднанні з гіперполіменореєю є основною причиною короткочасної відсутності жінок репродуктивного віку на навчальних та робочих місцях.

Мета дослідження. Вивчення ефективності лікування симптомів ПМС і дисменореї у жінок репродуктивного віку гормональним мікродозованим контрацептивом з хлормадіноном.

Матеріали та методи. Після отримання від пацієнток письмової інформованої згоди на участь у дослідженні були відібрані пацієнтки репродуктивного віку з наявністю циклічного характеру виникнення симптомів, відсутністю лікування ПМС і дисменореї протягом 3 місяців до дослідження, зникнення симптоматики ПМС з приходом менструації або відразу після її закінчення. Тривалість симптомів дисменореї до 72 годин.

Всім пацієнткам з ПМС і дисменореєю був призначений гормональний мікродозований контрацептив, що містить етинілестрадіол 30 мкг і хлормадінон 2 мг.

Після закінчення дослідження був проведений статистичний аналіз отриманих результатів. Для кількісної оцінки симптомів ПМС використовувався календар передменструального спостереження.

Результати дослідження

Під нашим спостереженням знаходилися 24 жінки, 18-38 років, середній вік $26,3 \pm 1,1$ року, які не мають протипоказань для прийому