

Таким чином, в умовах формування антимікробної резистентності, необхідність в нових альтернативних лікувальних технологіях і антимікробних препаратах набуває все більшої значущості. Перспективи застосування бактеріофагів стосуються не тільки антимікробної терапії, але і високоточної діагностики, а також онкологічних питань.

ОШИБКИ И НЕОБОСНОВАННЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Бильшко А.В., Колмоец П.В.

Медичний центр «Medical Plaza» ТОВ ЕКОДНІПРО м. Дніпро

Проведен систематический обзор литературы ECHRE и ASRM за последние 5 лет по вопросам подготовки и ведения пациентов в программах ВРТ.

Цель исследования - улучшения качества и уровня обследования супружеских пар при подготовке к программам ЭКО; использование стандартизованных методик в программах ВРТ.

Материалы и методы: проведен анализ работы репродуктологического отделения «Medical Plaza» г. Днепр за последние 5 лет; проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, которым были проведены программы ВРТ.

Результаты: чрезмерное обследование супружеской пары не приводит к увеличению ЧНБ; обследование супружеской пары должно быть строго протоколизовано - сроки (день менструального цикла), время забора анализов, минимальный перечень анализов; ведение пациентки и контроль назначений при стимуляции суперовуляции (стимуляции овуляции) должно соответствовать клиническим рекомендациям и протоколам ECHRE и ASRM.

ВИПАДОК УСПІШНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТКИ З ГІПОФІЗАРНИМ НАНІЗМОМ

Богомолва О.А., Кириченко М.М.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства та гінекології

Вступ. Гіпофізарний нанізм - ендокринне захворювання, в основі якого лежить порушення синтезу гормону росту (соматотропіну) в передній долі гіпофізу, що призводить до затримки росту скелета, внутрішніх органів і затримці фізичного розвитку. За даними медичної статистики гіпофізарний нанізм зустрічається з частотою 1:30000, причому частота у чоловіків і жінок не відрізняється. Гіпофізарний нанізм характеризується аномальною низькорослістю: зріст чоловіків нижче 130 см, жінок нижче 120 см; відзначається відставання в розвитку кістково-м'язової системи, гіпогонадізм, зменшення розмірів внутрішніх органів, гіпотензія,

брадикардія та ін. Жінки страждають на безпліддя, вагітність ускладнюється загрозою переривання. Діагностика гіпофізарного нанізму передбачає визначення базальної концентрації СТГ в сироватці крові, проведення фармакологічних проб, рентгенографії черепа, кистей рук і променево-зап'ясткових суглобів. Лікування гіпофізарного нанізму включає замісну терапію соматотропіном, анаболічними стероїдами, тиреоїдними препаратами, статевими гормонами.

Мета: оцінити особливості перебігу вагітності та пологів у пацієнтки з гіпофізарним нанізмом на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи: матеріали історії хвороби та пологів даної пацієнтки, а також біохімічні, рентгенологічні, функціональні, мікробіологічні методи дослідження.

Результати дослідження: пацієнтка із гіпофізарним нанізмом, 23 років була госпіталізована до гінекологічного відділення КЗ «ОПЦ» ЗОР м. Запоріжжя в травні 2016 року. На момент госпіталізації скарги були відсутні. Антропометричні параметри: зріст 130см, вага – 39 кг. Гемоглобін – 111г/л. Встановлено діагноз: Вагітність I, 12 тижнів. Гіпофізарний нанізм. Анемія 1 ст. З анамнезу: Гіпофізарний нанізм був діагностований з 14 років. Знаходиться на диспансерному обліку в ендокринологічному диспансері м. Запоріжжя. Гормональних препаратів не приймала. Інвалід III групи. Не одружена, в вагітності зацікавлена. Під наглядом находилась до 20 тижнів вагітності. Одноразово була консультована ендокринологом, заключення: Гіпофізарний нанізм. Проводилось лікування анемії. Гемоглобін при виписці – 126 г/л.

У зв'язку із загрозою переривання через декілька днів повторно була госпіталізована в стаціонар із подальшим перебуванням у відділенні патології вагітних. Проведені планові УЗД в скринінгові строки – патології плода не виявлено.

В 32 тижня вагітності була знову госпіталізована з діагнозом: Вагітність I 32 тижня, ножне передлежання, удавані перейми у терміні до 37 тижнів, гіпофізарний нанізм, ЗРЗТ III- IV ст. Параметри тазу: D.sp. 22см. D.cr. 20 см. D.tr. 24 см. C.ext.17 см. В термін 37 тижнів гестації проведений плановий кесарів розтин з приводу повного ножного передлежання у жінки з ЗРЗТ III- IV ст. Під час операції аномалій розвитку внутрішніх статевих органів не виявлено. Народився живий доношений хлопчик вагою 2630 г, зріст - 48 см. Оцінка за шкалою Апгар 8/8 балів, здоров. Жінка з дитиною переведені до відділення сумісного перебування, післяпологовий період пройшов без ускладнень. В даний момент дитина та матір скарг не мають, хлопчик розвивається згідно віку.

Висновок: жінки із важкою екстрагенітальною патологією, а саме гіпофізарним нанізмом, повинні бути під наглядом акушера-гінеколога та суміжних спеціалістів з ранніх термінів вагітності, що забезпечить можливість пролонгації даної вагітності, своєчасного консультування суміжними спеціалістами, проведення УЗД та надання кваліфікованої медичної допомоги на усіх етапах вагітності та пологів.