

РОЛЬ ІНФЕКЦІЇ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНІЙ ЗАГИБЕЛІ ПЛОДА

ROLE OF INFECTION IN THE ANTENATAL FOETAL DEATHS

Rubanyk K.D., Hrechko H.O., Prof. Gromova A.M., M.D.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

Кафедра акушерства та гінекології №1

Актуальність. За останні десятиріччя, в зв'язку з стрімким розвитком перинатології, у всьому світі відбулося значне зниження рівня інтранатальної та неонатальної смертності, проте рівень антенатальної загибелі плода (АЗП) залишається високим і становить майже 50% в структурі континентальної смертності. Однією з найбільш частих причин антенатальних втрат є внутрішньоутробне інфікування плода, розповсюдженість якого досягає 65,5%.

Метою нашої роботи було дослідження стану біоценозу піхви, морфологічних змін посліду для встановлення ролі інфікування при антенатальній загибелі плода та виявлення групи ризику по виникненню цієї патології. Нами обстежено 30 вагітних з антенатальною загибеллю плода (основна група) і 25 вагітних з народженням живих дітей (група порівняння).

Результати дослідження. Інфекційні екстрагенітальні захворювання діагностовано в 2,9 рази, гінекологічні захворювання були в 3,9 рази частіше у осіб основної групи. Загрозливий аборт діагностовано в 1,6 рази частіше, ранні гестози у 2,4 рази, пізні гестози у 5,8 разів, багатоводдя в 5,8 разів, маловоддя в 3,1 рази частіше в основній групі, ніж у групі порівняння.

У вагітних групи порівняння нормоценоз визначався у 6 разів частіше, ніж у жінок основної групи. Бактеріальний вагіноз у 2,9 рази, кандидоз – у 2,2 рази, аеробний кольпіт – у 5 разів частіше спостерігався в основній групі.

У 24 (80%) пацієток основної групи виділена умовно-патогенна флора, у 19 з них (63,3%) вона виявлена в асоціації з двома, трьома, чотирма видами аеробів і анаеробів. У жінок основної групи товщина плацент була на 15,1%, обсяг - на 22,5%, а площа - на 19,6% більше, ніж у осіб контрольної групи. Плацентарно-плодовий індекс при внутрішньоутробній загибелі плода перевищував нормативні показники у 1,6-1,8 рази. Інфекційно-запальні зміни при мікроскопічному дослідженні посліду виявлені в 26 (86,7%) випадках у жінок основної та 4 (16%) у осіб контрольної груп, що у 5,4 рази нижче. Як показують проведені нами дослідження найбільш частими ехографічними ознаками інфікування були набряк плаценти, її потовщення (50%), розширення судин плаценти і межворсинчатого простору (40%), контрастування базальної пластинки (23,3%), що укладається в ехографічну картину плацентиту.

Активізація умовно-патогенної флори і тривала дія інфекційного агента сприяють розвитку імунних порушень, які в свою чергу ще більше поглиблюють дисбіотичний стан, підтримуючи тим самим запальний процес і значно підвищуючи ризик внутрішньоутробного інфікування плода аж до його антенатальної загибелі.

Висновки. Одержані дані вказують на необхідність ретельної санації піхви, урахування ехографічних змін плаценти та проведення доплерометрії в 36 тижнів вагітним з виявленими змінами.

ОЦІНКА СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ СЕРОТОНІНУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

ASSESSMENT OF SEROTONIN LEVELS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Skrypnuk R.I., Assoc. Prof. Maslova G.S.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

Кафедра внутрішньої медицини №1

Протягом останнього часу проводяться дослідження ролі серотоніну щодо з'ясування ролі серотоніну в порушеннях моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ), у першу чергу, при функціональних захворюваннях кишечника. Залишається недостатньо вивченим патогенетичне значення серотоніну у формуванні клінічної симптоматики загострення виразкового коліту (ВК).

Мета – дослідити сироватковий рівень серотоніну у хворих із загостренням ВК.

Матеріали і методи. Обстежено 41 пацієнт із ВК у періоді загострення, із них 18 жінок, 23 чоловіків, віком 21-55 років. Проводили ендоскопічне дослідження товстої кишки, підрахунок за повною шкалою Мейо, визначення сироваткового рівня серотоніну (показники норми 80-400 мкг/л). Групу практично здорових осіб склали 24 особи, із них 11 жінок і 13 чоловіків, віком 18-25 років без захворювань ШКТ.

Результати дослідження. Згідно даних фіброколоноскопії, дистальна форма ВК виявлена у 14 (34,2%) пацієнтів, лівобічний ВК – у 12 (29,2%), тотальний коліт – у 15 (36,6%) хворих. У пацієнтів із дистальною формою ВК ендоскопічний індекс активності відповідав у 4 (28,6%) пацієнтів I ступеню, у 8 (57,1%) – II ступеню, у 2 (14,2%) – III ступеню. У пацієнтів із лівобічним ВК ендоскопічний індекс активності відповідав у 2 (16,7%) пацієнтів I ступеню, у 7 (58,3%) – II ступеню, у 2 (25%) – III ступеню. У пацієнтів із тотальним ВК ендоскопічний індекс активності відповідав у 2 (13,3%) пацієнтів I ступеню, у 8 (53,4%) – II ступеню, у 5 (33,3%) – III ступеню. За результатами повної шкали Мейо із урахуванням частоти випорожнень, ректальної кровотечі, ендоскопічного індексу та оцінки активності ВК у 9 (21,9%) пацієнтів виявлено легкий ступінь активності, у 27 (65,8%) – середній ступінь і у 5 (12,2%) хворих – тяжкий ступінь активності ВК (11-12 балів).

На фоні загострення ВК у обстежених хворих рівень серотоніну у сироватці крові хворих перевищував показники практично здорових осіб у 2,2 рази ($324,8 \pm 68,1$ проти $145,65 \pm 40,6$ мкг/л; $p < 0,05$). До того ж, у пацієнтів з тяжким ступенем активності за повною шкалою Мейо показники серотоніну сироватки крові мали максимальне значення і коливались у межах від 346 до 392 мкг/л.

Висновок. Клінічне загострення ВК характеризується II і III ступенем ендоскопічної активності. На фоні загострення ВК відмічається статистично значуще зростання сироваткового рівня серотоніну із чіткою залежністю його рівня від тяжкості активності ВК за повною шкалою Мейо.