

3'2005

ISSN 1684-7903

***БУКОВИНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
ВІСНИК***

3'2005

ЧЕРНІВЦІ

(15,0±1,4%), уреплазми та вагінальні гарднерелі – по 2 (10,0±1,2%), мікоплазми, цитомегаловірус та вірус герпеса – по 1 (5,0±0,4%). Разом з тим, у 3 (15,0±1,4%) практично здорових жінок також виявлені в змісті цервікального каналу хламідії та гарднерелі.

У контрольній групі в ендометрії у 2 (10,0±1,2%) жінок виявлені хламідії, а в пацієнток із безплідністю трубного походження виявлені хламідії у 2 (10,0±1,2%), в однієї – мікоплазма (5,0±0,4%), а в іншої – уреплазма (5,0±0,4%).

В ендотелії маткової труби практично здорових в однієї жінки (5,0±0,4%) переисували хламідії.

У жінок із безплідністю трубного походження переисетія хламідій виявлена в 7 пацієнток (35,0±3,2%, $p < 0,05$).

Висновки

1. У жінок із безплідністю трубного походження в досліджуваному матеріалі із цервікального каналу, матки і маткових труб переисетіє бактеріальна інфекція в популяційному рівні, близькому до критичного.

2. Хламідії, уреплазма, мікоплазма, вагінальні гарднерелі та вірус простого герпеса в цервікальному каналі в жінок із безплідністю труб-

ного походження трапляється з частотою контрольної групи, у порожній матки – в 2 рази частіше, у маткових трубах – значно частіше.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно продовжити дослідження мікробної контамінації генітального тракту в жінок із безплідністю.

Література

1. Савельєва Г.М. Современные подходы к лечению женского бесплодия // Междунар. мед. ж. – 1999. – №1. – С.130-139.
2. Савичева А.М., Башмакова М.А. Микробиологические исследования в диагностике репродуктивно значимых инфекций // Ж. акушерства и жен. болезней. – 2004. – №1. – С.16-21.
3. Серебряшкова К.Г. Современные возможности диагностики и лечения женского бесплодия // Медицина. – 2004. – №3(6) – С.55-60.
4. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия: Руководство для врачей / Под ред. В.И.Кулакова, Б.В.Леопова – М.: МИА, 200. – 782с.

PECULIARITIES OF MICROBIAL CONTAMINATION OF THE ENDOCERVIX, ENDOMETRIUM AND ENDOTHELIUM OF THE UTERINE TUBES IN WOMEN WITH TUBAL STERILITY

G.A.Kyryliak, O.M.Yuz'ko, S.G.Pryimak

Abstract. The author presents a characteristic of the specific composition and the population level of the infection which is mainly sexually transmitted, based on the content of the endocervix, endometrium and endothelium of the uterine tubes, which was collected during laparoscopy in 20 women with tubal sterility and in 20 women of a control group. Bacterial infection persists at the population level approaching the critical one asand so do Chlamydiae, Ureaplasma, Mycoplasma and herpes virus in women with sterility.

Key words: microbial contamination, sterility, laparoscopy

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. 2005. Vol.9, №3. - P.98-100

Надійшла до редакції 18.03.2005 року

УДК 618.2 + 618.4 + 618.6] – 06: 616.36 – 002 – 022

Є.В.Коханевич, Р.М.Мицода

ПОЛОГИ В ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології (зав. – проф. С.В.Коханевич)

Київської медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шулика

Кафедра охорони материнства та дитинства (зав. – проф. М.М.Ганіч)

факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету

Резюме. У статті розглянуто перебіг пологів у жінок, які перехворіли на вірусний гепатит В під час вагітності. Проведено аналіз перебігу пологів у 51 жінки, що страждали на ВІВЗ під час гестації та в 100 жінок з фізіологічними пологами.

Ключові слова: пологи, вірусний гепатит В, ускладнення.

Вступ. Число людей, інфікованих вірусним гепатитом В (ВІВЗ), має значні географічні коливання – від 0,3-0,5% поширення ВІВЗAg в населен-

ня Північної та до 30% в тропічних країнах [5,8]. Сьогодні у світі 1 млрд. інфікованих та 350 млн. чоловік носіїв вірусу ВІВЗ, які є постій-

ним резервуаром та джерелом збудника [3,11]. Цим захворюванням порічно страждають 50 млн. людей, з яких біля 2 млн. помирає. Цироз, викликаний ВГВ, призводить до раку печінки в 85% випадків. За даними ВООЗ, смертність від захворювань печінки в найближчі 20 років у результаті широкого розповсюдження ВГВ виросте в 2 рази [2]. ВГВ є однією з причин підвищення захворюваності та смертності [10].

Кожного року в США народжується 20000 дітей у матерів, що є носіями поверхневого антигену. Без профілактики гепатиту 30% з них мають шанс хронізації захворювання та 25% – ризик померти від цирозу або раку печінки в дорослому віці [9].

ВГВ є реальною загрозою для життя жінки, плода та новонародженого. Захворювання в другій половині вагітності може ускладнитися гострою печінковою недостатністю з енцефалопатією, комою та високою летальністю (летальність поза вагітністю становить 0,4-2%, в вагітних – в 3 рази вище) [1,6,7]. Вивчення впливу ВГВ на перебіг пологів у жінок, що перенесли дане захворювання печінки під час вагітності, є актуальним.

Мета дослідження. Простежити перебіг пологів у жінок, які перенесли на ВГВ під час вагітності, для прогнозування та запобігання акушерським ускладненням.

Матеріал і методи. Проведено аналіз перебігу 51 пологів у жінок, що страждали на ВГВ під час тесзації та народжували на базі пологового будинку № 4 м. Кісва, і 100 пологів у жінок, що народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку м. Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження. Вихідною документацією для лабору матеріалу слугували індивідуальні карти вагітних та історії пологів.

За час проведення дослідження частота передчасних пологів у пологовому будинку № 4 коливалася від 4,9% до 6,2%, при 1,9% – 2,9% у фізіологічному відділенні пологового будинку м. Ужгорода. Кількість пологів, завершених операцією абдомінальним шляхом, була більшою в жінок з фізіологічного відділення – 12%-18%, при 8,4% – 11,5% у жінок з обсерваційного відділення. Перинатальна смертність зареєстрована меншою у роділь у м. Ужгороді – 7,4-9 %, при 10,6-14,6% у м. Кісві.

Роділлі були розподілені на 2 групи:

I – контрольна (КІ) – жінки, що народжували у фізіологічному відділенні;

II – порівняння (ГІ) – жінки, що перенесли ВГВ під час вагітності.

Групи були однорідними за статтю, віком, соціальним станом (жінки замужні), у певній мірі за спеціальністю (домогосподин або працюють за фахом, що не пов'язаний з фізичними навантаженнями та контактом з тератогенними речовинами), проживають в межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

У процесі роботи використовувалися наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, за потреби, сканування органів гепато-біліарної системи. У жінок, що перенесли ВГВ, особлива увага зверталася на рівні біспрубину, аланінамінотрансферази, аспарта-тамінотрансферази, загального білка, білкових фракцій та показників коагулограми. Діагноз ВГВ верифікований інфекціозієм.

Статистична обробка результатів клінічного спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 5.0. Перевірка гіпотез про рівність двох середніх проводиться за допомогою t-критерію Стьюдента. Критичне значення рівня значимості приймалося рівним 5%.

Результати дослідження та їх обговорення. Розглянути найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінена та розділена на вікові інтервали, причому жінки молодші 17 та старші 35 років у дослідженні не включалися. Віковий склад жінок представлений на рисунку (дані наведені в відсотках).

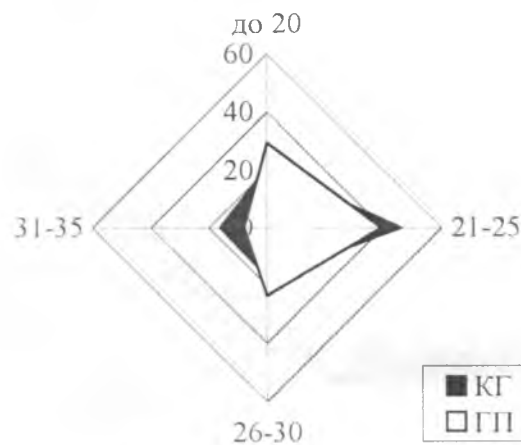


Рис. Віковий склад жінок

У всіх підгрупах досягнутий рівень значимості $p > 0,05$, що засвідчують числові дані: до 20 років – 21% у КІ та 29,4% у ГІ ($t=1,08$); від 21 до 25 років – 46% та 39,3% ($t=0,92$); 26-30 років – 17% та 23,5% ($t=0,92$); 31-35 років – 16% та 7,8% ($t=1,55$). Коефіцієнт кореляції вікових параметрів КІ та ГІ становив 0,8, тобто, між представленими даними існує сильний ступінь лінійного зв'язку. Стосовно терміну захворювання ВГВ, то до 10 тижнів вагітності зареєстровано 6 випадків, від 11 до 20 – 19; від 21 до 30 – 11 і 15 випадків у терміні тесзації від 31 до 40 тижнів, з них 4 на висоті пологів. У двох випадках зареєстрована антенатальна загибель плода, що супроводжувала ВГВ на висоті родів.

У КІ співвідношення пернороділь до повторнонароджуючих становило 65,0% до 35,0% при 90,2% до 9,8% у ГІ. Тобто, на ВГВ під час вагітності страждали частіше пернороділь. Результати аналізу пологів у досліджуваних групах, представлені в таблиці.

Таб. пши

Перебіг пологів у жінок досліджуваних груп

Позологічна форма	КІ		ІІІ	
	n	°о	n	°о
Швидкі пологи	2	2	7	13,3
Передчасні пологи	-	-	6	11,8
Переносена вагітність	6	6	1	1,9
Апгенатальна загибель плода	-	-	2	3,8
Первинна слабкість родової діяльності	3	3	1	1,9
Вторинна слабкість родової діяльності	1	1	1	1,9
Неефективність розбудження	2	2	1	1,9
Рододілення	4	4	5	9,8
Родозбудження	14	14	7	13,3
Дородове відходження навколоплідних вод	18	18	12	23,5
Раннє відходження навколоплідних вод	19	19	21	41,2
Великий плід	6	6	5	9,8
Пресекламісія І-ІІ ст.	2	2	1	1,9
Обвиття пуповини навколо ший плода	28	28	5	9,8
Кесарів розтин	9	9	2	3,8
Епізіо- та перинеотомія	36	36	21	41,2
Щільне прикріплення плаценти	2	2	1	1,9
Розриви м'яких родових шляхів	6	6	4	7,8
Ручне відділення та видалення плаценти	3	3	-	-
Ручна ревзія порожнини матки	5	5	2	3,8
Інструментальна ревзія порожнини матки	2	2	8	15,7
Дефекти плаценти та оболонки	4	4	8	15,7
Гіпотонія матки	4	4	-	-

Коефіцієнт кореляції між досліджуваними групами становив 0,74, тобто, лінійний взаємозв'язок між параметрами наявний.

Згідно з результатами дослідження, швидкими (майже у 7 разів частіше) були пологи в жінок з ІІІ – 13,3% проти 2% ($p < 0,05$, $t = 2,28$). Передчасними були 6 (11,8%) пологів у представниць м. Києва, за відсутності таких у роділь з м. Ужгорода. Переносеними, у свою чергу, у 3 рази частіше були пологи у КІ – 6% при 1,9% у ІІІ ($p > 0,05$, $t = 1,32$). Саме в жінок, що страждали на ВІВ, на висоті пологів зареєстровані два випадки апгенатальної загибелі плода.

Первинна слабкість родової діяльності спостерігалася частіше у КІ – 3% та 1,9% ($p > 0,05$, $t = 0,42$), а вторинна у ІІІ – 1,9% проти 1% ($p > 0,05$, $t = 0,42$).

Рододілення більш ніж удвічі частіше було застосовано в пологах у жінок з ІІІ – 9,8% при 4% в КІ ($p > 0,05$, $t = 1,26$). Родозбудження використовувалося майже з однаковою частотою в обох групах – 14% у КІ при 13,3% в ІІІ ($p > 0,05$, $t = 0,12$). Нами також встановлено достовірне зростання кількості випадків раннього відходження навколоплідних вод у жінок з обсерваційного відділення – 41,2% при 19% в КІ ($p < 0,01$, $t = 2,81$) та тенденція до збільшення відсотка кількості дородового відходження навколоплідних вод у цій же групі – 23,5% ІІІ та 18% у КІ ($p > 0,05$, $t = 0,78$). Великими частіше були повонароджені кияни – 9,8% при 6% в КІ ($p > 0,05$, $t = 0,79$).

Пресекламісія І-ІІ ст. супроводжували пологи в обох групах майже з однаковою частотою – 1,9% у ІІІ та 2% у КІ. Обвиття пуповини навколо ший плода частіше реєструвалося у фізіологічному відділенні – 28% при 9,8% у ІІІ ($p < 0,01$, $t = 2,5$).

Як засвідчують дані таблиці, статистично значимої різниці між групами не виявлено у частоті кесарева розтину – 3,8% у ІІІ та 9% у КІ ($p > 0,05$, $t = 1,33$), кількості епізіо- та перинеотомій – 41,2% у ІІІ та 36% у КІ ($p > 0,05$, $t = 0,59$) та відсотку розривів м'яких тканин родових шляхів – 7,8% у ІІІ та 6% у КІ ($p > 0,05$, $t = 0,41$).

Ручна ревзія порожнини матки децю частіше викладнилася перебіг пологів у фізіологічному відділенні – 5% проти 3,8% ($p > 0,05$, $t = 0,34$), а ручне відділення та видалення плаценти ускладнило пологи тільки у КІ. Інструментальна ревзія порожнини матки майже у 8 разів частіше використана у ІІІ – 15,7% у ІІІ та 2% у КІ ($p < 0,01$, $t = 2,59$). У жінок обсерваційного відділення виявлено зростання кількості дефектів плацентарної тканини та оболонки – 15,7% проти 4% ($p < 0,05$, $t = 2,13$). Стосовно гіпотонії матки, то вони ускладнили тільки пологи жінок на Закарпатті (4%).

Отже, практичному акушеру-гінекологу при підготовці до пологів вагітної, що перенесла ВІВ під час вагітності, слід очікувати та, по можливості, запобігати апгенатальній загибелі плода, більший ризик передчасних та швидких пологів, раннього відходження навколоплідних вод, дефектів плаценти та оболонки, а звідси і більшого числа інструментальних ревзій порожнини матки.

Висновки

Пологи в жінок, що перенесли ВІВ під час вагітності, супроводжуються апгенатальною загибеллю плода, частіше є швидкими та передчасними, проходять із більшою кількістю раннього відходження навколоплідних вод, дефектами плаценти та оболонки, а звідси і частіше завершуються інструментальною ревзією порожнини матки.

Перенесення подальших досліджень. Зрозуміло, що кількість обстежених не є достатньою для остаточного визначення впливу ВІВ на перебіг пологів, але все ж може вказати тенденційно небезпечні ускладнення. Можливо, було б більш цікавим провести порівняння з перебігом пологів у жінок, що перенесли інші види вірусних гепатитів під час вагітності, зокрема вірусний гепатит А.

Література

1. Долгушина П.В., Макапария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2004. – 143 с.
2. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гепатиты: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003. – 440 с.
3. Майер К.-Н. Гепатит и последствия гепатита: Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. – 424 с.
4. Митнер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Обработка клинических и экспериментальных данных у медицины. – К.: Вища шк., 2003. – 350 с.
5. Шехтман М.М. Острые вирусные гепатиты: перинатальные исходы // Акши и гинекол. – 2000. – №4. – С. 3-5
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагепатальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
7. Acharya S.K., Panda S.K., Saxena A., Gupta S.D. Acute hepatic failure in India: a perspective from the East // J Gastroenterol Hepatol. – 2000. – № 15(5). – P.473-479
8. Chen D.S. Public health measures to control hepatitis B virus infection in the developing countries of the Asia-Pacific region // J Gastroenterol Hepatol. – 2000. № 15. – P. 7-10.
9. Euler G.I., Copeland J.R., Rangel M.C., Williams W.W. Antibody response to postexposure prophylaxis in infants born to hepatitis B surface antigen-positive women // Pediatr Infect Dis J. – 2003. – № 22(2). – P. 123-129.
10. Figueiredo A.S., Cruz A.S. Viral hepatitis and pregnancy // Acta Med Port. – 2002. № 15(3). – P. 203-209.
11. Wathne K.O., Rojahn A. Hepatitis B in children diagnosis, follow-up and treatment // Tidsskr Nor Lægeforen. – 2002. – № 30. – P. 1984.

CONFINEMENT IN WOMEN WHO SUFFERED FROM VIRAL HEPATITIS B DURING GESTATION

Ye.V. Kokhaneych, R.M. Mitsoda

Abstract. The paper deals with the course of confinement in women who suffered from viral hepatitis type B (VHB) during pregnancy. An analysis of the course of delivery in 51 women with a past history of VHB during gestation and in 100 women with physiological labor has been carried out.

Key words: labor, viral hepatitis type B, complications.

National University (Uzhgorod)

Buk. Med. Herald. 2005. Vol.9. №3.- P.100-103

Падійшла до редакції 9.03.2005 року

УДК 616.34-007.272-089

Ф.Г.Кулачек, Н.Г.Ковальчук, Р.І.Сидорчук, О.О.Карлійчук, Дарагмех Мохаммед

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ф.Г.Кулачек)
Буковинського державного медичного університету

Резюме. Проаналізовано результати лікування 239 хворих на гостру непрохідність кишечника. Діагностика непрохідності здійснювалася на основі даних клініко-рентгенологічного, ультразвукового та ендоскопічного методів дослідження. Консервативна терапія ви-

явилась ефективною в 122 хворих. Оперовано 105 хворих. Післяопераційні ускладнення виникли в 16 випадках.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, лікування.

Вступ. Гостра непрохідність кишечника (ІНК) залишається на сьогоднішній день одним з актуальних питань невідкладної абдоминальної хірургії. У структурі невідкладної хірургічної патології вона посідає постоє місце. Кількість хворих, що поступають у хірургічні стаціонари з приводу гострої непрохідності кишечника, сягає 15-27% [4,7].

Післяопераційна летальність залишається високою і становить 17-21% при нецуклимих формах непрохідності кишечника та 14-60% - при непрохідності цуклимих етіології [2,3,5]. Досить високими є показники післяопераційних ускладнень - 38,6-80% [1,5]. Незважаючи на постійне вдосконалення методів діагностики, причиною вказаних незадовільних результатів є