



НМАПО

**ім. П.Л. Шупика
МОЗ України**

www.nmapo.edu.ua

УДК: [616-073.916+616-056.3] (061)

ББК: [53.6+54.1] з-41

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика
Київ, 2011 р. – 196 с.**

20 випуск збірника наукових праць виходить у вигляді 4 книг. В четвертій книзі висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя та педіатрії.

Збірник розрахований на акушерів-гінекологів, гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

Головний редактор: член.-кор. НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**

Науковий редактор: д.мед. н., професор **Ю.П. Вдовиченко**

Редакційна колегія:

В.В. Бережний – д.мед.н., проф.; **Г.В. Бекетова** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Белебез'єв** – д.мед.н., проф.; **А.В. Біляєв** – д.мед.н., проф.; **В.В. Камінський** – д.мед.н., проф.; **Г.П. Козинець** – д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** – д.мед.н., проф.; **О.М. Охотнікова** – д.мед.н., проф.; **О.А. Радомський** – д.мед.н., проф.; **А.П. Радзіховський** – д.мед.н., проф.; **І.П. Шлапак** – д.мед.н., проф.; **Є.Є. Шунько** – д.мед.н., проф.; **О.М. Юзько** – д.мед.н., проф.

РЕКОМЕНДОВАНО

Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України
Протокол № 6 від 15.06.11 р.

АТЕСТОВАНО

Вищою атестаційною комісією України:

медичні, фармацевтичні науки

Затверджено постановою президії ВАК України від 10.02.2010 р. № 1-05/1

Рецензенти: **В.Г. Коляденко** – член.-кор. НАМН України, професор;

З.А. Шкіряк-Нижник – д.мед.н., професор.

Редакційна колегія зберігає авторський текст без істотних змін, звертаючись до коректування в окремих випадках. Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISBN 978-966-391-083-3

© **Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л. ШУПИКА

**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

*ВИПУСК 20
КНИГА 4
(Частина 1)*

Київ – 2011

U.D.C.: [616-073.916+616-056.3] (061)
BBK: [53.6+54.1] c-41

**COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS OF STAFF MEMBERS OF
NMAPE NAMED AFTER P.L. SHUPYK
Kyiv, 2011; 196 p.**

The 20th edition of the collection of Scientific Works is published in 4 books. The 4 book cover relevant problems of assisted reproductive technologies in treating infertility, obstetrics and gynecology, pediatrics.

It is intended for obstetricians, gynecologists, pediatricians, family doctor and also on the teachers of higher educational medical institutions.

Editors-in-chief: Associate Member of the NAMS, Professor **Yu.V. Voronenko**
Scientific editor: M.D., Ph.D., Professor **Yu.P. Vdovychenko**.

Editorial board: **V.V. Berezhnyy** – M.D., Ph.D., Professor; **G.V. Beketova** – M.D., Ph.D., Professor; **H.I. Belebezyev** – M.D., Ph.D., Professor; **A.V. Bilyayev** – M.D., Ph.D., Professor; **V.V. Kaminsky** – M.D., Ph.D., Professor; **G.P. Kozynets** – M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Mamchych** – M.D., Ph.D., Professor; **O.M. Ohotnikova** – M.D., Ph.D., Professor; **O.A. Radomsky** – M.D., Ph.D., Professor; **A.P. Radzikhovsky** – M.D., Ph.D., Professor; **I.P. Shlapak** – M.D., Ph.D., Professor; **Ye.Ye. Shun'ko** – M.D., Ph.D., Professor; **O.M. Yuz'ko** – M.D., Ph.D., Professor.

IS RECOMMENDED:

by Scientific Council of the National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, Health Ministry of Ukraine
The minutes № 6, 15.06.2011

IS CERTIFICATED:

by Supreme Certifying Commission of Ukraine
Medical, Pharmaceutical Science

Resolution of Presidium SCC of Ukraine from 10.02.2010, №1-05/1

The reviewers: **V.G. Kolyadenko** – Associate Member of the NAMS, Professor;
Z.A. Shkiryak-Nyzhnyk – M.D., Ph.D., Professor.

The editorial board has kept the author's text without essential changes, addressing to a correcting on occasion. The authors of the publications carry the responsibility for reliability of the facts, citation, surnames, names and other data.

ISBN 978-966-391-083-3

**© P.L.Shupyk National Medical Academy of
Post-Graduate Education named after
P.L.Shupyk**

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE
NATIONAL MEDICAL ACADEMY FOR POSTGRADUATE
EDUCATION NAMED AFTER P.L. SHUPYK

**THE COLLECTION
OF SCIENTIFIC WORKS
of the STAFF MEMBERS
of P.L. SHUPYK
NMAPE**

*EDITION 20
BOOK 4
(Part 1)*

Kyiv – 2011

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Особенности абдоминального родоразрешения у женщин с бесплодием старше 40 лет <i>В.И. Бойко, Б.Г. Салдадзе</i>	9
Аномальное расположение плаценты: причины и особенности течения беременности <i>В.И. Бойко, Т.В. Шевченко</i>	15
Повторное абдоминальное родоразрешение: исходы для матери и плода <i>И.М. Шлапак</i>	19
Вплив метаболічного синдрому на акушерські результати розродження <i>Н.И. Генник, В.Я. Скрипник</i>	23
Дискоординированная родовая деятельность: современные факторы риска и их значение при ведении пациенток <i>С.Я. Ткачик</i>	27
Особенности эхографической диагностики аномально расположенной плаценты <i>Н. Урсаки</i>	32
Порівняльні аспекти функціонального стану фетоплацентарного комплексу та тиреоїдної системи у жінок, які багато народжують, після проведеного лікування <i>Ю.Ю. Ломага</i>	36
Особливості перебігу вагітності у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі варикозної хвороби нижніх кінцівок <i>Н.И. Генник, Ю.Б. Моцюк</i>	44
Перинатальні наслідки розродження жінок при внутрішньоутробному інфікуванні <i>Н.І. Генник, І.О. Басюга</i>	47
Влияние лейомиомы матки на течение беременности и родов <i>О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда</i>	50
Особенности I триместра беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей <i>О.Н. Ищак</i>	54
Актуальные аспекты невынашивания после вспомогательных репродуктивных технологий <i>Д.А. Кошик</i>	60

Особенности венозного и артериального кровотока при плацентарной дисфункции	
<i>С.А. Курицина</i>	65
Изменения центрального глазного давления и кровенаполнения глаза у беременных с миопией различной степени тяжести	
<i>Л.Н. Мочалова</i>	70
Поздний репродуктивный возраст – как показание к абдоминальному родоразрешению	
<i>И.И. Чермак</i>	75

ГИНЕКОЛОГИЯ

Влияние профессии медицинского работника на заболеваемость женщин репродуктивного возраста	
<i>А.С. Шельгин</i>	81
Влияние генитального эндометриоза на состояние молочных желез	
<i>М.С. Шельгин</i>	85
Особенности гиперпластических процессов репродуктивной системы на фоне заболеваний щитовидной железы	
<i>Е.В. Степанова</i>	89
Сравнительные аспекты различных методов оперативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки	
<i>В.С. Страховецкий</i>	93
Сочетанные гинекологические и хирургические операции	
<i>Т.В. Лещева, Т.В. Василенко</i>	99
Коррекция психологического статуса у пациенток со вспомогательными репродуктивными технологиями при мужском факторе бесплодия	
<i>И.Л. Захаренко</i>	103
Лікування ранової інфекції в акушерстві	
<i>Д.О. Багрій</i>	109
Сравнительные аспекты контрацепции у женщин с кандидозной инфекцией половых путей	
<i>Г.А. Барановская</i>	114
Клинические факторы риска генитального эндометриоза	
<i>Е.Н. Бойко</i>	118
Преждевременная инволюция яичников при наружном генитальном эндометриозе	
<i>В.И. Бойко, О.В. Чирва</i>	122
Риск развития тромбгеморрагических осложнений после лапароскопической консервативной миомэктомии	
<i>А.А. Волошин</i>	126

Влияние функциональной гиперпролактинемии на развитие ановуляции и бесплодия <i>О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик</i>	130
Актуальные аспекты психовегетативных расстройств у больных с климактерическим синдромом <i>О.В. Горбунова, О.Г. Саченко</i>	133
Урогенітальні розлади в клімактеричному періоді <i>І.Т. Кишакевич</i>	136
Вплив реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки на стан репродуктивної функції жінок <i>М.Л. Кузьоменська</i>	140
Профилактика непланируемой беременности у женщин с сердечно-сосудистой патологией <i>Д.С. Ледин</i>	145
Влияние сочетания генитального эндометриоза и хронического сальпингофорита на эндокринологический статус пациенток <i>Т.В. Лещева, Э.П. Прокопенко</i>	149
Особенности функционального состояния тиреоидной и репродуктивной систем при генитальном эндометриозе <i>Б.М. Лысенко</i>	154
Особенности соматической заболеваемости и психоэмоционального статуса у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития <i>О.В. Наустинная</i>	158
Клинические и социальные факторы риска предменструального синдрома <i>Л.В. Пахаренко</i>	164
Влияние прерывания беременности в ранние сроки на развитие дисгормональных заболеваний молочных желез <i>О.А. Полюлях</i>	167
Влияние гистерэктомии на функциональное состояние яичников <i>П.М. Прудников</i>	171
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ 4 МЕЖДУНАРОДНОГО СИМПОЗИУМА «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО» 2-3 июня 2011 г., Харьков	175

Особенности абдоминального родоразрешения у женщин с бесплодием старше 40 лет

В.И. Бойко, Б.Г. Салдадзе

Медицинский институт Сумского государственного университета

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что оперативное родоразрешение женщин старше 40 лет является актуальной научной задачей современного акушерства. Высокая частота родоразрешения путем операции кесарева сечения и вынужденной гистерэктомии диктует необходимость разработки алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для пациенток этой группы.

Ключевые слова: женщины старше 40 лет, абдоминальное родоразрешение.

В динамике последних лет возросло число женщин, выполняющих функцию материнства в возрасте 40 лет и старше. Изучение позднего репродуктивного возраста связано с тем, что женщины старше 40 лет представляют собой завершающую стадию развития репродуктивных процессов в популяции. Следует ожидать дальнейшего повышения частоты родов у женщин в возрасте 40 лет и старше благодаря успехам лечения бесплодия, невынашивания беременности, а также достижениям современных репродуктивных технологий и пренатальной диагностики. Кроме того, некоторые пациентки желают иметь ребенка только после достижения определенного материального и профессионального благополучия [1–4].

Особенности течения гестационного процесса зависят от многих факторов, среди которых большое значение имеет возраст. До сих пор нет единого мнения о том, является ли возраст женщины старше 40 лет фактором риска. Ряд авторов [1, 2] указывают, что беременность в этой возрастной группе протекает патологически, а роды сопровождаются рядом тяжелых осложнений как для матери, так и для ребенка. Кроме того, поздний репродуктивный возраст является одним из факторов риска развития плацентарной недостаточности и преэклампсии.

Известно, что ранние и поздние гестозы, угроза прерывания беременности, преждевременный разрыв плодных оболочек, аномалии родовой деятельности приводят к увеличению частоты оперативного родоразрешения [1, 2].

Поиск наиболее эффективных методов ведения беременности и родов у женщин старше 40 лет имеет большое практическое значение в снижении частоты осложнений, перинатальной и материнской смертности и заболеваемости. Одной из первичных научных задач в решении данной проблемы является изучение особенностей оперативного родоразрешения женщин старше 40 лет, чему и посвящено настоящее научное исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В связи с поставленной целью был проведен ретроспективный анализ преградных медико-социальных аспектов у 191 женщины старше 40 лет, беременность у которых завершилась родами. Группами сравнения послужили случайные стежковые отборы историй родов у 191 женщины в возрасте 20–29 лет (группа сравнения 2 – ГС 2) и 191 женщины 30–39 лет (группа сравнения 1 – ГС 1) в этот же временной промежуток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В старшей возрастной группе возраст женщин был от 40 до 50 лет, в среднем составлял $41,3 \pm 0,5$ года, в группе сравнения 1 – $33,0 \pm 0,9$ года; в группе сравнения 2 – $25,5 \pm 0,1$ года. У первородящих женщин старше 40 лет средний возраст составил $41,3 \pm 0,1$ года (в ГС 1 и 2 – $32,8 \pm 0,2$ и $23,7 \pm 0,2$ года), у повторнородящих – $41,2 \pm 0,7$ года (в ГС 1 и 2 – $32,8 \pm 0,1$ и $26,3 \pm 0,1$ года), у многорожавших – $41,3 \pm 0,5$ года (в ГС 1 и 2 – $33,0 \pm 0,1$ и $27,7 \pm 0,2$ года).

Первые роды были у 30,7%; вторые и третьи – 58,1%; четвертые и более – 11,2% женщин старше 40 лет. В группах сравнения было аналогичное соотношение перво-, повторно и многорожавших женщин.

Отягощенный соматический анамнез имели 83,4% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 54,8% и 50,3%); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – у 83,4% (в ГС 1 и 2 – 54,3% и 33,2%), из них отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез имели 72,9% (в ГС 1 и 2 – 28,6% и 14,7% соответственно).

Заболевания сердечно-сосудистой системы у женщин старше 40 лет составили 52,3% (в ГС 1 и 2 – 29,4% и 22,3%), из них гипертоническая болезнь – у 14,1% (в ГС 1 и 2 – 2,8% и 1,2%), миокардиосклероз – 6,7% (в ГС 1 и 2 – 2,6% и 1,4%), нейроциркуляторная дистония – 20,9% (в ГС 1 и 2 – 13,0% и 8,8%), пороки сердца – 8,8% (в ГС 1 и 2 – 12,5% и 12,2%); варикозное расширение вен – 17,7% (в ГС 1 и 2 – 6,3% и 5,7%). Во время беременности были выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы у 3,9% женщин старше 40 лет. Хронические заболевания пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы имели 17,2% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 12,0% и 9,5%); заболевания почек и мочевыводящих путей – 11,0% (в ГС 1 и 2 – 6,7% и 8,8%). Среди эндокринных заболеваний преобладало ожирение – у 43,6% (в ГС 1 и 2 – 28,3% и 22,3%) и тиреоидная патология – 5,7% (в ГС 1 и 2 – 2,5% и 1,4%). Хронические заболевания органов дыхания имели 14,8% (в ГС 1 и 2 – 15,0% и 14,2%) и офтальмологическую патологию – 14,1% (в ГС 1 и 2 – 13,4% и 12,4%). Кроме того, среди женщин старше 40 лет 0,5% имели шизофрению и 0,4% – эпилепсию. Оперативные вмешательства в анамнезе были у 24,2% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 9,6% и 9,1%) и вредные привычки – 0,8% (в ГС 1 и 2 – 0,9% и 0,8% соответственно).

Следовательно, группа женщин старше 40 лет имела наибольшую частоту соматически отягощенного анамнеза за счет заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваний пищеварительного тракта и эндокринной патологии. Сочетанную экстрагенитальную патологию имели 65,4% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 45,7% и 31,5% соответственно).

Частота бесплодия в анамнезе у женщин старше 40 лет была в 3 раза выше по сравнению с женщинами 30-39 лет и более чем в 15 раз выше по сравнению с женщинами 20–29 лет – 18,4% (в ГС 1 и 2 – 6,0% и 1,1%); невынашивание беременности в анамнезе были почти в два раза чаще по сравнению с ГС 1 и более чем в 2,5 раза по сравнению с ГС 2 – 29,3%; 15,2% и 11,2%; неразвивающиеся беременности – 4,9% (в ГС 1 и 2 – 4,4% и 1,2%); медицинские аборт – 62,5% (в ГС 1 и 2 – 55,1% и 41,3%) и внематочные беременности – 2,0% (в ГС 1 и 2 – 3,0% и 0,7%).

В группе первородящих старше 40 лет бесплодие в анамнезе имели более 1/3 женщин – 37,6% (в ГС 1 и 2 – 16,2% и 1,7%), из них с первичным бесплодием – 23,1% (в ГС 1 и 2 – 12,0% и 1,3%); с вторичным – 13,2% (в ГС 1 и 2 – 3,8% и 1,2%) и бесплодие у мужа – 1,3% (в ГС 1 и 2 – по 0,4% соответственно).

В группе повторнородящих старше 40 лет бесплодие в анамнезе имели 10,9% (в ГС 1 и 2 – по 0,9%), из них первичное бесплодие – у 3,4% и вторичное – у 7,5% (в ГС 1 и 2 – по 0,9%); невынашивание беременности – 30,1% (в ГС 1 и 2 – 16,7% и 11,3%); неразвивающиеся беременности – 5,8% (в ГС 1 и 2 – 2,3% и 0,9%); медицинские аборт – 72,8% (в ГС 1 и 2 – 64,2% и 49,8%) и мертворождения – 2,5% (в ГС 1 и 2 – 1,1% и 0,5% соответственно). По-видимому, высокая частота перенесенных абортов в группе повторнородящих женщин старше 40 лет повлекла за собой и большую частоту вторичного бесплодия в этой группе. Интервал между последними родами в группе повторнородящих женщин старше 40 лет составил $12,7 \pm 0,3$ лет (в ГС 1 и 2 – $8,1 \pm 0,2$ и $5,0 \pm 0,1$ года).

В группе многорожавших женщин старше 40 лет бесплодие в анамнезе имели 4,7% (в ГС 2 – 4,7%); невынашивание беременности – 22,4% (в ГС 1 и 2 – 16,5% и 12,9%); медицинские аборт – 75,3% (в ГС 1 и 2 – 54,1% и 41,2%); мертворождение в анамнезе – 7,1% (в ГС 1 и 2 – 4,7% и 2,4%). Интервал между последними родами в группе многорожавших женщин старше 40 лет составил $7,3 \pm 0,5$ лет (в ГС 1 и 2 – $4,4 \pm 0,3$ и $2,4 \pm 0,1$ года соответственно).

Среди гинекологических заболеваний у женщин старше 40 лет преобладали хронические воспалительные заболевания женских половых органов – у 23,5% (в ГС 1 и 2 – 21,3% и 17,1%); миома матки – 18,8% (в ГС 1 и 2 – 5,0% и 0,8%); эндометриоз – 3,7% (в ГС 1 и 2 – 0,4% и 0,1%); кисты и кистомы яичников – 2,9% (в ГС 1 и 2 – 2,8% и 2,1%); синдром поликистозных яичников – 1,3% (в ГС 1 и 2 – 0,5% и 0,1%) и дисфункциональные расстройства менструального цикла – 9,2% (в ГС 1 и 2 – 4,5% и 4,3%). Аномалии развития матки встречались в 0,4% только среди женщин старше 40 лет. Кроме того, патологию шейки матки в анамнезе имели 26,0% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 28,3% и 23,4%). Сочетанную гинекологическую патологию имели 15,5% женщин старше 40 лет.

Следовательно, группа женщин старше 40 лет имела крайне неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез по сравнению с группой женщин 30–39 лет и особенно по сравнению с 20–29-летними пациентками. Особенно отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели первородящие женщины старше 40 лет за счет более высокой частоты бесплодия, миомы матки и дисфункциональных нарушений менструально-овариального цикла. Эти факторы, по-видимому, во многом определили наступление и вынашивание беременности в более позднем возрасте.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что каждая третья женщина старше 40 лет была родоразрешена оперативным путем. Частота применения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода составила 0,7% (в ГС 1 и 2 – 0,3% и 0,1% соответственно). Показаниями для наложения выходных акушерских щипцов и вакуум-экстракции у женщин старше 40 лет явилась острая гипоксия плода в двух случаях – у многорожавшей и повторнородящей женщины, и в одном случае – преждевременная отслойка плаценты у первородящей. Показаниями для планового наложения выходных акушерских щипцов с целью исключения потуг у женщин старше 40 лет в одном случае была миопия высокой степени у повторнородящей, во втором – рестеноз ревматического митрального порока сердца после комиссуротомии у повторнородящей. В ГС 1 (30–39 лет) показаниями для наложения акушерских щипцов послужили: в одном случае декомпенсированный врожденный порок сердца у первородящей, во втором – острая гипоксия плода у первородящей. В ГС 2 (20–29 лет) показанием явился врожденный порок сердца у первородящей.

Частота кесарева сечения у первородящих старше 40 лет была в 2 раза выше по сравнению с 30–39-летними и более чем в 6 раз выше, чем в группе женщин 20–29 лет – 66,7% (в ГС 1 – 33,3% и в ГС 2 – 9,8%). По сравнению с этим, частота операции кесарева сечения в экстренном порядке в этой группе не имела достоверных различий по отношению к группам сравнения и составила 4,7% (в ГС 1 и 2 – 5,1% и 3,8% соответственно).

У повторнородящих женщин старше 40 лет частота операции кесарева сечения была в 2 раза выше по сравнению с 30–39-летними женщинами и в 3 раза выше по сравнению с 20–29-летними – 24,3% (в ГС 1 – 11,8% и в ГС 2 – 6,8%), причем процент экстренного кесарева сечения в этой группе женщин достоверно выше, чем в группах сравнения – 5,0% (в ГС 1 – 1,8% и в ГС 2 – 1,4%).

В группе многорожавших женщин частота кесарева сечения достоверно не отличалась от групп сравнения – 15,3% (в ГС 1 – 8,2% и в ГС 2 – 7,1%), однако большинство операций было произведено в экстренном порядке – 11,8% (в ГС 1 – 3,5% и в ГС 2 – 2,4%). Кесарево сечение в плановом порядке, в основном, проводили по сочетанным показаниям.

В структуре показаний к операции кесарева сечения у первородящих женщин старше 40 лет преобладали экстрагенитальные заболевания – 38,5%; бесплодие – 44,2%; преэклампсия – 30,8%. Из числа запланированных операций кесарева сечения в экстренном порядке было произведено 46 (29,5%) вследствие преждевременного разрыва плодных оболочек при неготовых родовых путях. В экстренном порядке у первородящих старше 40 лет произведено 11 операций кесарева сечения. Показаниями для экстренной операции абдоминального родоразрешения явились: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии – в тех случаях; острая гипоксия плода – в трех случаях; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в двух случаях и преэклампсия – в трех случаях.

По сравнению с этим, в структуре показаний к операции кесарева сечения у повторнородящих женщин старше 40 лет преобладали экстрагенитальные заболевания – 42,1%; рубец на матке – 33,6%; преэклампсия – 23,1%; бесплодие – 19,6% и

крупный плод – 13,1%. Из числа запланированных операций кесарева сечения в экстренном порядке было произведено 26 (24,3%) вследствие преждевременного разрыва плодных оболочек. В экстренном порядке у повторнородящих женщин старше 40 лет произведено 22 операции кесарева сечения. Показаниями для экстренной операции кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции – в восьми случаях (2 – при индуцированных родах); острая гипоксия плода – в трех случаях; клинически узкий таз – в двух случаях и преэклампсия – в шести случаях.

В группе многорожавших женщин старше 40 лет произведено 13 операций кесарева сечения: 3 плановых и 10 экстренных. Показаниями для экстренной операции кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции – в двух случаях; острая гипоксия плода – в одном случае; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в двух случаях; клинически узкий таз – в двух случаях и преэклампсия – в трех случаях.

Кровопотеря во время операции кесарева сечения у женщин старше 40 лет в среднем составила $658,21 \pm 10,67$ мл (в ГС 1 – $567,32 \pm 10,71$ мл; $p < 0,05$ и в ГС 2 – $574,60 \pm 14,42$ мл; $p < 0,05$); у первородящих женщин старше 40 лет – $661,24 \pm 13,75$ мл (в ГС 1 – $553,21 \pm 9,14$ мл; $p < 0,05$ и в ГС 2 – $552,20 \pm 17,64$ мл; $p < 0,05$); у повторнородящих женщин старше 40 лет – $672,94 \pm 26,90$ мл (в ГС 1 – $576,92 \pm 22,41$ мл; $p < 0,05$ и в ГС 2 – $580,07 \pm 21,66$ мл; $p < 0,05$); у многорожавших женщин старше 40 лет – $683,31 \pm 66,01$ мл (в ГС 1 – $667,32 \pm 60,28$ мл; $p > 0,05$ и в ГС 2 – $663,33 \pm 61,46$ мл; $p > 0,05$). Более высокую кровопотерю у женщин старше 40 лет во время операции кесарева сечения можно объяснить необходимостью расширения ее объема.

Показаниями для расширения объема операции кесарева сечения у женщин старше 40 лет явились: миома матки – консервативная миомэктомия произведена у 25 женщин старше 40 лет и надвлагалищная ампутация матки без придатков – у 7 женщин с множественной миомой матки. Кроме того, суправагинальная ампутация матки без придатков произведена в 2 случаях в результате истинного приращения плаценты и в 2 случаях – по поводу матки Кувелера в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Трубная стерилизация произведена у 4 первородящих старше 40 лет (2,6%); 31 повторнородящей старше 40 лет (30,0%) и 3 многорожавших женщин старше 40 лет (23,1%). В раннем послеоперационном периоде у 4 женщин старше 40 лет развилось гипотоническое кровотечение и в 1 случае произведена релапаротомия и экстирпация матки.

В ГС 1 показаниями для расширения объема операции кесарева сечения послужили: 1 – наличие матки Кувелера в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – произведена экстирпация матки; 2 – множественная миома матки – выполнена надвлагалищная ампутация матки. В ГС 2 – в 1 случае произведена экстирпация матки по поводу атонического послеродового кровотечения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, оперативное родоразрешение женщин старше 40 лет является актуальной научной задачей современного акушерства. Высокая частота родоразрешения путем операции

кесарева сечения и вынужденной гистерэктомии диктует необходимость разработки алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для пациенток этой группы.

**Особливості абдомінального розродження у жінок з безпліддям
старше 40 років
В.І. Бойко, Б.Г. Салдадзе**

Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне розродження жінок старше 40 років є актуальним науковим завданням сучасного акушерства. Висока частота розродження шляхом операції кесарева розтину і вимушеної гистеректомії диктує необхідність розробки алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнток цієї групи.

Ключові слова: жінки старше 40 років, абдомінальне розродження.

**Features abdominal delivery women with barreness are more senior
than 40 years
V.I. Boyko, B.G. Saldadze**

Results of the lead researches testify, that operative delivery women than 40 years are more senior is an actual scientific problem of modern obstetrics. High frequency delivery by operation cesarean sections and compelled hysterectomy dictates necessity of development of algorithm of diagnostic and medical – rehabilitation actions for patients of this group.

Key words: women are more senior than 40 years, abdominal delivery.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байни Р.Л., Сперов Л. Клиническое руководство по охране здоровья пожилых женщин. Первичная и профилактическая помощь / Пер. с англ. – М.: Медицина, 2001. – 523 с.
2. Каюпова Л.С. Репродуктивные потери у первородящих 30 лет и старше / Материалы научного форума «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». – М., 2004. – С. 166–167.
3. Abu-Heija A.T., Jallad M.F., Abykteish F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after age of 45 // J. Obstet. Gynaecol.Res. – 2000. – Vol. 26. – № 1. – P. 27–30.
4. Kirchengast S., Hertman B. Advanced maternal age is not only associated with newborn somatometrics but also with the mode of delivery // Ann.Hum.Biol. – 2003. – Vol. 30, № 1. – P. 1–12.

Аномальное расположение плаценты: причины и особенности течения беременности

В.И. Бойко, Т.В. Шевченко

Медицинский институт Сумского государственного университета

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/миома/аномалии). Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершенный (полная миграция) и незавершенный вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, факторы риска, миграция.

Одной из основных проблем современного акушерства является разработка эффективных мер профилактики материнской и перинатальной смертности. Среди причин, оказывающих влияние на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), т.е. локализацию ее в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода [1–3].

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса сохранения или пролонгирования беременности при кровотечениях, возникающих вследствие АРП [3]. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности [1, 2]. Однако многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

Цель исследования – выявить факторы риска, выделить сроки и варианты миграции аномально расположенной плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно обследовано 100 женщин (основная группа) с АРП. При ультразвуковом скрининге, в 16 нед беременности у данного контингента наблюдаемых плацента располагалась на расстоянии менее 2 см от внутреннего зева шейки матки. Проведен анализ клинических характеристик периода гестации и родов в зависимости от локализации плаценты и реализации процесса миграции: I подгруппа –

20 пациенток с предлежанием плаценты (миграция отсутствовала); II подгруппа – 37 женщин с низким расположением плаценты вследствие незавершенной/неполной миграции (нижний край плаценты ниже 5 см от внутреннего зева); III подгруппа – 43 беременных, у которых в результате завершенной/полной миграции плацента переместилась в верхние отделы матки (нижний край плаценты на 5 см выше зева). В качестве контрольной группы обследованы 50 практически здоровых беременных с нормальной плацентацией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Аномалии плацентации чаще определялись по задней стенке матки, но случаев прикрепления плаценты на передней стенке было больше ($40,0 \pm 2,0\%$; $p < 0,001$), чем в контрольной группе ($26,0 \pm 1,6\%$). По передней стенке матки миграция плаценты отмечена у 75,0% пациенток, из них у 30,0% процесс был завершенным, у 45,0% – незавершенным. По задней стенке матки миграция наблюдалась в 82,0% случаях, из них у 48,0% женщин выявлен завершенный вариант, у 35,0% – незавершенный.

Итак, зависимости процесса миграции от локализации плаценты на стенках матки нами не обнаружено ($t=1,07$; $p > 0,05$). В то же время полная миграция чаще реализовалась по задней стенке матки, чем при ее локализации по передней (соответственно 48,0% и 30,0%; $p < 0,05$). Неполная миграция плаценты чаще зафиксирована по передней стенке матки ($p < 0,05$), что, возможно, связано с более ранней и выраженной структурной перестройкой формирующегося нижнего сегмента матки – истончение миометрия, снижение кровоснабжения.

Проведен анализ скорости процесса перемещения плацент в зависимости от локализации на стенках матки и варианта миграции (завершенная/незавершенная). При расположении плаценты на передней стенке процесс миграции начинался в 16 нед беременности; до 20 нед скорость составляла 0,15–0,27 см/нед (медленный тип). Наиболее выраженное перемещение плаценты отмечено в 21–28 нед беременности. Так, скорость миграции в 22 нед составила 0,33 см/нед, достигая наивысшей интенсивности в 24 нед – 0,52 см/нед ($p < 0,05$). В 25–28 нед постепенно снижается активность процесса миграции от 0,44 до 0,32 см/нед (умеренный тип), завершающегося к 32 нед.

Зафиксирована корреляционная связь скорости миграции плаценты и осложнений беременности: интенсивный темп процесса миграции плаценты в 22–24 нед (быстрый тип) сопровождался симптомами рецидивирующей угрозы прерывания (зависимость прямая, сильная, достоверная; $r_{xy} = +0,92$, $p < 0,001$).

По задней стенке матки плацента мигрировала в 18–35 нед беременности. Темп миграции наиболее выражен с 24 до 30 нед; скорость процесса составила 0,32 и 0,27 см/нед соответственно, максимум в 25–26 нед – 0,37 см/нед (умеренный тип). По задней стенке матки скорость миграции плаценты была в 1,5–2 раза меньше, чем по передней, и достоверно ниже в сроке гестации 22–28 нед ($p < 0,05$); перемещение плаценты имело методичный характер, его этапы (нарастание, максимум, снижение скорости) были последовательными и более продолжительными.

Процесс незавершенной миграции плаценты отмечен, начиная с 17–18 нед беременности; заканчивался он в 29–30 нед. Максимальная скорость (0,51 см/нед) соответствовала быстрому типу миграции и регистрировалась она в 22–24 нед гес-

тации ($p < 0,05$). Резкая смена темпа (отсутствие умеренного типа миграции), скачкообразные, короткие этапы нарастания и снижения скорости миграции проявлялись выраженной клиникой с доминирующим симптомом мажущих кровянистых выделений.

Выявлено неблагоприятное сочетание локализации плаценты и варианта ее перемещения – неполная миграция по передней стенке матки; у данных пациенток регистрировались максимальные показатели скорости миграции – 0,65 см/нед (22–24 нед) и более тяжелая симптоматика с наличием кровотечений, рецидивирующей угрозой прерывания беременности. Бессимптомно процесс протекал при завершённой миграции по задней стенке матки; темп был максимален в 29–31 нед и соответствовал медленному и умеренному типу – 0,38 см/нед.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/лейомиома/аномалии). Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершённый (полная миграция) и незавершённый вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

Аномальне розташування плаценти: причини і особливості перебігу вагітності ***V.I. Boyko, T.V. Shevchenko***

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічного перебігу гестації при аномальній плацентації є: вік понад 30 років; високий паритет; інфекції урогенітального тракту; структурні порушення матки (рубець/міома/аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначено три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – понад 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, чинники ризику, міграція.

Abnormal the located placenta: reasons and features of a current of pregnancy ***V.I. Boyko, T.V. Shevchenko***

Results of the spent researches testify, that risk factors of a pathological current gestation at abnormal placentation are: the age is more senior 30 years; high parity; infections urogenital

path; structural infringements of a uterus (a hem / an anomaly myoma/). The basic criteria of migration of a placenta are: localisation concerning uterus walls, speed and a process variant. Three types of speed of moving of a placenta are defined: slow – less 0,3 sm/w; moderated – from 0,3 to 0,5 sm/w; fast – more 0,5 sm/w. Are allocated also finished (full migration) and not complete variant (incomplete migration) moving process. The received results are necessary for using by working out of tactics of conducting pregnancy at patients of this group.

Key words: *an abnormal arrangement of a placenta, risk factors, migration.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2004. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2007. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.

Повторное абдоминальное родоразрешение: исходы для матери и плода

И.М. Шлапак

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

После повторного кесарева сечения состояние новорожденных достоверно хуже, что можно объяснить значительным количеством преждевременных родов (22,0%) и высокой частотой плацентарной недостаточности (20,0%). Здоровыми при рождении оказались 47,0% новорожденных основной группы и 44,0% новорожденных группы сравнения. Остальные дети имели различную патологию, в основном сочетанную. Преобладали неврологические нарушения, частота которых достоверно между доношенными новорожденными обеих групп не отличалась (17,0% и 18,0%, $p > 0,05$), но была выше среди недоношенных детей основной группы (30,0%). У новорожденных, извлеченных при повторном кесаревом сечении, в 30,0% случаев отмечались признаки морфофункциональной незрелости, что заметно чаще, чем в группе сравнения (16,0%), несмотря на отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$).
Ключевые слова: повторное кесарево сечение, перинатальные исходы.

На протяжении последних 15–20 лет, как в зарубежных странах, так и в России отмечается рост частоты кесарева сечения в 3–4 раза. Согласно данным литературы, частота операции составляет от 13 до 45% [1–5].

По данным ряда авторов [1–5] рубец на матке в настоящее время является одним из основных показаний к кесареву сечению, составляя от 18,2 до 37,0%. Основным мотивом для проведения повторного кесарева сечения служит опасность разрыва матки в родах с неблагоприятным исходом для матери и плода.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме повторного кесарева сечения, нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане перинатальных исходов повторного кесарева сечения.

Целью настоящего научного исследования является изучение перинатальных исходов повторного кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами проведено проспективное исследование 100 женщин с кесаревым сечением в анамнезе (1 группа – основная), которые наблюдались на протяжении всей беременности и в течение года после абдоминального родоразрешения, а также их новорожденные. Группу сравнения (2 группа) составили 50 женщин, впервые родоразрешенные путем кесарева сечения по различным показаниям и их новорожденные. Критериями исключения явились: тяжелая экстрагенитальная патология, корпоральное кесарево сечение в анамнезе, многоплодная беременность.

Состояние плода оценивали с помощью кардиомониторного исследования, доплерометрического исследования кровотока в системе мать–плацента–плод.

Беременным женщинам трансабдоминальное УЗИ проводили в I–III триместрах. Производили фетометрию, плацентометрию с определением локализации плаценты по отношению к внутреннему маточному зеву и к зоне предполагаемого рубца на матке.

Сразу после рождения и в раннем неонатальном периоде исследовалось физическое состояние и неврологический статус новорожденных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст обследованных женщин в 1-й группе был от 21 до 43 лет, составляя в среднем $32,0 \pm 5,7$ года, более половины женщин (56,6%) находились в возрасте 25–34 года; во 2-й группе – от 18 до 40 лет, в среднем $27,5 \pm 5,2$ года ($p > 0,5$).

При анализе экстрагенитальной патологии был выявлен высокий уровень заболеваемости в обеих группах: 58,0% женщин 1-й группы и 62,0% женщин 2-й группы имели какие-либо хронические заболевания. Достоверная разница отмечена в частоте варикозного расширения вен нижних конечностей, которое преобладало в основной группе (19,0% и 8,0%, $p \leq 0,05$).

Гинекологические заболевания имели место у 59,0% женщин 1-й группы и у 52,0% женщин 2-й группы ($p > 0,05$). Практически у каждой второй пациентки обеих групп отмечались в анамнезе или носили хронический характер инфекции, передающиеся половым путем. Заметно чаще в основной группе женщин встречался аденомиоз (10,0% и 4,0%).

В 1-й группе в анамнезе одну операцию кесарева сечения перенесли 75,0% женщин, две – 20,0%, три или четыре операции – 5,0% женщин. Интервал между предшествующим кесаревым сечением и настоящей беременностью составил 1–2 года у 27,0% женщин, 3–5 лет – у 30%, больше 5 лет – у 43,0% женщин.

В анамнезе более чем у половины пациенток основной группы (58,0%) имели место медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, нередко их сочетание. Высок процент наступления беременностей в течение первого – второго года после операции (40,0%), каждая четвертая из которых заканчивалась медицинским абортom. Достоверного отрицательного влияния внутриматочных вмешательств между операциями на состояние рубца на матке выявлено не было.

Во 2-й группе 30,0% женщин имели в анамнезе роды, 70,0% были первородящими.

Среди показаний к первому кесареву сечению в основной группе в 32,0% случаев послужили: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в сочетании с возрастом женщины, беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий, экстрагенитальная патология. В остальных 68,0% случаев показания были преходящими (аномалии родовой деятельности, тазовое предлежание, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая гипоксия плода и т.д.).

Предыдущая операция и послеоперационный период у большинства пациенток (92,0%) протекали без осложнений.

Анализ показал, что одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин с кесаревым сечением в анамнезе являлась угроза прерывания беременно-

сти, которая в первой половине беременности наблюдалась у каждой второй женщины, во второй – у каждой пятой. Частота этой патологии в I и II триместре достоверно выше в основной группе (50,0% и 32,0%, $p \leq 0,05$). Вторым по частоте осложнением беременности являлась несостоятельность нижнего сегмента матки, подтвержденная на операции, составив 28,0%. У каждой пятой женщины основной группы (20,0%) беременность протекала на фоне хронической плацентарной недостаточности, тогда как в группе сравнения ее частота составляла лишь 8,0% ($p \leq 0,05$).

Все обследованные женщины были родоразрешены путем кесарева сечения. Техника операции не отличалась от общепринятой.

В основной группе в экстренном порядке было прооперировано 42,0% женщин, в плановом – 58,0%. Важно отметить, что показанием к плановому родоразрешению в 43,0% послужил только рубец на матке. Средний срок беременности к моменту родоразрешения в 1-й группе составил $37,2 \pm 1,7$ нед (от 31 до 40 нед), во 2-й группе – $39,4 \pm 0,1$ нед (от 37 до 41 нед). Преждевременно в основной группе было родоразрешено 22,0% женщин, из них почти в 70% случаев поводом для досрочного кесарева сечения послужило подозрение на несостоятельность рубца на матке, которое у 1/3 пациенток не подтвердилось.

Методом обезбоживания во всех случаях являлась эпидуральная или спинально-эпидуральная анестезия.

Всего родилось 100 детей в 1-й группе и 50 детей – во 2-й группе. Большая часть детей обеих групп имела при рождении массу тела от 3000 до 3499 г. Следует отметить, что в основной группе женщин достоверно больше новорожденных имели массу тела менее 3000 г (27,0% и 12,0%, $p \leq 0,05$), что явилось следствием высокой частоты плацентарной недостаточности и преждевременных родов.

В основной группе из всех доношенных детей 18,0% были извлечены в состоянии асфиксии, причем у 4,0% она имела тяжелую степень. На 5 минуте жизни состояние новорожденных улучшалось, но у 7,0% сохранялась асфиксия средней степени тяжести. В подгруппе недоношенных лишь четвертая часть детей (25,0%) имела оценку на 1-й минуте 8–9 баллов, остальные находились при рождении в состоянии асфиксии средней (48,0%) или тяжелой (26,0%) степени тяжести. На 5-й минуте у половины преждевременно рожденных детей (48,0%) сохранялась асфиксия средней степени тяжести. В группе сравнения 88,0% детей на 1-й минуте жизни имели оценку 8–9 баллов, 12,0% детей – 6–7 баллов, на 5-й минуте состояние всех новорожденных расценивалось как удовлетворительное.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ показал, что после повторного кесарева сечения состояние новорожденных достоверно хуже, что можно объяснить значительным количеством преждевременных родов (22,0%) и высокой частотой плацентарной недостаточности (20,0%). Здоровыми при рождении оказались 47,0% новорожденных основной группы и 44,0% новорожденных группы сравнения. Остальные дети имели различную патологию, в основном сочетанную. Преобладали неврологические нарушения, частота которых достоверно между доношенными новорожденными обеих групп не отличалась (17,0% и 18,0%, $p > 0,05$), но была выше среди недоношенных детей основной группы (30,0%). У новорожденных, извле-

ченных при повторном кесаревом сечении, в 30,0% случаев отмечались признаки морфофункциональной незрелости, что заметно чаще, чем в группе сравнения (16,0%), несмотря на отсутствие достоверной разницы ($p>0,05$).

Повторне абдомінальне розродження: результати для матері і плода *I. М. Шлапак*

Після повторного кесарева розтину стан новонароджених достовірно гірше, що можна пояснити значною кількістю передчасних пологів (22,0%) і високою частотою плацентарної недостатності (20,0%). Здоровими при народженні виявилися 47,0% новонароджених основної групи і 44,0% новонароджених групи порівняння. Інші діти мали різну патологію, в основному поєднану. Переважали неврологічні порушення, частота яких достовірно між доношеними новонародженими обох груп не відрізнялася (17,0% і 18,0%, $p>0,05$), але була вище серед недоношених дітей основної групи (30,0%). У дітей, народжених шляхом повторного кесарева розтину, в 30,0% випадків відзначалися ознаки морфофункциональної незрілості, що помітно частіше, ніж в групі порівняння (16,0%), незважаючи на відсутність достовірної різниці ($p>0,05$).

Ключові слова: повторне кесарів розтин, перинатальні результати.

Repeated abdominal delivery: outcomes for mother and born *I. M. Shlapak*

The carried out analysis has shown, that after repeated cesarean sections the condition of newborns authentically is worse than section, that it is possible to explain a significant amount of premature birth (22,0%) and high frequency of placentary insufficiency (20,0%). Healthy at a birth there were 47,0% of newborns of the basic group and 44,0% of newborns of group of comparison. Other children had a various pathology, basically complex. The neurologic infringements, which frequency authentically between newborns of both groups prevailed did not differ (17,0% and 18,0%, $p>0,05$), but was above among children of the basic group (30,0%). At the newborns taken at a repeated cesarean section, in 30,0% of cases signs morhpofunctional immaturity, that much more often, than in comparison group (16,0%), despite lacking an authentic difference ($p>0,05$) were noticed.

Key words: a repeated cesarean section, perinatal outcomes.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? // «Мать и дитя»: материалы I Регионального форума (20–22 марта, 2007 г.). – Казань, 2007. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение // «Мать и дитя»: материалы VII Российского Форума (11–14 октября 2005 г.). – М., 2005. – С. 52–53.
3. Комиссарова Л.М. Особенности течения беременности, операции и послеоперационного периода у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
5. Чернуха Е.А. Вопрос диагностики состояния рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе не решен // Репродуктивное здоровье семьи: материалы II международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2008. – С. 81–82.

Вплив метаболічного синдрому на акушерські результати розродження

Н.И. Генник, В.Я. Скрипник

Івано-Франківський національний медичний університет

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням складає 89,2%. Метаболічний синдром несприятливо впливає на перебіг вагітності і пологів, що є причиною значного збільшення частоти оперативних втручань, особливо розродження шляхом операції кесарева розтину. Проведений аналіз дає підстави відносити вагітних з метаболічним синдромом до групи високого ризику по ускладненнях в розвитку вагітності, стану плода і перебігу пологів, що вимагає ретельного обстеження жінок з ожирінням за участю ендокринолога.

Ключові слова: вагітність, пологи, метаболічний синдром.

У останнє десятиліття значно зріс інтерес учених всього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і зростанням серцево-судинних захворювань. Так, ожиріння і цукровий діабет типу-2 визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями нашого часу у зв'язку з широким розповсюдженням серед населення, високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю.

Відомо, що ожиріння – надлишкове відкладення жиру в організмі – може бути або самостійним захворюванням, або синдромом. Актуальність проблеми ожиріння полягає ще і в тому, що кількість осіб, що мають надлишкову масу тіла, прогресивно збільшується, а приріст за останніх 10 років склав 10%. У економічно розвинених країнах, включаючи Україну, 30% населення мають надлишкову масу тіла.

У дослідженнях акушерів [1–3] є значне число робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому. Враховуючи, що ожиріння, особливо вісцелярна форма, грає велику роль в патогенезі метаболічного синдрому, метою нашого дослідження було вивчити частоту метаболічного синдрому у жінок з ожирінням і вплив його на перебіг вагітності і пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням. Контрольну групу склали 45 вагітних без ожиріння. Критеріями включення в дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них склав $> 30 \text{ кг/м}^2$.

Критеріями виключення були:

- ендокринний генез ожиріння (консультація і обстеження ендокринологом);
- хронічна серцева недостатність;

- цукровий діабет;
- захворювання щитовидної залози;
- використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.

120 вагітних були розподілені на 3 групи залежно від ступеня ожиріння:

- 1 група – 49 вагітних з I ступенем ожиріння;
- 2 група – 41 вагітна з II ступенем ожиріння;
- 3 група – 30 вагітних з III ступенем ожиріння.

У комплекс проведених досліджень були включені антропометричні виміри, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – $ІМТ > 30 \text{ кг/м}^2$;
- артеріальна гіпертонія – тиск $>$ систоли 140 мм рт.ст. і діастола – $> 90 \text{ мм рт.ст.}$
- гіпер-дисліпідемія – рівень в сироватці крові : тригліцериди (ТГ) – понад 2 ммоль/л; загальний холестерин (ЗХ) – понад 5 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – понад 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л.
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго $< 0,33$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики обстежених жінок, найбільше їх число в основних і контрольній групах було у віці 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше в групі вагітних з ожирінням III ступеню.

Маса тіла жінок з ожирінням коливалася від 76 до 137 кг. Слід зазначити, що при індивідуальному аналізі виявилось, що маса тіла збільшувалася залежно від тривалості ожиріння, що особливо було помітно при зіставленні зі ступенем ожиріння. Так, при I ступені тривалість ожиріння склала $8,0 \pm 0,6$ року; при II – $10,6 \pm 1,0$ року і при III – $13,6 \pm 1,2$ року.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, привертала увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); травного тракту (14,3%), частота яких була майже однакова в усіх трьох групах жінок з ожирінням.

З анамнезу було з'ясовано, що майже кожна п'ята жінка (23,3%) перехворіла хронічним сальпінгофоритом; 27,1% – лікувалися з приводу ерозії шийки матки; у 15,8% були дисфункціональні маткові кровотечі; первинне безпліддя було у 5,0%, а 2,5% – оперовані з приводу доброякісних утворень яєчників.

Вік менархе коливався від 11 до 16 років і не мав відмінності у жінок з ожирінням залежно від ступеню ожиріння. Регулярний менструальний цикл був у 101 жінки (84,2%); у 5 (4,2%) відзначалася олігоменорея із затримками до 3 міс; у 15 (12,6%) в анамнезі були дисфункціональні маткові кровотечі; у 5 з них (4,2%) було проведено діагностичне вискоблювання з наступною гормональною корекцією порушень менструальної функції.

Аналізуючи генеративну функцію можна зробити висновок, що більшість жінок були повторновагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням III ступеню в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з I і II ступенем ожиріння мали місце мимовільні аборти.

Вагітність, що не розвивається, у жінок з III ступенем ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням I ступеню і в 2,5 разу частіше, ніж у пацієнток без ожиріння.

Частота ускладнень протягом попередніх вагітностей була значно вище у жінок з ожирінням III ступеню. Варто звернути увагу на високий відсоток преекслампсії і, мабуть, як його наслідок гіпотрофії плода, яка може ще пояснюватися значною частотою загрози переривання вагітності, що у результаті призводило до порушення матково-плацентарного і плодового кровообігу. На 3,3% більше у жінок основної групи пологи відбувалися раніше терміну, чим у породіль контрольної групи; на 20,2% частіше були пологи оперативними (кесарів розтин і акушерські щипці), крім того, у 2,5% породіль основної групи був розрив промежини III ступеню; у 19,6% – слабкість пологової діяльності, проти 6,5% в контрольній групі.

Результати проведених досліджень свідчать, що частота метаболічного синдрому у вагітних з ожирінням складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює із ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у вагітних з I ступенем ожиріння складає 18,4%; з II – 29,3% і з III – 70,0%.

Повний метаболічний синдром – поєднання 4 основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у вагітних з III ступенем ожиріння; з II – у 48,8% і з I – тільки у 18,4% обстежених.

Перебіг вагітності і пологів у жінок з метаболічним синдромом протікає з ускладненнями, частота і ступінь тяжкості яких залежить від числа компонентів метаболічного синдрому. Частота кесарева розтину у породіль з метаболічним синдромом склала 33,6% (проти 10–12% загальнопопуляційного показника).

Ми вважаємо, що вагітним з ожирінням потрібне обстеження, що включає визначення ліпідного спектру – загальний холестерин, тригліцериди, толерантність до глюкози, інсулінорезистентність, моніторинг артеріального тиску, доплерометрію – з метою визначення матково-плодового кровотоку.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням складає 89,2%. Метаболічний синдром несприятливо відбивається на перебігу вагітності і пологів, що є причиною значного збільшення частоти оперативних втручань, особливо розродження шляхом операції кесарева розтину. Проведений аналіз дає підстави відносити вагітних з метаболічним синдромом до групи високого ризику по ускладненнях в розвитку вагітності, стану плода і перебігу пологів, що вимагає ретельного обстеження жінок з ожирінням за участю ендокринолога.

Влияние метаболического синдрома на акушерские исходы родоразрешения Н.И. Генък, В.Я. Скрипник

Результаты проведенных исследований показали, что частота метаболического синдрома у женщин с ожирением составляет 89,2%. Метаболический синдром неблагоприятно отражается на течении беременности и родов, что является причиной значительного

увеличения частоты оперативных вмешательств, особенно родоразрешения путем операции кесарева сечения. Проведенный анализ дает основания относить беременных с метаболическим синдромом к группе высокого риска по осложнениям в развитии беременности, состоянии плода и течения родов, что требует тщательного обследования женщин с ожирением с участием эндокринолога.

Ключевые слова: беременность, роды, метаболический синдром.

Влияние of metabolic syndrome on obstetrical outcomes of delivery N.I. Genik, V.Ya. Skripnik

Results of the lead researches have shown, that frequency of a metabolic syndrome at women with adiposity makes 89,2%. The metabolic syndrome is adversely reflected on current of pregnancy and sorts that is the reason of substantial growth of frequency of operative interventions, is especial deliveries by operation cesarean sections. The lead analysis gives the basis to carry pregnant women with a metabolic syndrome to group of high risk on complications in development of pregnancy, a condition of a born and current of sorts that demands careful inspection of women with adiposity with participation endocrinologist.

Key words: pregnancy, delivery, a metabolic syndrome.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В., Панова Л.Ю. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 64–65.
3. Стрижова Н.В., Гавриленко А.С., Саркисова А.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 27–31.

Дискоординированная родовая деятельность: современные факторы риска и их значение при ведении пациенток

С.Я. Ткачик

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в момент начала родов основную, даже «монополярную» роль в прогнозе развития дискоординированной родовой деятельности играет фактор «зрелости» шейки матки. Мероприятия, направленные на подготовку шейки матки (введение интрацервикально или интравагинально простагландиновых гелей, использование ламинарий, антагонистов кальция и др.), а также антианемическая терапия у беременных рассматриваются как средство снижения риска возникновения дискоординированной родовой деятельности. Влияния традиционно рассматриваемых в качестве факторов риска дискоординированной родовой деятельности анамнестических параметров («юная» и «пожилая» первородящих женщин, гинекологические заболевания, медицинские аборт и выкидыши, хронические соматические заболевания) на возможность развития дискоординированной родовой деятельности выявлено не было.

Ключевые слова: дискоординированная родовая деятельность, факторы риска.

В настоящее время в структуре различных акушерских осложнений аномалии родовой деятельности (АРД) занимают одно из ведущих мест [1–4]. При этом АРД являются существенным фактором риска перинатальной патологии, особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом [2].

Одним из основных вариантов АРД является дискоординированная родовая деятельность (ДРД), лечение и профилактика которой вызывает определенные трудности [3, 4]. Недостаточная изученность патогенетических механизмов развития АРД и ДРД чрезвычайно затрудняет возможность целенаправленного прогнозирования, а, следовательно, и профилактики этих осложнений родового акта.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме АРД и ДРД нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане возможности прогнозирования этого серьезного осложнения.

Целью настоящего научного исследования является разработка и оценка эффективности методики прогнозирования ДРД на основании изучения клинических и дополнительных методов исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На наш взгляд, самым простым и доступным для лечебного учреждения любого уровня подходом к прогнозу развития ДРД остается подход, основанный на анализе

данных общего и акушерско-гинекологического анамнеза, а также клинических данных, полученных при общем и акушерском осмотре (клинико-анамнестический подход).

Для решения поставленной цели нами было проведено клинико-функциональное обследование 50 пациенток с физиологической (1 группа) и 50 – с патологической родовой деятельностью (2 группа).

При этом было выявлено очень небольшое количество статистически значимых отличий, это: ожирение; анемия; крупный плод; многоводие; преждевременное излитие околоплодных вод; «незрелая» шейка матки на момент начала родов.

Методом корреляционного и множественного регрессионного анализа была предпринята попытка установить влияние перечисленных ниже (всего 58) факторов (и определение силы этого влияния) на возможность развития ДРД:

- возраст роженицы, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, заболевания дыхательной системы, эндокринопатии, ожирение;

- возраст менархе, время становления менструального цикла, продолжительность менструации, количество теряемой менструальной крови, болезненность менструации, аборт и выкидыши в анамнезе, лейомиома матки, заболевания шейки матки, эндометриоз, эндометрит, кольпит, аднексит, внематочная беременность, дисфункция яичников, бесплодие;

- ранний токсикоз, угроза прерывания беременности в первом триместре, угроза прерывания беременности во втором и третьем триместрах, преэклампсия;

- многоводие, маловодие, хроническая гипоксия плода, вес плода, пол плода;

- родовое излитие околоплодных вод, степень «зрелости» шейки матки по шкале Bishop. Анализ перечисленных выше анамнестических и клинических признаков с целью прогнозирования вероятности развития ДРД включал в себя следующие этапы:

- выявление зависимости между развитием ДРД и рассматриваемыми клинико-анамнестическими факторами;

- определение вероятности развития ДРД для каждого из выявленных факторов риска;

- прогнозирование развития ДРД на основании совокупности выделенных факторов риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая, что большинство анализируемых признаков имеют распределение, отличное от нормального, и ряд качественных признаков (возрастные группы, «зрелость» шейки матки, степень ожирения, характеристики менструальной функции) носят порядковый (степенной) характер, с целью выяснения связи между ДРД и данными критериями использовали непараметрический метод корреляционного анализа (метод Spearman).

В результате проведенного анализа были выявлены следующие факторы, влияющие на развитие ДРД (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что достаточно сильная статистически значимая отрицательная связь обнаружена только между «зрелостью» шейки матки и ДРД ($R=-0,66$, связь средняя, ближе к сильной). Связь между анемией и ДРД оценивается как умеренная. Кор-

Таблица 1

**Клинико-анамнестические факторы, влияющие на развитие ДРД
(непараметрическая корреляция Spearman)**

Факторы	Spearman r	t(N-2)	p-level
Ожирение	0,11	2,03	0,04
Анемия	0,34	4,57	0,000...
Преждевременный разрыв плодных оболочек	0,23	4,31	0,000...
Многоводие	0,11	2Д1	0,04
Крупный плод	0,12	2,27	0,02
"зрелость" шейки матки	-0,66	-16,29	0,000...

Примечание: R – коэффициент корреляции Spearman; t-критерий Student; p-level-уровень значимости.

реляционная связь остальных признаков с ДРД слабая. На основании выявленных факторов риска становится возможным прогнозирование развития ДРД.

При анализе абсолютных и относительных показателей связи ДРД и возможных факторов риска (номинальные признаки) также обнаружено, что решающую роль на момент начала родов играет степень «зрелости» шейки матки. Так как при наличии только одного фактора «незрелая» шейка матки» шансы развития ДРД расцениваются как «окончательные» (при «незрелой» шейке матки шансы возникновения ДРД в 36,5 раза выше, чем при «созревающей» или «зрелой»), риск – более 97%. Иными словами, ценность данного критерия такова, что на момент начала родов либо при дородовом излитии околоплодных вод имеет смысл с прогностической точки зрения «монополюбно» ориентироваться именно на степень «зрелости» шейки матки, так как шансы возникновения ДРД для других факторов расцениваются либо как «маловероятные» (преждевременный разрыв плодных оболочек, крупный плод, анемия), «практически отсутствуют» (многоводие), либо «статистически не значимы» (ожирение).

Итак, можно выделить следующие факторы риска ДРД (при наличии каждого из которых шансы развития ДРД оцениваются хотя бы как «маловероятные», то есть 2:1 и выше), действительно значимым из которых является только «незрелая» шейка матки:

- «незрелая» шейка матки;
- патологический прелиминарный период (ППП);
- преждевременный разрыв плодных оболочек;
- крупный плод;
- анемия.

Из перечисленных факторов с целью профилактики возникновения ДРД эффективно влиять можно только на «зрелость» шейки матки и анемию, а также проводить лечение уже развившегося ППП. Действительно, атрибутивный риск для фактора «незрелая» шейка матки», то есть та часть риска ДРД, которая может быть устранена при полной эффективности мероприятий по подготовке шейки матки, составляет 51,6%, для «ППП» (при его эффективном лечении) – 28,1%.

В клинической практике приходится рассматривать совокупное, а не индивидуальное влияние факторов риска на возможность развития патологического состояния.

Поэтому с целью построения статистической модели для прогнозирования вероятности развития ДРД по имеющимся факторам риска (т.е. рассматриваем совокупность признаков) был применен множественный логистический регрессионный анализ (табл. 2).

Для модели: $X2(6) = 148,06; p=0,000...$

Установлено, что вероятность возникновения ДРД в момент начала родовой деятельности или дородового излития вод описывается следующим уравнением:

$$Y = 17,00 - 0,97X1 - 0,96X2 - 0,76X3 - 1,21X4 - 1,75X5 - 3,27X6$$

X1 – анемия; X2 – преждевременный разрыв плодных оболочек; X3 – многоводие; X4 – крупный плод; X5 – ППП; X6 – «незрелая» шейка матки.

Вероятность возникновения ДРД отсюда:

$$P = e^Y / (1 + e^Y)$$

Данная модель подтверждает главенствующее значение «зрелости» шейки матки для прогноза развития ДРД. Так риск развития ДРД при наличии у роженицы только одного фактора – «незрелой» шейки матки и отсутствии остальных пяти почти такой же как и при наличии совокупности этих пяти факторов и отсутствии «незрелой» шейки матки (92% и 98% соответственно).

Исходя из изложенного выше, представляется некорректным говорить о прогнозировании развития ДРД без учета степени «зрелости» шейки матки. А так как данный критерий имеет решающее значение только при начале родовой деятельности, следовательно, эффективный прогноз ДРД на основании клинико-anamnestических данных представляется возможным только непосредственно в момент начала схваток или дородового излития околоплодных вод.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в момент начала родов основную, даже «монополярную» роль в прогнозе развития ДРД играет фактор «зрелость» шейки матки. Мероприятия, направленные на подготовку шейки матки (введение интрацервикально или интравагинально

Таблица 2

Результаты логистического регрессионного анализа, отражающего совокупное влияние факторов риска на развитие ДРД

Факторы риска	Регрессионные коэффициенты
Константа B0	17,0
Анемия	0,97
Дородовое излитие вод	0,96
Многоводие	0,76
Крупный плод	1,21
ППП	1,75
"незрелая" шейка матки	3,27

простагландиновых гелей, использование ламинарий, антагонистов кальция и др.), а также антианемическая терапия у беременных рассматриваются как средство снижения риска возникновения ДРД. Влияния традиционно рассматриваемых в качестве факторов риска ДРД анамнестических параметров («юный» и «пожилой» первородящих женщин, гинекологические заболевания, медицинские аборт и выкидыши, хронические соматические заболевания) на возможность развития ДРД выявлено не было.

Дискоординована пологова діяльність: сучасні чинники ризику та їх значення при веденні пацієнток

С.Я. Ткачик

Результати проведених досліджень свідчать, що на момент початку пологів основну, навіть «монопольну» роль, в прогнозі розвитку дискоординированної пологової діяльності грає чинник «зрілість» шийки матки. Заходи, спрямовані на підготовку шийки матки (введення інтрацервікально або інтравагінально простагландинових гелів, використання ламінарій, антагоністів кальцію та ін.), а також антианемічна терапія у вагітних розглядаються як засіб зниження ризику виникнення дискоординированної пологової діяльності. Впливи, що традиційно розглядаються як чинники ризику дискоординированної пологової діяльності анамнестичних параметрів («юна» і «літня» первородящих жінок, гінекологічні захворювання, медичні аборт і викиднів, хронічні соматичні захворювання) на можливість розвитку дискоординированной пологової діяльності виявлено не було.

Ключові слова: дискоординована пологова діяльність, чинники ризику.

Dyscoordinational patrimonial activity: modern risk factors and their value at conducting patients.

S.J. Tkachik

Results of the spent researches testify, that at the moment of the beginning of sorts the basic, even the «exclusive» role in the development forecast dyscoordinational patrimonial activity is played by the factor «maturity» of a cervix of a uterus. The actions directed on preparation of a neck of a uterus (introduction intracervical or intravaginal gels, use laminarii, antagonists of calcium, etc.), and also antianemia therapy at pregnant women are considered as means of decrease in risk of occurrence dyscoordinational patrimonial activity. Influences traditionally considered as risk factors dyscoordinational patrimonial activity anamnestic parametres («young» and «elderly» women, gynecologic diseases, medical abortions and abortions, chronic somatic diseases) on development possibility dyscoordinational patrimonial activity it has not been revealed.

Key words: dyscoordinational patrimonial activity, risk factors.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Капленко О.В. Адренергические средства в акушерской практике. – СПб.: Петроглис, 2008. – 272 с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Н.Новгород: НГМА, 2007. – 282 с.
3. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2006. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2008. – № 4. – С. 78–82.

Особенности эхографической диагностики аномально расположенной плаценты

Н. Урсаки

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/ миома/ аномалии). Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершенный (полная миграция) и незавершенный вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, эхографическая диагностика.

Одной из основных проблем современного акушерства является разработка эффективных мер профилактики материнской и перинатальной смертности. Среди причин, оказывающих влияние на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), т.е. локализацию ее в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода [1–3].

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса сохранения или пролонгирования беременности при кровотечениях, возникающих вследствие АРП [3]. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности [1, 2]. Однако многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

Цель настоящего научного исследования – изучить возможности эхографической диагностики аномально расположенной плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно обследованы 100 женщин (основная группа) с АРП. При ультразвуковом скрининге, в 16 нед беременности у данного контингента наблюдаемых плацента располагалась на расстоянии менее 2 см от внутреннего зева шейки матки. Проведен анализ клинических характеристик периода гестации и родов в зави-

симости от локализации плаценты и реализации процесса миграции: I подгруппа – 20 пациенток с предлежанием плаценты (миграция отсутствовала); II подгруппа – 37 женщин с низким расположением плаценты вследствие незавершенной/ неполной миграции (нижний край плаценты ниже 5 см от внутреннего зева); III подгруппа – 43 беременных, у которых в результате завершенной/ полной миграции плацента переместилась в верхние отделы матки (нижний край плаценты на 5 см выше зева). В качестве контрольной группы обследованы 50 практически здоровых беременных с нормальной плацентацией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Аномалии плацентации чаще определялись по задней стенке матки, но случаев прикрепления плаценты на передней стенке было больше ($40,0 \pm 2,0\%$; $p < 0,001$), чем в контрольной группе ($26,0 \pm 1,6\%$). По передней стенке матки миграция плаценты отмечена у 75,0% пациенток, из них у 30,0% процесс был завершенным, у 45,0% – незавершенным. По задней стенке матки миграция наблюдалась в 82,0% случаях, из них у 48,0% женщин выявлен завершенный вариант, у 35,0% – незавершенный.

Итак, зависимости процесса миграции от локализации плаценты на стенках матки нами не обнаружено ($t=1,07$; $p > 0,05$). В то же время полная миграция чаще реализовалась по задней стенке матки, чем при ее локализации по передней (соответственно 48,0% и 30,0%; $p < 0,05$). Неполная миграция плаценты чаще зафиксирована по передней стенке матки ($p < 0,05$), что, возможно, связано с более ранней и выраженной структурной перестройкой формирующегося нижнего сегмента матки – истончение миометрия, снижение кровоснабжения.

Проведен анализ скорости процесса перемещения плацент в зависимости от локализации на стенках матки и варианта миграции (завершенная/незавершенная). При расположении плаценты на передней стенке процесс миграции начинался в 16 нед беременности; до 20 нед скорость составляла 0,15–0,27 см/нед (медленный тип). Наиболее выраженное перемещение плаценты отмечено в 21–28 нед беременности. Так, скорость миграции в 22 нед составила 0,33 см/нед, достигая наивысшей интенсивности в 24 нед – 0,52 см/нед ($p < 0,05$). В 25–28 нед постепенно снижается активность процесса миграции от 0,44 до 0,32 см/нед (умеренный тип), завершающегося к 32 нед.

Зафиксирована корреляционная связь скорости миграции плаценты и осложнений беременности: интенсивный темп процесса миграции плаценты в 22–24 нед (быстрый тип) сопровождался симптомами рецидивирующей угрозы прерывания (зависимость прямая, сильная, достоверная; $r_{xy} = +0,92$, $p < 0,001$).

По задней стенке матки плацента мигрировала в 18–35 нед беременности. Темп миграции наиболее выражен с 24 до 30 нед; скорость процесса составила 0,32 и 0,27 см/нед соответственно, максимум в 25–26 нед – 0,37 см/нед (умеренный тип). По задней стенке матки скорость миграции плаценты была в 1,5–2 раза меньше, чем по передней, и достоверно ниже в сроке гестации 22–28 нед ($p < 0,05$); перемещение плаценты имело методичный характер, его этапы (нарастание, максимум, снижение скорости) были последовательными и более продолжительными.

Процесс незавершенной миграции плаценты отмечен, начиная с 17–18 нед беременности; заканчивался он в 29–30 нед. Максимальная скорость (0,51 см/нед)

соответствовала быстрому типу миграции и регистрировалась она в 22–24 нед гестации ($p < 0,05$). Резкая смена темпа (отсутствие умеренного типа миграции), скачкообразные, короткие этапы нарастания и снижения скорости миграции проявлялись выраженной клиникой с доминирующим симптомом мажущих кровянистых выделений.

Выявлено неблагоприятное сочетание локализации плаценты и варианта ее перемещения – неполная миграция по передней стенке матки; у данных пациенток регистрировались максимальные показатели скорости миграции – 0,65 см/нед (22–24 нед) и более тяжелая симптоматика с наличием кровотечений, рецидивирующей угрозой прерывания беременности. Бессимптомно процесс протекал при завершенной миграции по задней стенке матки; темп был максимален в 29–31 нед и соответствовал медленному и умеренному типу – 0,38 см/нед.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/ лейомиома/ аномалии). Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершенный (полная миграция) и незавершенный вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

Особливості ехографічної діагностики аномально розташованої плаценти ***N. Ursaki***

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічного перебігу гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції урогенітального тракту; структурні порушення матки (рубець/ міома/ аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначено три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більше 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, ехографічна діагностика.

Features of ehografical diagnostic of abnormal the located placenta ***N. Ursaki***

Results of the spent researches testify, that risk factors of a pathological current gestation at abnormal placentation are: the age is more senior 30 years; high parity; infections urogenital

path; structural infringements of a uterus (a hem / an anomaly myoma/). The basic criteria of migration of a placenta are: localisation concerning uterus walls, speed and a process variant. Three types of speed of moving of a placenta are defined: slow – less 0,3sm/w; moderated – from 0,3 to 0,5sm/w; fast – more 0,5sm/w. Are allocated also finished (full migration) and not complete variant (incomplete migration) moving process. The received results are necessary for using by working out of tactics of conducting pregnancy at patients of this group.

Key words: *an abnormal arrangement of a placenta, ehografical diagnostic.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2004. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2007. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.

Порівняльні аспекти функціонального стану фетоплацентарного комплексу та тиреоїдної системи у жінок, які багато народжують, після проведеного лікування

Ю.Ю. Ломага

Іршавська районна лікарня

Робота присвячена вивченню функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи та фетоплацентарного комплексу у жінок, які багато народжують. У цих жінок, у порівнянні з першо- і повторнонароджуючими спостерігається порушення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи та фетоплацентарного комплексу, що призводить до дисбалансу тиреоїдних й статевих гормонів, а також недостатнього йодно-гормонального забезпечення всього материнського організму. У зв'язку з цим, жінки, які багато народжують, складають групу високого ризику з материнської та перинатальної смертності.

Ключові слова: жінки, які багато народжують, гормони, фетоплацентарний комплекс, гіпофізарно-тиреоїдна система.

Охорона материнства та дитинства є одним із основних пріоритетних напрямків охорони здоров'я населення нашої держави, а покращення показників материнської та перинатальної смертності є найбільш важливим завданням у роботі як наукових колективів, так і у практичній лікарській діяльності [1, 3, 7, 9]. Тому найважливішою умовою вирішення завдань з профілактики та зниження материнської та перинатальної захворюваності й смертності є удосконалення заходів щодо поліпшення якості акушерсько-гінекологічної допомоги та розвиток найбільш раціональних форм медичного обслуговування у групах високого ризику. До такої групи, без сумніву, відносяться і жінки, які багато народжують (більше трьох пологів в анамнезі), оскільки виділення цього контингенту жінок в особливу групу необхідне через наявність частоти виявлення у них екстрагенітальних захворювань та різних ускладнень вагітності [2, 4, 6, 8]. При цьому за останні роки відбулося не лише зростання соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку, але й серйозно змінилася її структура з явним переважанням захворювань щитоподібної залози, основними причинами якої вважають, насамперед, дефіцит йоду в навколишньому середовищі, дисбаланс мікроелементів, збільшення аутоімунних захворювань. Погіршення екологічної ситуації посилює йодну недостатність і, таким чином, створює умови для зростання частоти тиреоїдної патології [5, 7, 10].

У зв'язку з вищевикладеним, актуальною на даний час залишається проблема вивчення та дослідження особливостей протікання вагітності, пологів та післяпо-

логового періоду у жінок, які багато народжують, тому що рівень багатократних пологів в Україні зростає з кожним роком, внаслідок чого створюється група високого ризику репродуктивних ускладнень та втрат у цієї групи жінок.

Незважаючи на існуючі публікації в сучасній літературі з проблем вагітності та пологів у жінок, які багато народжують, не можна вважати всі ці питання цілком вирішеними. Це в сукупності вказує на актуальність досліджуваного наукового напрямку у вирішенні даної проблеми.

Метою даної роботи стало вивчення порівняльних аспектів функціонального стану фетоплацентарного комплексу та тиреоїдної системи у жінок, які багато народжують, та отримували застосовану нами методику лікування у порівнянні зі здоровими перво- і повторнонароджуючими.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених завдань дослідження нами був проведений клініко-статистичний аналіз 150 історій пологів та індивідуальних обмінних карт вагітних (за матеріалами пологового відділення та жіночої консультації Іршавської районної лікарні Закарпатської області та пологового будинку № 1 м. Києва). Обстежені були розподілені на дві групи:

- Основна група – жінки, які багато народжували та отримували застосовану нами методику лікування, а саме: йодного препарату (йодомарину), ензимотерапії (вобензиму), імуномодюлятора (настойки ехінацеї) та препаратів, що позитивно впливають на обмінні процеси в організмі (триовіту, хофітолу, текому). Прегравідарна підготовка до настання наступних вагітностей у цих жінок проводилася із застосуванням препарату йодіс-календула, як місцево, враховуючи стан мікробіоценозу статевих шляхів так і перорально, корекція дисгормональних порушень жіночого організму проводилася вживанням натурального біогелю «Ламідан», а корекція дисметаболических порушень – вживанням фітоточаю «Карпати», який розроблений НДІ фітотерапії УжНУ.

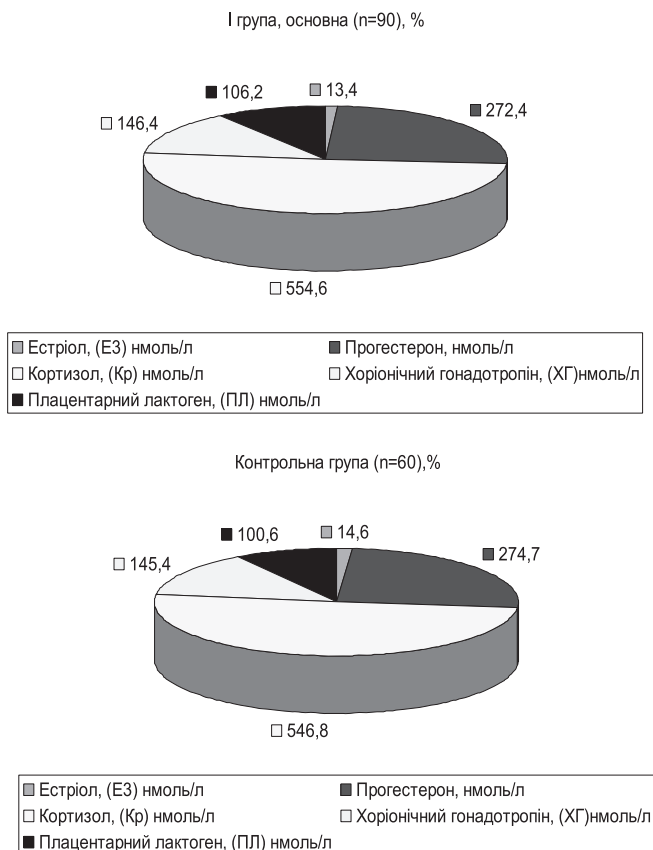
- Контрольну групу склали 60 жінок, які мали одні або двоє пологів в анамнезі. Курс лікування був індивідуальним й складав від 45 до 90 діб.

У всіх обстежених функціональну активність ЩЗ оцінювали за концентрацією у сироватці крові тиреотропного гормону гіпофізу (ТТГ), вільного (FT₄) та загального (T₄) тироксину і трийодтироніну (T₃), а фетоплацентарного комплексу за рівнем статевих гормонів естріолу (E₃), прогестерону, кортизолу (Кр), плацентарного лактогену (ПЛ) та хоріонічного гонадотропіну (ХГ).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі основних параметрів клінічної характеристики обстежених жінок був використаний єдиний методологічний підхід, що полягає у вивченні порівняльних аспектів отриманих даних жінок основної групи, які багато народжували та отримували застосовану нами методику лікування з жінками, які народжували вперше, або повторно.

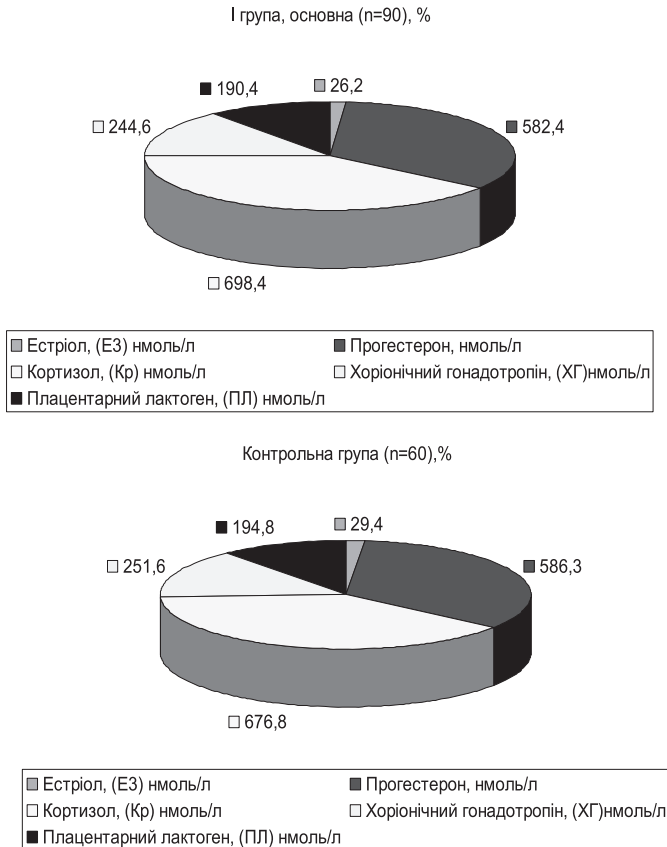
Проведені дослідження показали, що при фізіологічному протіканні вагітності із збільшенням числа пологів проходять зміни й у гормональному стані фетоплацентарного комплексу у обстежених жінок. Рівень цих гормонів (естріолу, прогес-



Мал. 1. Вміст естріолу, прогестерону, кортизолу, плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну у обстежених вагітних у 18–20 тиж гестації

терону, кортизолу, плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну) були вивчені у такі терміни вагітностей: 18–20; 26–28; 36–38 тиж. Ці терміни були визначені у зв'язку з особливостями функціонального стану фетоплацентарного комплексу в цей час гестації.

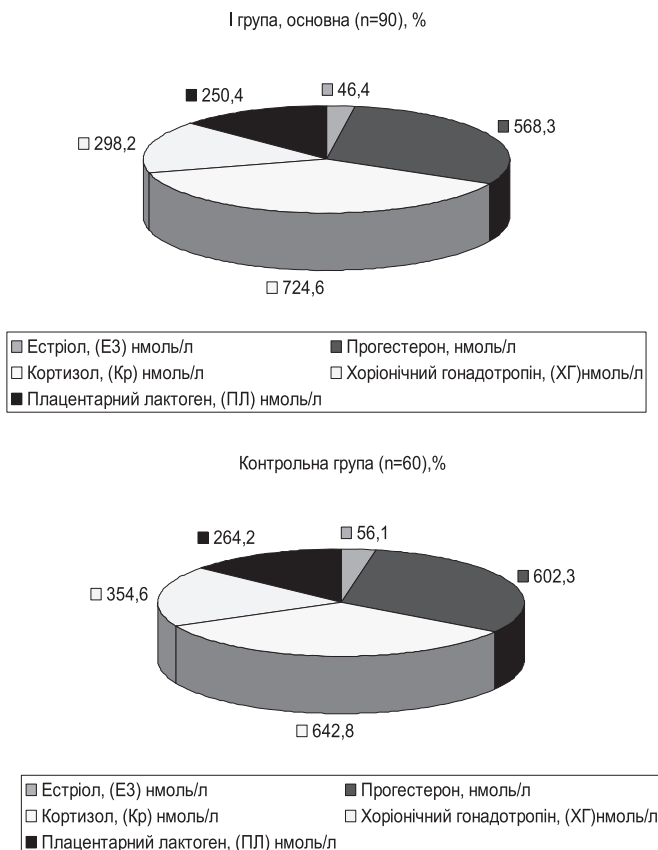
Рівень гормонів фетоплацентарного комплексу у порівняльному аспекті у вагітних, які багато народжують (основна група) і отримували застосовану нами методику лікування та здорових першо- і повторновагітних (контрольна група) у 18–20 тиж гестації представлений на мал. 1.



Мал. 2. Вміст естріолу, прогестерону, кортизолу, плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну у обстежених вагітних у 26–28 тиж гестації

Як видно із даних мал. 1, проведене дослідження рівня гормонів фетоплацентарного комплексу у жінок, які багато народжують та отримували застосовану нами методику лікування свідчить про те, що в I триместрі гестації рівень прогестерону у них становив – $272,4 \pm 10,8$ нмоль/л, а естріолу – $13,4 \pm 1,2$ нмоль/л, тоді як у порівнянні з першо- і повторновагітними ці показники склали відповідно: $274,7 \pm 13,7$ нмоль/л та $14,6 \pm 1,2$ нмоль/л. Рівень ХГ був майже однаковий в обох групах, а ПЛ становив – $106,2 \pm 9,8$ нмоль/л, кортизолу – $554,6 \pm 26,8$ нмоль/л, що майже наближався до рівня відповідних гормонів у контрольній групі.

Рівень гормонів фетоплацентарного комплексу у порівняльному аспекті у вагітних, які багато народжують (основна група) і отримували застосовану нами



Мал. 3. Вміст естріолу, прогестерону, кортизолу, плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну у обстежених вагітних у 36–38 тиж гестації

методику лікування та здорових першо- і повторновагітних (контрольна група) у 26–28 тиж гестації представлений на мал. 2.

Як видно з даних мал. 2, проведені дослідження рівня гормонів фетоплацентарного комплексу у жінок, які багато народжують свідчать, що в II триместрі гестації рівень прогестерону у них становив – $582,4 \pm 8,8$ нмоль/л, естріолу – $26,2 \pm 1,3$ нмоль/л, плацентарного лактогену – $190,4 \pm 11,6$ нмоль/л, а хоріонічного гонадотропіну – $244,6 \pm 3,7$ нмоль/л, що менше у порівнянні з першо- і повторно-вагітними: відповідно $586,3 \pm 8,5$ нмоль/л, $29,4 \pm 1,6$ нмоль/л, $194,8 \pm 19,3$ нмоль/л та $251,6 \pm 5,1$ нмоль/л. Рівень кортизолу становив – $698,4 \pm 18,4$ нмоль/л у жінок основної групи, що значно більше у порівнянні з контрольною – $676,8 \pm 20,7$ нмоль/л.

**Вміст ТТГ, Т₃, FT₄, Т₄ у вагітних, які багато народжують,
після проведеного лікування та у здорових першо- і повторновагітних**

Гормони	Основна група, n=90, %		Контрольна група, n=60, %	
	I триместр	II триместр	I триместр	II триместр
ТТГ, мМо/л	4,54±0,001*	5,30±0,16*	3,34±0,05*	4,12±0,08*
Т ₃ , нмоль/л	1,69±0,001*	1,91±0,02*	2,01±0,04*	2,78±0,07*
Т ₄ нмоль/л	102,3±0,46*	105,1±1,5*	112,6±0,74*	126,9±0,92*
FT ₄ нмоль/л	17,62±0,08*	18,9±0,42*	19,01±0,24*	21,94±0,28*

Примітка: достовірність р відносно контрольної групи: * – <0,05; ** – <0,01.

Рівень гормонів фетоплацентарного комплексу у порівняльному аспекті у вагітних, які багато народжують (основна група) і отримували застосовану нами методику лікування та здорових першо- і повторновагітних (контрольна група) у 36–38 тиж гестації представлений на мал. 3.

Як видно з даних мал. 3, характер ендокринологічних порушень рівня гормонів фетоплацентарного комплексу у жінок, які багато народжують та отримували застосовану нами методику лікування, змінився в бік збільшення рівня відповідних гормонів до їх рівня у контрольній групі та становив: естріолу – до 46,4±2,1 нмоль/л, кортизолу – до 724,6±16,2 нмоль/л; p<0,01, прогестерону – до 568,3±11,6 нмоль/л, хоріонічного гонадотропіну – до 298,2±20,8 нмоль/л та плацентарного лактогену – до 250,4±12,4 нмоль/л; p<0,05.

У вагітних, які багато народжували та отримували застосовану нами методику лікування значно позитивно покращився функціональний стан фетоплацентарного комплексу та процес гестації, що підтверджено достовірним підвищенням рівня статевих гормонів, а саме: естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну та плацентарного лактогену (p<0,05) у порівнянні з вагітними, які багато народжували та отримували загальноприйняті методи лікування.

Наступним кроком нашої роботи стало клініко-лабораторне дослідження обстежених жінок, з обов'язковим вивченням у них функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у I триместрі в 6–13 тиж, а у II триместрі – в 14–26 тиж гестації. У всіх обстежених функціональну активність ШЗ оцінювали за концентрацією у сироватці крові тиреотропного гормону гіпофізу (ТТГ), вільного (FT₄) та загального (Т₄) тироксину і трийодтироніну (Т₃).

Проведене дослідження рівня гіпофізарно-тиреоїдних гормонів у порівняльному аспекті у жінок, які багато народжують та отримували застосовану нами методику лікування й здорових першо- і повторновагітних представлено в таблиці.

Як видно із даних таблиці, у вагітних, які багато народжували та отримували застосовану нами методику лікування рівень тиреоїдних гормонів у I та II триместрах вагітності був вищим, ніж у вагітних, які багато народжували та застосовували загальноприйняті методи лікування, і наближався до рівня, як і при фізіологічному перебігу вагітності.

Так, відмічалось достовірне зниження рівня ТТГ у 6–13 тиж до $4,54 \pm 0,001$ мМо/л ($p < 0,05$) та у 14–26 тиж – до $5,30 \pm 0,16$ мМо/л ($p < 0,05$), збільшення тиреоїдних гормонів: у 6–13 тиж T_3 – до $1,69 \pm 0,001$ нмоль/л, T_4 – до $102,3 \pm 0,46$ нмоль/л, FT_4 – $17,62 \pm 0,08$ нмоль/л ($p < 0,05$) та у 14–26 тиж T_3 – до $1,91 \pm 0,02$ нмоль/л, T_4 – $105,1 \pm 1,5$ нмоль/л, FT_4 – $18,9 \pm 0,42$ нмоль/л ($p < 0,05$) порівняно з вагітними контрольної групи, де рівень ТТГ складав у 6–13 тиж $3,34 \pm 0,05$ мМо/л та у 14–26 тиж $4,12 \pm 0,08$ мМо/л, а рівень тиреоїдних гормонів у 6–13 тиж T_3 – $2,01 \pm 0,04$ нмоль/л, T_4 – $112,6 \pm 0,74$ нмоль/л та FT_4 – $19,01 \pm 0,24$ нмоль/л, а у 14–26 тиж: T_3 – $2,78 \pm 0,07$ нмоль/л, T_4 – $126,9 \pm 0,92$ нмоль/л, FT_4 – $21,94 \pm 0,28$ нмоль/л.

Таким чином, як засвідчують наші дані, у вагітних, які багато народжували та отримували застосовану нами методику лікування, нормалізувався функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи, так як видно, що рівень гормонів ТТГ, T_3 , T_4 і FT_4 у II триместрі відповідав майже такому, як у вагітних контрольної групи.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень жінки, які багато народжують, складають групу високого ризику в структурі причин з материнської та перинатальної захворюваності й смертності. Тому у вагітних, які постійно проживають в умовах природного йодного дефіциту, спостерігається порушення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи та фетоплацентарного комплексу, що призводить до дисбалансу тиреоїдних й статевих гормонів, а також недостатнього йодно-гормонального забезпечення всього материнського організму, що проявляється підвищенням рівня ТТГ і зниженням тиреоїдних гормонів (T_3 , T_4 і FT_4) та естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну та плацентарного лактогену.

Отже, застосована нами методика лікування, направлена на усунення порушень у гіпофізарно-тиреоїдній системі та фетоплацентарному комплексі дозволила покращити стан репродуктивного здоров'я жінок, які багато народжують в умовах природного йодного дефіциту, результати виношування вагітностей та їх розродження, а також знизити перинатальні втрати.

Сравнительные аспекты функционального состояния фетоплацентарного комплекса и тиреоидной системы у многоплодных женщин после проведенного лечения

Ю.Ю. Ломага

Данная работа посвящена изучению сравнительных аспектов функционального состояния фетоплацентарного комплекса и тиреоидной системы у многоплодных женщин. У этих женщин, по сравнению с перво- и повторнородящими, возникает нарушение функционального состояния фетоплацентарного комплекса и тиреоидной системы, что приводит к дисбалансу тиреоидных и половых гормонов. У этой группы женщин чаще всего возникают анемии, гестозы, невынашивание беременности, кровотечения в родах

и послеродовом периоде, а родоразрешение их увеличивает риск проведения операций кесаревого сечения. Многогрожжающие женщины составляют группу высокого риска материнской и перинатальной смертности.

Ключевые слова: многогрожжающие женщины, гормоны, фетоплацентарный комплекс, тиреоидная система.

The comparative aspects of fetoplacental complex and thyroid system at pregnant woman at multipara woman after medical treatment **Y.Y. Lomaga**

This work is devoted to studying the extragenital diseases at pregnant woman at multipara woman with following positive effect on clinical current of pregnancy and sorts and also perinatal outcomes delivery. These woman make group of high risk in obstetrical and perinatal pathology, so this problem is actual nowadays and needs careful studing and research.

Key words: multipara woman, hormones, fetoplacental complex, thyroid system.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белази Н. Порівняльні аспекти акушерської і перинатальної патології у жінок, які багато народжують // Галицький лікарський вісник. – 2001. – № 1. – С. 90–91.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні втрати (клінічні та медико-соціальні аспекти). – М., 1997. – 188 с.
3. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Бородавко Л.Г. Диференційований підхід до профілактики та лікування порушень у системі мати–плацента–плід // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 72–74.
4. Закиров И.З., Кепжаев Ш.О. Течение и исход беременности и родов у многогрожжающих женщин // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 3. – С. 31–33.
5. Запорожан В.М., Даниленко А.І. Плацентарна недостатність і її вплив на плід // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 4 (54). – С. 82–84.
6. Крейш Оваед. Профілактика плацентарної недостатності у жінок, які багато народжують. Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 4 (29). – С. 86–87.
7. Arias F. Practical guide to high-risk pregnancy and delivery. Ed.2. St.Louis, Missouri. – 2002. – P. 385–412.
8. Burrow G.N., Ferris T.F. Medical complications during pregnancy. – 4th ed. – Philadelphia: Saunder, 2005. – 633 p.
9. Obstetrics: normal and problem pregnancies / Ed.by S.G. Gabbe, J.R. Niebil. – N.Y.: Churchill Livingstone, 2001. – 1409 p.
10. Vercellini P., Zuliani G., Rognoni M. Pregnancy at forty and over: a case control study // Europ. J. Obstet. Gynaecol. – V. 48, № 3. – P. 191–194.

Особливості перебігу вагітності у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі варикозної хвороби нижніх кінцівок

Н.И. Геник, Ю.Б. Моцюк

Івано-Франківський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту плацентарної дисфункції у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Це диктує необхідність вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу у пацієнток цієї групи високого ризику для розробки комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, варикозна хвороба нижніх кінцівок.

Плацентарна дисфункція (ПД) є найважливішою проблемою сучасної перинатології. Синдром ПД має мультифакторну природу. Незважаючи на інтенсивне використання новітніх методів діагностики і лікування, недостатність функцій плаценти залишається провідною причиною високого рівня захворюваності і смертності дітей не лише в перинатальний період, але і на етапах наступного розвитку. Особливе значення має розвиток плацентарної недостатності у вагітних з судинною патологією. Екстрагенітальне захворювання серцево-судинної системи, що найчастіше зустрічається, у вагітних і породіль є варикозна хвороба вен нижніх кінцівок [1, 2].

Дисфункція ендотелію і зміни гемостазу, зокрема гіперкоагуляція, незмінно супроводять прогрес хронічної венозної недостатності і варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (ВХВНК). Дисфункція ендотелію призводить до зміни судинної реактивності та активації каскаду внутрішньосудинного згортання. Основними маркерами дисфункції ендотелію служать зниження продукції простагліцину, відносно збільшення тромбоксану, а також великий інтерес останнім часом викликають такі можливі маркери ендотеліальної дисфункції, як гомоцистеїн (ГЦ) і фібронектин (ФН) [3, 4].

Незважаючи на значно число наукових публікацій з проблеми вагітності і пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, не можна вважати усі питання повністю вирішеними. На наш погляд, в першу чергу це стосується вивчення особливостей гестації у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок (ВХНК), часто та якої зростає з року в рік і супроводжується значним рівнем акушерських і перинатальних ускладнень.

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей перебігу вагітності у жінок зі ВХНК.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 90 вагітних. Усі жінки були розділені на три групи. У I (основну) групу увійшли 30 вагітних з ПН і ВХВНК з терміном гестації понад 30 тиж. II групу порівняння склали 30 пацієнток з ВХВНК без

клінічних проявів ПН після 30 тижнів вагітності. III (контрольна) група складалася з 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. У дослідження не включені пацієнтки із захворюваннями, що провокують розвиток ПН, для виключення поєданого впливу різних чинників на розвиток ПН. За віком, особливостями анамнезу, спадковості, особливостями репродуктивної функції, спектром екстрагенітальної патології вагітні усіх груп були схожі між собою, а виявлені відмінності не мали достовірного характеру. Середній вік вагітних в групах склав $25,1 \pm 0,6$ року, і не розрізнявся достовірно по групах.

При аналізі перебігу ВХНК виявлено, що ускладнення ВХНК в анамнезі мали 11 (36,7%) і 10 (33,3%) вагітних I і II груп відповідно, тоді як під час справжньої вагітності ускладнений перебіг ВХВНК (тромбофлебіт) виявлений у 6 (20%) і 9 (30%) пацієнток I і II груп відповідно. Причому, у частини вагітних ці ускладнення поєднувалися з даними анамнезу і/або були повторними протягом справжньої вагітності.

Аналізуючи перебіг вагітності і результатів пологів ми виявили, що в контрольній групі вагітність протікала без ускладнень і вони знаходилися на амбулаторному спостереженні, тоді як в групі зі ВХВНК у поєднанні з ПД пацієнткам проводилася госпіталізація для комплексного лікування протягом $2,5 \pm 0,5$ тиж. З приводу ускладненого перебігу ВХНК (тромбофлебіт) стаціонарне лікування було потрібно 2 (6,7%) і 3 (10%) вагітним I і II груп відповідно. Структура ПН в I групі була представлена дуже різноманітно. При цьому враховувалися наступні дані: при порушенні плацентарного кровотоку (ПК), плодово-плацентарного кровотоку (ППК) або/і матково-плацентарного кровотоку (МПК) за даними доплерометрії, без явищ ЗВУР і гіпоксії плода по КТГ – виставлявся діагноз ПН. За наявності ЗВУР – діагноз ставився як: ПД, ЗВУР певної міри. За наявності гіпоксії плода за даними КТГ або/і доплерометрії – діагноз ставився як: ПД, хронічна гіпоксія плода. При цьому у випадках ізольованої передчасної зміни структури плаценти, много- або маловоддя, гіпер- або гіпоплазії плаценти ситуації не розцінювалися як ПД. Найбільш несприятливим було, безумовно, поєднання ЗВУР з хронічною гіпоксією плода.

Аналізуючи перебіг вагітності і результати пологів у пацієнток I і II груп дослідження було виявлено, що розродження через природні пологові шляхи виконано в меншій кількості випадків – 18 (60%) і 21 (70%) в I і II групах, відповідно. Причому, потрібно відмітити, що структура причин оперативного розродження шляхом операції кесарів розтин розподілилася абсолютно іншим чином. Відмічена досить велика кількість випадків кесарева розтину з приводу гострої гіпоксії плода на фоні або без хронічної як в I, так і в II групах. У 6 (20%) випадках у пацієнток II групи було потрібно дострокове оперативне розродження у зв'язку з декомпенсацією ПН що поєднується із ЗВУР і хронічною гіпоксією плода в терміні вагітності 37–38 тиж. При цьому частота аномалій пологової діяльності не відрізнялася від контрольної групи.

Індукція пологів за відсутності самостійного вступу в пологи в I і II групах проводилася в термін до 40 тиж вагітності за показаннями, якими були: прогрес або поява плацентарної недостатності за даними доплерометрії або/і КТГ, виражена ВХНК і зовнішніх статевих органів з явищами хронічної венозної недостатності I–III міри, ускладнений перебіг ВХНК в процесі справжньої вагітності або в анамнезі (тромбофлебіт та ін.). Індукція пологів в строк 40–41 тиж вагітності проводилася по наступних свідченнях: наявність ПД за даними доплерометрії і/або КТГ, наявність ВХВНК або/і зовнішніх статевих органів ізольоване або у поєднанні з ПД. В

цілому індукція пологів шляхом амніотомії була виконана у 17 (56,7%) і 14 (46,7%) вагітних в I і II групах, відповідно. У нашій роботі ми окремо проаналізували перебіг і результати пологів в групі вагітних, яким проводилася індукція пологів. При цьому, не було виявлено достовірних відмінностей в результаті і частоті ускладнень пологів, в порівнянні з пацієнтками, яким індукція пологів не проводилася.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту плацентарної дисфункції у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Це диктує необхідність вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу у пацієнток цієї групи високого ризику для розробки комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности течения беременности у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне варикозной болезни нижних конечностей Н.И. Генык, Ю.Б. Моцюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте плацентарной дисфункции у женщин с варикозной болезнью нижних конечностей. Это диктует необходимость изучения функционального состояния фетоплацентарного комплекса у пациенток этой группы высокого риска для разработки комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, варикозная болезнь нижних конечностей.

Features of a current of pregnancy at women with placental dysfunction against varicose illnesses of the bottom finitenesses N.I. Genyk, J.B. Motsjuk

Results of the spent researches testify to high frequency of placental dysfunction at women with varicose illness of the bottom finitenesses. It dictates necessity of studying of a functional condition fetoplacental complex at patients of this group of high risk for working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: placental dysfunction, varicose illness of the bottom finitenesses.

ЛІТЕРАТУРА

1. Джобава Э.М., Доброхотова Ю.Э., Филатова Л.А. Тактика ведения и методы диагностики плацентарной недостаточности у беременных с хронической венозной патологией. //Материалы конференции «Перинатальные инфекции: лечить или нет?» Ростов-на-Дону, 2006. – С. 18–21.
2. Доброхотова Ю.Э., Дзейгова Э.А. Оптимизация тактики ведения и методов диагностики плацентарной недостаточности у беременных с хронической венозной недостаточностью. // Материалы VIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2006. – С. 119.
3. Милованов А.П., Джобава Э.М., Дзейгова Э.А. Плацентарная недостаточность у женщин с хронической венозной недостаточностью: некоторые аспекты этиологии, патогенеза и диагностики. // Журнал Российский Вестник Акушера-Гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 11–15.
4. Янжинов А.В. Диагностика плацентарной недостаточности у беременных с хронической патологией.//Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2007. – № 2. – С. 14–19.

Перинатальні наслідки розродження жінок при внутрішньоутробному інфікуванні

Н.І. Геник, І.О. Басюга

Івано-Франківський національний медичний університет

Як показали результати проведених досліджень, виявлена пряма залежність між частотою основних ускладнень вагітності (особливо маловоддя) і пологів, а також перинатальних ускладнень і наявністю або відсутністю повноцінного етіопатогенетичного лікування внутрішньоутробного інфікування під час вагітності. Своєчасне проведення такого лікування призводить до зниження кількості і характеру ускладнень вагітності і пологів, а також сприяє поліпшенню перинатальних показників.

Ключові слова: внутрішньоутробна інфекція, перинатальна патологія.

На сучасному етапі внутрішньоутробне інфікування вийшло на одне з перших місць за рівнем впливу на частоту плацентарної дисфункції і затримку розвитку плода [1–4]. Плацентарна дисфункція є ключовою проблемою перинатального акушерства, неонатології ante- і перинатального періодів, оскільки функціональна недостатність плаценти призводить до загрози переривання вагітності, відставанню росту і розвитку плода, гіпоксії або його загибелі [2, 4]. Наслідком органічних запальних процесів у плаценті закономірно є функціональна недостатність плаценти, що розвивається, як правило, удруге, що має прямий негативний вплив на внутрішньоутробний розвиток плода і проявляється характерною клінічною симптоматикою.

Незважаючи на те, що обговорюваній проблемі присвячена множина наукових досліджень, не існує цілісного уявлення про перебіг вагітності і пологів, розвиток плода і стан новонароджених, формування плацентарної дисфункції інфекційного генезу.

Метою наукового дослідження явилось вивчення перинатальних аспектів плацентарної дисфункції на фоні внутрішньоутробного інфікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 вагітних жінок із підтвердженим діагнозом внутрішньоутробного інфікування.

У комплекс проведених досліджень були включені мікробіологічні, імунологічні, біохімічні, ендокринологічні, ехографічні і доплерометричні показники.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень показали, що вагітні з внутрішньоутробним інфікуванням є групою високого акушерського і перинатального ризику, тому що

в них виявлена висока частота ускладнень вагітності і пологів: ранні токсикози (32,0%); преєклампсія різноманітного ступеня тяжкості (24,0%); загроза переривання вагітності (53,0%); істміко-цервікальна недостатність (9,0%); передчасний розрив плодових оболонок (49,0%); передчасні пологи (12,0%); аномалії пологової діяльності (26,0%) і післяпологові гіпотонічні кровотечі (8,0%).

Встановлено зростання частоти плацентарної дисфункції до 78,0% у вагітних із внутрішньоутробним інфікуванням, що клінічно виявляється затримкою внутрішньоутробного розвитку плода (31,0%); хронічною гіпоксією плода (36,0%) і перинатальними ушкодженнями центральної нервової системи інфекційно-гіпоксичного генезу (69,0%).

Імунологічними критеріями загострення хронічного інфекційного процесу у вагітних із внутрішньоутробним інфікуванням є активація ефекторної функції Т-лімфоцитів, підвищення кількості СД8-лімфоцитів, надходження в циркуляцію попередників Т-лімфоцитів, зростання концентрації імунних циркулюючих комплексів, імуноглобулінів G і M на фоні зниження рівня імуноглобуліну А.

У вагітних з ознаками внутрішньоутробного інфікування в 90,0% випадків є зміни показників сироваткових гормонів і плацентарних білків, при цьому динаміка гормональних порушень при внутрішньоутробному інфікуванні не відрізняється специфічністю і має ту ж тенденцію, що і при інших патологічних станах гестаційного процесу.

Ранньою ознакою хронічної плацентарної дисфункції є ізольоване зниження некон'югованого естріолу. Одночасне зниження цього показника і підвищення плацентарного лактогену є варіантом включення компенсаторно-приспосувальних реакцій плаценти, що сприяє пролонгуванню вагітності до доношеного терміну.

Проведення комплексу діагностичних заходів у вагітних із внутрішньоутробним інфікуванням, спрямовані на оцінку функціонального стану фетоплацентарної системи з використанням методів доплерометрії, ехографії і гормональної діагностики, дозволяє встановити провідну роль маловоддя у ранній діагностиці, визначити тяжкість інфекційного ушкодження фетоплацентарної системи, вибрати оптимальну тактику ведення вагітності і пологів, пренатально прогнозувати стан плода і новонародженого.

У результаті проведених досліджень встановлено, що в дітей, що народилися від матерів із внутрішньоутробним інфікуванням, відзначається висока захворюваність у ранній неонатальний період, спостерігаються гірші показники фізичного розвитку, частіше реєструється затримка внутрішньоутробного розвитку в порівнянні з неінфікованими новонародженими.

У переважній більшості випадків інфекційний процес в організмі матері призводить до запальних змін плаценти. Своєчасне проведення специфічного лікування жінок із внутрішньоутробним інфікуванням дозволяє стабілізувати патологічні зміни в плаценті, нормалізувати гемодинаміку в ній, підвищити її компенсаторно-приспосувальні резерви.

Крім того, виявлена пряма залежність між частотою деяких ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальних ускладнень і наявністю або відсутністю повноцінного етіопатогенетичного лікування внутрішньоутробного інфікування під час вагітності.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, виявлена пряма залежність між частотою деяких ускладнень вагітності (особливо маловоддя) і пологів, а також перинатальних ускладнень і наявністю або відсутністю повноцінного етіопатогенетичного лікування внутрішньоутробного інфікування під час вагітності. Своєчасне проведення такого лікування призводить до зниження кількості і характеру ускладнень вагітності і пологів, а також сприяє поліпшенню перинатальних показників.

Перинатальные исходы родоразрешения женщин при внутриутробном инфицировании *Н.И. Генык, И.Е. Басюга*

Результаты проведенных исследований показали, что установлена прямая зависимость между частотой основных осложнений беременности (особенно маловодия) и родов, а также перинатальных осложнений и наличием или отсутствием полноценного этиопатогенетического лечения внутриутробного инфицирования во время беременности. Своевременное проведение такого лечения приводит к снижению частоты и характера осложнений беременности и родов, а также способствует улучшению перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: *внутриутробная инфекция, перинатальная патология.*

Perinatal outcomes delivery women at prenatal infection *N.I. Genyk, I.E. Basiuga*

As have shown results of the lead researches, direct dependence between frequency of the basic complications of pregnancy (especially smallwater) and sorts, and also perinatal complications and presence or absence high-grade patogenetical treatments intra-uterine infection is revealed during pregnancy. Duly carrying out of such treatment results in decrease in number and change of character of complications of pregnancy and sorts, and also promotes improvement perinatal parameters.

Key words: *intraamniol infection, perinatal pathology.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков Н.А., Цхай В.Б., Морозова А.А. Ближайшие и отдаленные результаты медикаментозной коррекции при внутриутробном инфицировании // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2008. – № 4. – С. 82–86.
2. Маркін Л.Б., Луцик Б.Д., Попович А.І. Хронічні інфекції в акушерстві та гінекології // Зб. наук. праць III пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України. – Чернівці, 2009. – С. 336–338.
3. Цхай В.Б., Волков Н.А. Ближайшие и отдаленные результаты лечения беременных с внутриутробным инфицированием // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – 2009. – № 6. – С. 7–10.
4. Шадлун Д.Р., Глазков И.С., Романенко Т.Г. Особенности перинатальных потерь у женщин с урогенитальной инфекцией // Зб. наук. праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – Вип. 5. – Київ-Луганськ, 2007. – С. 134–137.

Влияние лейомиомы матки на течение беременности и родов

О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что лейомиома матки и наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии, практически, не оказывают специфического влияния на физическое развитие новорожденных и их постнатальную адаптацию в течение первого года жизни. Вместе с тем, женщины с данной патологией составляют группу высокого риска по развитию хронической плацентарной недостаточности, дистресса плода и перинатальной заболеваемости. Полученные результаты являются обоснованием для усовершенствования комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение непосредственных результатов родоразрешения, особенно женщин после консервативной миомэктомии.

Ключевые слова: лейомиома матки, беременность, роды.

Проблема лейомиомы матки на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных в современной репродуктологии [1, 2, 5]. В связи с омоложением данной патологии появляется совершенно новая акушерская задача, связанная с вопросами родоразрешения женщин с лейомиомой матки, а также с рубцом на матке после консервативной миомэктомии [3, 4]. Несмотря на значительное число научных сообщений в данном направлении нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, одним из наименее изученных вопросов являются перинатальные исходы родоразрешения женщин с лейомиомой матки, причем в зависимости от проведенных методов лечения – оперативного и консервативного. Все вышеизложенное является обоснованием актуальности выбранного научного направления.

Целью настоящего научного исследования является изучение течения беременности и родов у женщин после различных методов лечения лейомиомы матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено изучение течения беременности и родов у 100 женщин с лейомиомой матки, которые были разделены на две группы:

1 группа – 50 женщин с лейомиомой матки, получавших до настоящей беременности консервативное лечение (гормональная, антигомотоксическая и фитотерапия);

2 группа – 50 женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии, которая была выполнена до настоящей беременности.

Сразу после рождения состояния детей оценивали по шкале Апгар, проводили антропометрию, оценивали степень зрелости ребенка, а также изучали его соматический и неврологический статус.

В период ранней неонатальной адаптации все новорожденные находились на одинаковых режимах вскармливания. Наблюдения включали оценку общего состояния, динамику физиологической потери массы тела, особенности физиологической желтухи, наличие и выраженность дисгормональных нарушений, время удаления пуповины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как свидетельствуют результаты, частота преждевременных родов составила в 1 группе 6,0% и во 2 – 8,0%. Запоздалые роды встречали гораздо реже: по 2,0% в каждой группе. Частота плацентарной недостаточности составила у женщин 1 группы 32,0%, а при наличии рубца на матке после консервативной миомэктомии – 46,0%. Суммируя число факторов риска данного осложнения среди женщин обеих групп установлено, что более 7 факторов имели 50,0% женщин; от 5 до 7 – 30,0% и менее 5 факторов риска – только в 20,0% наблюдений. Среди остальных осложнений беременности можно выделить значительный уровень гестационной анемии (1 группа – 58,0% и 2 – 60,0%) и преэклампсии легкой и средней степени тяжести (1 группа – 18,0% и 2 – 16,0%).

Частота абдоминального родоразрешения составила в 1 группе 36,0% и во 2 – 64,0% соответственно. Среди ведущих показаний у женщин после консервативного лечения лейомиомы матки следует выделить дистресс плода (20,0%) и аномалии родовой деятельности (12,0%), а после оперативного лечения данной патологии – несостоятельность рубца (28,0%); дистресс плода (24,0%) и длительное бесплодие в анамнезе (14,0%).

Весьма показательным является тот факт, что внутриутробное инфицирование было диагностировано у 4,0% детей из 1 группы и у 6,0% – из 2 группы. При этом, встречались как легкие, так и тяжелые формы инфекционных осложнений. В первом случае они проявлялись в виде гнойного или катарального омфалита, конъюнктивита и врожденного везикулопустулеза, во втором – генерализованной инфекцией и менигоэнцефалитом. Число детей с врожденной пневмонией было несколько выше во 2 группе (4,0%) по сравнению с 1 (2,0%). Синдром дыхательных расстройств имел место с одинаковой частотой (по 6,0% в каждой группе). Детям с подозрением на внутриутробное инфицирование, особенно без явных клинических проявлений, но с отягощенным перинатальным анамнезом с первых дней жизни проводилась антибиотикопрофилактика по общепринятой методике.

Врожденную патологию имели 4,0% детей обеих групп в виде врожденного пневмоторакса, врожденного порока сердца, болезни Дауна, дисплазии тазобедренного сустава и гемангиомы.

Как свидетельствуют полученные данные, существенных различий по половому признаку и по паритету родов между новорожденными различных групп нами не установлено. При анализе физиологического снижения массы тела в первые и вторые сутки неонатального периода установлено, что на средний показатель составил $6,7 \pm 0,2\%$ в 1 группе и $6,3 \pm 0,3\%$ – во 2 группе новорожденных. Наиболее выраженное снижение массы тела новорожденных было отмечено на 4–5 сут неонатального периода, причём только 14,0% восстановили исходную массу тела к 10 суткам неонатального периода.

Проведено также изучение основных показателей физического развития 48 детей первого года жизни. Так, в 1 год масса тела мальчиков от первых родов достигала 11500 ± 510 г при росте 76 ± 3 см; после повторных родов – 12000 ± 320 г при росте – 75 ± 4 см. У девочек в возрасте 1 года от первых родов масса тела составляла 11200 ± 161 г при росте 76 ± 3 см; при повторных родах масса тела была 11000 ± 280 г при росте – 76 ± 2 см.

Психоневрологический статус обследованных детей не отличался от общепринятых нормативов. Слуховые и глазные реакции появлялись на 1–2 мес жизни; эмоциональные реакции – на 3 месяце; координация движений – на 4 месяце; неустойчивое стояние – на 7–8 месяце и самостоятельная ходьба – соответственно на 12 месяце жизни.

Катамнестическое наблюдение было проведено среди 32 детей, рожденных от матерей 1 группы. Под наблюдением невропатолога в первый год жизни находилось 14,2%, причем во всех случаях у них имела место задержка внутриутробного развития плода и признаки внутриутробного инфицирования. Практически во всех наблюдениях гестационный период протекал с акушерскими осложнениями (анемия беременных, преэклампсия различной степени тяжести). Постгипоксическая энцефалопатия была основным показанием для длительного наблюдения детей у невропатолога. Кроме того, 4,7% детей постоянно наблюдались у кардиолога в связи с врожденными пороками сердца различной степени выраженности.

По сравнению с этим, во 2 группе под наблюдением невропатолога было 18,5% детей. Анализ преморбидного фона у матерей показал наличие отягощенного репродуктивного анамнеза (длительное бесплодие) и высокий уровень сопутствующей соматической заболеваемости. Основным гестационным осложнением у матерей этих детей была хроническая плацентарная недостаточность и интраамниальное инфицирование.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, лейомиома матки и наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии, практически, не оказывает специфического влияния на физическое развитие новорожденных и их постнатальную адаптацию в течение первого года жизни. Вместе с тем, женщины с данной патологией составляют группу высокого риска по развитию хронической плацентарной недостаточности, дистресса плода и перинатальной заболеваемости. Полученные результаты являются обоснованием для усовершенствования комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение непосредственных результатов родоразрешения, особенно женщин после консервативной миомэктомии.

Вплив лейомиоми матки на перебіг вагітності і пологів О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда

Результати проведених досліджень свідчать, що лейомиома матки і наявність рубця на матці після консервативної міомектомії, практично, не чинять специфічного впливу на фізичний розвиток новонароджених і їх постнатальну адаптацію протягом першого ро-

ку життя. В той же час, жінки з цією патологією складають групу високого ризику по розвитку хронічної плацентарної недостатності, дистресу плода і перинатальної захворюваності. Отримані результати є обґрунтуванням для удосконалення комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення безпосередніх результатів розродження, особливо жінок після консервативної міомектомії.

Ключові слова: лейоміома матки, вагітність, пологи.

Influence leiomyoma of uterus on a current of pregnancy and sorts O.V. Gorbunova, N.V. Rukomeda

Results of the spent researches testify, that leiomyoma of uterus and hem presence on a uterus after conservative myomectomy, practically, do not render specific influence on physical development of newborns and them postnatal adaptation within the first year of a life. At the same time, women with the given pathology make group of high risk on development of chronic placentary insufficiency, distress of born and perinatal diseases. The received results are a substantiation for improvement of a complex of the diagnostic and treatment-and-prophylactic actions directed on improvement of direct results delivery, especially women after conservative myomectomy.

Key words: leiomyoma of uterus, pregnancy, delivery.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение, СПб.: Всесоюз. молодеж. кн. центр. Фил. «Васильевский остров», 2008. – 147 с.
2. Бейлин А.Л., Кретова Н.Е., Каллаева П.А. Кесарево сечение при миоме матки // Вопросы охраны материнства и детства, 2004. – № 4. – С. 55–58.
3. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 344 с.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии), СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 235 с.
5. Babknia A., Rock J.A., Jones H.W. Pregnancy success following abdominal myomectomy for infertility // Fertil. and Steril, 2008, 30, 6: 644.

Особенности I триместра беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей

О.Н. Ищак

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Изучены основные клинические, эхографические, эндокринологические, иммунологические, биохимические и микробиологические особенности у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей в I триместре беременности. Установлены основные причины высокого уровня самопроизвольного прерывания беременности и намечены основные моменты проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: I триместр беременности, поздний репродуктивный возраст, варикозная болезнь нижних конечностей

Беременность и роды в период становления и угасания репродуктивной функции являются предметом многих научных изысканий [1–4]. При этом отмечено, что в крайних возрастных группах чаще развиваются различные акушерские и перинатальные осложнения. Среди основных причин такой тенденции выделяют исходную эндокринопатию, обусловленную с одной стороны биологической неготовностью юного организма к материнству, а с другой – инволютивными процессами в репродуктивной системе после 30 лет. Несмотря на значительное число научных публикаций по данным направлениям нельзя считать все вопросы полностью решенными. На наш взгляд, в первую очередь это касается особенностей течения I триместра беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста при наличии варикозной болезни нижних конечностей.

Основной целью настоящего научного исследования явилось изучение клинических, эхографических, эндокринологических, иммунологических, биохимических и микробиологических особенностей у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 40 первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей, которые были разделены на две подгруппы в зависимости от репродуктивного анамнеза: подгруппа 1.1. – 20 пациенток, которые забеременели естественным путем и 1.2. – 20 пациен-

ток после ВРТ. Контрольную группу составили 20 первородящих репродуктивного возраста (20–25 лет) без акушерской и соматической патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Мы посчитали целесообразным представить результаты обследования пациентов в зависимости от репродуктивного анамнеза (использование ВРТ) по основным клиническим, функциональным и лабораторным параметрам в следующие сроки беременности: 5–6 нед, 9–10 нед и 12–13 нед беременности соответственно.

Среди широкого спектра различной клинической симптоматики мы выбрали наиболее часто встречающуюся: болевые ощущения (постоянного характера, в дни предполагаемых месячных, при физической и психоэмоциональной нагрузке); кровянистые выделения из половых путей (периодического или постоянного характера); нейроэндокринная симптоматика и психоэмоциональное напряжение.

Как свидетельствуют полученные данные из различных болевых ощущений чаще всего отмечались боли при физической нагрузке (подгруппа 1.1. – 40,0% и 1.2. – 65,0%); периодически мажущиеся выделения из половых путей (подгруппа 1.1. – 20,0% и 1.2. – 40,0%); нейроэндокринная симптоматика (подгруппа 1.1. – 25,0% и 1.2. – 60,0%) и психоэмоциональное напряжение (подгруппа 1.1. – 50,0% и 1.2. – 80,0% соответственно). Из представленных данных видно, что в сравнительном аспекте в 5–6 нед беременности частота всех клинических проявлений угрозы прерывания беременности выше у возрастных первородящих после ВРТ. По нашему мнению, это можно объяснить более высоким уровнем исходной генитальной патологии и осложненным репродуктивным анамнезом, что отмечалось в подгруппе 1.2.

На следующих этапах исследований вышеописанные закономерности полностью подтвердились. Отдельно хотелось бы выделить в 12–13 нед беременности высокую частоту психоэмоционального напряжения (подгруппа 1.1. – 55,0% и 1.2. – 80,0%), а также болевых ощущений при физическом (подгруппа 1.1. – 30,0% и 1.2. – 50,0%) и психоэмоциональном напряжении (подгруппа 1.1. – 20,0% и 1.2. – 40,0%).

При оценке суммарной частоты различных осложнений I триместра беременности необходимо отметить, что несмотря на проводимую сохраняющую терапию самопроизвольное прерывание беременности произошло в 6 случаях (15,0%), причем в 2 (10,0%) в подгруппе 1.1. и в 4 (20,0%) – в подгруппе 1.2. Безусловно, такие показатели превышают общепопуляционные и подтверждают высокую степень риска невынашивания первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей. По срокам беременности нами установлено следующее соотношение: 8 нед – 3 случая из 6 (50,0% от общего числа); 10 нед – 2 случая (33,3%) и 12 нед – 1 случай (16,7%).

Среди остальных особенностей I триместра беременности можно выделить значительный уровень нарушений микробиоценоза половых путей (подгруппы 1.1. – 20,0% и 1.2. – 35,0%), а частота остальных осложнений носила общепопуляционный характер.

Для характеристики эхографических изменений в I триместре беременности мы посчитали целесообразным выделить 4 основных варианта нарушений, характерных для самопроизвольного прерывания на данном этапе гестационного пери-

ода: гипоплазия амниона; досрочная облитерация эксацелома; ускоренный рост или ранний гидроамнион и гипоплазия хориона. Эти положения являются суммированием ультразвукового исследования у первородящих старшего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей.

Исходя из полученных данных суммарная частота вышеперечисленных изменений в подгруппе 1.1. составила 15,0% (3 случая), а в подгруппе 1.2. – возросла до 35,0% (7 случаев). Мы расцениваем такую эхографическую ситуацию как реальную угрозу самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, что диктует необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий направленного характера. В дальнейшем частота этих изменений возросла до 35,0% и 50,0% в 9–10 нед и до 40,0% и 60,0% в 12–13 нед беременности.

При сопоставлении полученных клинических и эхографических результатов следует указать не только на высокий риск самопроизвольного прерывания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей (15,0%), но и на информативность динамических эхографических исследований в этот период гестации.

Не вызывает сомнений тот факт, что для более глубокого понимания происходящих процессов необходимо дополнительное проведение эндокринологических исследований.

Нами изучен широкий спектр эндокринологических показателей в аналогичные сроки беременности. Так, наиболее достоверные различия имели место со стороны трех основных параметров: эстриол (Э), прогестерон (ПГ) и хорионический гонадотропин (ХГ), причем степень их изменений зависела от репродуктивного анамнеза пациенток. Полученные данные указывают на достоверное снижение содержания Э (контрольная группа – $10,1 \pm 0,8$ нмоль/л; подгруппа 1.1. – $7,2 \pm 0,6$ нмоль/л, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $6,1 \pm 0,3$ нмоль/л, $p < 0,01$); ПГ (контрольная группа – $183,1 \pm 11,4$ нмоль/л; подгруппа 1.1. – $140,2 \pm 13,2$ нмоль/л, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $110,4 \pm 8,7$ нмоль/л, $p < 0,01$). По сравнению с этим, уровень ХГ был достоверно снижен только у пациенток после ВРТ (контрольная группа – $108,7 \pm 7,3$ нмоль/л; подгруппа 1.1. – $107,2 \pm 6,1$ нмоль/л, $p > 0,05$ и подгруппа 1.2. – $81,3 \pm 6,1$ нмоль/л, $p < 0,05$).

В дальнейшем в 9–10 нед беременности вышеописанные изменения полностью сохранились, а в 12–13 нед носили несколько иной характер. Это подтверждается отсутствием достоверных различий со стороны ХГ ($p > 0,05$), а также достоверным увеличением концентрации К только у женщин после ВРТ (контрольная группа – $273,6 \pm 21,4$ нмоль/л; подгруппа 1.1. – $281,9 \pm 20,7$ нмоль/л, $p > 0,05$ и подгруппа 1.2. – $351,4 \pm 24,1$ нмоль/л, $p < 0,05$).

Суммируя полученные эндокринологические результаты необходимо отметить, что высокий риск невынашивания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей объясняется наличие дисгормональных нарушений, в первую очередь, со стороны Э и ПГ. Степень выраженности этих нарушений зависит от репродуктивного анамнеза, при его осложненности отмечено дополнительное снижение содержания ХГ, что коррелирует с полученными клиническими и эхографическими результатами, которые были представлены выше.

Для расширения имеющихся данных о патогенезе самопроизвольного прерывания беременности в I триместре у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей считаем необходимым провести дополнительные иммунологические, биохимические и микробиологические исследования.

Дисадаптация системного иммунитета в I триместре у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей диагностирована нами уже в 5–6 нед беременности и характеризуется снижением числа CD3+ (контрольная группа – $61,1 \pm 5,1\%$; подгруппа 1.1. – $52,4 \pm 4,1\%$, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $40,4 \pm 3,2\%$, $p < 0,01$) и CD4+ (контрольная группа – $42,2 \pm 4,1\%$; подгруппа 1.1. – $31,7 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $20,5 \pm 1,6\%$, $p < 0,01$) при одновременном увеличении числа CD8+ (контрольная группа – $43,8 \pm 5,1\%$; подгруппа 1.1. – $52,7 \pm 4,8\%$, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $53,1 \pm 5,1\%$, $p < 0,05$). Эти изменения наглядно просматриваются при оценке хелперно-супрессорного соотношения.

В последующем в 9–10 нед беременности и в 12–13 нед гестации вышеописанные изменения характеризуются более достоверным снижением ($p < 0,01$) числа CD8+ у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей после ВРТ.

В настоящее время используется достаточно широкий спектр биохимических исследований, но мы сделали свой выбор на основных 7 параметрах. Исходя из полученных результатов достоверные различия отмечались только со стороны 3 параметров, причем независимо от репродуктивного анамнеза, что мы наглядно наблюдали при изучении эндокринологических и иммунологических показателей. Биохимические изменения характеризовались достоверным увеличением содержания β -липопротеидов (контрольная группа – $50,3 \pm 1,5$ ЕД/л; подгруппа 1.1. – $65,4 \pm 2,1$ ЕД/л, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $64,8 \pm 1,8$ ЕД/л, $p < 0,05$); триглицеридов (контрольная группа – $3,2 \pm 0,3$ ммоль/л; подгруппа 1.1. – $4,3 \pm 0,3$ ммоль/л, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $4,5 \pm 0,4$ ммоль/л, $p < 0,05$) и ЛФ (контрольная группа – $150,1 \pm 10,1$ МЕ/л; подгруппа 1.1. – $184,5 \pm 11,2$ МЕ/л, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $190,8 \pm 12,4$ ЕД/л, $p < 0,05$). Характерной особенностью последующих исследований являются аналогичные данные независимо от использования ВРТ.

По нашему мнению, выявленные биохимические нарушения касаются, в первую очередь, липидного обмена и могут быть объяснены поздним репродуктивным возрастом пациенток. Вместе с тем, проведенные исследования имеют также и диагностическое значение, так как могут быть показаниями для использования препаратов, позитивно влияющих на липидный обмен пациенток.

Нарушения микробиоценоза половых путей у первородящих позднего репродуктивного возраста носили аналогичный характер в 5–6 нед и в 9–10 нед беременности и не зависели от репродуктивного анамнеза. Основные изменения характеризовались достоверным снижением числа лактобацилл (контрольная группа – $6,5 \pm 0,2$ КОЕ/мл; подгруппа 1.1. – $4,8 \pm 0,3$ КОЕ/мл, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $4,7 \pm 0,2$ КОЕ/мл, $p < 0,05$) и бифидобактерий (контрольная группа – $6,6 \pm 0,3$ КОЕ/мл; подгруппа 1.1. – $4,7 \pm 0,4$ КОЕ/мл, $p < 0,05$ и подгруппа 1.2. – $4,6 \pm 0,3$ КОЕ/мл, $p < 0,05$) на фоне одновременного роста числа различных штаммов стафилококков (контрольная группа – $2,4 \pm 0,2$ КОЕ/мл; подгруппа 1.1. –

4,1±0,3 КОЕ/мл, p<0,05 и подгруппа 1.2. – 3,9±0,3 КОЕ/мл, p<0,05). В последующем в 12–13 нед дополнительно к вышеописанным изменениям присоединилось и достоверное снижение числа молочно-кислых стрептококков (контрольная группа – 3,4±0,2 КОЕ/мл; подгруппа 1.1. – 2,1±0,1 КОЕ/мл, p<0,05 и подгруппа 1.2. – 2,0±0,2 КОЕ/мл, p<0,05).

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных в I триместре беременности, первородящие позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей составляют группу высокого риска по невынашиванию, частота которого составляет 15,0% и по срокам беременности распределяется от 8 до 12 нед. Данное осложнение развивается на фоне выраженных эхографических изменений (гипоплазия амниона; досрочная облитерация экзациелома; ускоренный рост или ранний гидроамнион и гипоплазия хориона); дисгормональных нарушений (снижение содержания эстрадиола и прогестерона); иммунологических (снижение числа CD3+ и CD4+ при росте числа CD8+); биохимических (увеличение содержания β-липопротеидов, триглицеридов и щелочной фосфатазы) и микробиологических (снижение числа лактобацилл и бифидобактерий на фоне роста различных штаммов стафилококков) нарушений. В зависимости от репродуктивного анамнеза более выраженные эхографические и эндокринологические изменения имели место у первородящих позднего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей после ВРТ.

Особливості I триместра вагітності у первородящих пізнього репродуктивного віку з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

О.Н. Ишак

Вивчені основні клінічні, ехографічні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні і мікробіологічні особливості у первородящих пізнього репродуктивного віку з варикозною хворобою нижніх кінцівок в I триместрі вагітності. Встановлені основні причини високого рівня мимовільного переривання вагітності і намічені основні моменти проведення лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: *I триместр вагітності, пізній репродуктивний вік, варикозна хвороба нижніх кінцівок.*

Features of I trimester of pregnancy at firstlabor late reproductive age with varicose illness of the bottom finitenesses

O.N. Ishak

The basic are investigated clinical, ehografical, endocrinological, immunological, biochemical and microbiological features at firstlabor late reproductive age with варикозной illness of the bottom finitenesses in I trimester of pregnancy. Principal causes of a high level of spontaneous interruption of pregnancy are established and the basic moments of carrying out of treatment-and-prophylactic actions are planned.

Key words: *I trimesters of pregnancy, late reproductive age, varicose illness of the bottom finitenesses.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Кіяшко Г.П. Порівняльні аспекти розродження жінок з гіпертензивними порушеннями // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 5, № 2–3. – С. 23–26.
2. Хаца І.І., Трещак І.І., Козодой А.В. Особливості гормонального статусу в період лактогенезу первородящих старше 30 лет // Зб. наук. праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – Вип. 5. – Київ–Луганськ, 2007. – С. 119–121.
3. Шадлун Д.Р. Частота і структура перинатальної смертності на сучасному етапі // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 3. – С. 97–103.
4. Яковлева Э.Б. Юный возраст матери и состояние здоровья ребенка // Педиатрия. – 2005. – № 3. – С. 62–65.

Актуальные аспекты невынашивания после вспомогательных репродуктивных технологий

Д.А. Кошик

Одесский национальный медицинский университет

Как показали результаты проведенных исследований, женщины, у которых беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий, представляют собой группу риска по невынашиванию беременности. Факторами, предрасполагающими к развитию этого осложнения, являются отягощенный соматический и гинекологический анамнез, выраженная гормональная недостаточность, переходящая в плацентарную дисфункцию при беременности, а также урогенитальная инфекция. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработка комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью снижению частоты репродуктивных потерь у женщин этой группы высокого риска.

***Ключевые слова:** невынашивание, вспомогательные репродуктивные технологии, плацентарная дисфункция.*

Анализируя актуальность выбранного научного направления необходимо отметить, что внедрение в 1978 г. в медицинскую практику метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) явилось новым этапом в лечении бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Частота наступления беременности после ВРТ, по данным всемирного регистра, составляет 20–30%, а частота досрочного прерывания беременности у них колеблется в пределах 18–44% [1–5]. Невынашивание беременности представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного акушерства, так как является одной из основных причин перинатальной смертности и заболеваемости. Исследования, посвященные течению беременности и родов после ВРТ, носят немногочисленный характер, а основное внимание авторов уделяется угрозе прерывания беременности, развитию преэклампсии и урогенитальной инфекции, значительно превышающих аналогичные показатели в общей популяции. Все это свидетельствует о том, что причины невынашивания беременности, наступившей в результате ВРТ, изучены недостаточно, а предлагаемые лечебно-профилактические мероприятия малоэффективны.

Цель научного исследования – изучение особенностей невынашивания беременности, наступившей в результате ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проводилось изучение анамнеза, клинико-лабораторное и функциональное обследование 100 пациенток до ВРТ, а также в дальней-

шем оценивали у них клиническое течение беременности, родов и перинатальные исходы родоразрешения. Функциональное состояние фетоплацентарного комплекса оценивали по данным эхографических, доплерометрических и эндокринологических методов исследования. Морфологические исследования включали гистологическое и иммуноферментное изучение плаценты и внеплацентарных оболочек.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первоначально было проведено изучение соматического анамнеза у пациенток с ВРТ. Полученные данные позволили выявить высокий процент аппендэктомии в анамнезе, хронического тонзиллита, патологии сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, а также заболеваний щитовидной молочной железы, которые имели место в 20,0% наблюдений. Особенностью эндокринного статуса пациенток с ВРТ явилась высокая частота гормональной недостаточности яичников (68,0%), проявляющейся у 82,0% пациенток недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла, а у 18,0% – ановуляцией. Вторичным бесплодием страдала каждая вторая пациентка из группы с ВРТ (54,0%), а длительность бесплодия составляла $8,4 \pm 0,4$ года. Несмотря на то, что более чем у половины больных бесплодие было вторичным, 94,0% беременных были первородящими.

Особый интерес представляют данные изучения акушерско-гинекологического анамнеза, показывающие, что у половины повторнородящих женщин в анамнезе имела место внематочная беременность (48,0%), а у каждой четвертой – спонтанные аборт (26,0%). Искусственный аборт производился у 70,0% женщин. Хроническим воспалением придатков матки страдали 74,0% пациенток, причем у каждой десятой из них были диагностированы тубовариальные образования (гидро-, сакто-пиосальпинксы), потребовавшие хирургического лечения. Доброкачественные заболевания молочных желез имели место у 20,0% пациенток. Наружный генитальный эндометриоз был диагностирован у 18,0%, а лейомиома матки – у 16,0% пациенток. У 12,0% женщин наблюдался синдром поликистозных яичников в сочетании с хроническим сальпингоофоритом, причем урогенитальная инфекция была выявлена и пролечена до беременности у 52,0% пациенток. Полученные результаты клинической характеристики женщин указывают на преобладание первородящих старшего возраста с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Нами было проанализировано клиническое течение беременности и родов. Изучение исходов гестационного процесса после ВРТ показало, что в целом родами закончились только 62,0% беременностей. Самопроизвольный аборт произошел у 24,0%; неразвивающаяся беременность – у 10,0% и внематочная – у 4,0% пациенток. Суммарная частота невынашивания составила 38,0%, что является достаточно высоким показателем.

Уровень многоплодной беременности составил 22,0% (все двойни). В связи с этим, мы проанализировали исходы маточных беременностей после ВРТ в зависимости от числа плодов. Из полученных результатов видно, что при одноплодной беременности достоверно чаще встречалась неразвивающаяся беременность, вследствие чего родов при беременности двойней было больше. Однако частота преждевременных родов при двойне была в 10 раз выше, чем при одном плоде. Общая частота выкидышей достоверно не отличалась в обеих группах, но при одно-

плодной беременности, процент спонтанных аборт в I триместре в 8 раз превышал этот показатель при двойне, во II триместре был в 12 раз ниже.

Данные о структуре невынашивания беременности после ВРТ при одноплодной беременности и при двойне оказались различными. Так, при одноплодной беременности после ВРТ достоверно чаще прерывание беременности происходит в I триместре – 98,0%; а при двойне – во II триместре – 72,0%. При анализе гестационных сроков прерывания беременности выяснено, что 84,0% самопроизвольных аборт и 85,0% неразвивающихся беременностей в I триместре произошло в сроке 5–6 нед.

Мы посчитали целесообразным проанализировать исходы беременности после ВРТ в зависимости от метода индукции суперовуляции. В группе беременных с использованием схемы индукции с применением кломифен-цитрата многоплодие составило 19,0%; а с использованием агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона – соответственно 28,0%. Общая частота родов достоверно не отличалась в обеих группах, но уровень преждевременных родов был в 2,5 раза ниже при использовании кломифен-цитрата. Частота самопроизвольных аборт при использовании метода с кломифен-цитратом была в 3,8 раза выше в I триместре, а уровень неразвивающейся беременности достоверно не отличался по группам.

В соответствии с поставленной целью проанализировано течение беременности и родов у беременных после ВРТ при одноплодной беременности и при беременности двойней. Почти у всех обследованных женщин гестационный период протекал с осложнениями. Наиболее частыми из них были угроза прерывания беременности (68,0% и 76,0%); анемия беременных (47,0% и 48,0%); преэклампсия (26,0% и 28,0%) и интраамниальное инфицирование (26,0% и 24,0% соответственно). Характер основных осложнений в родах и их частота практически не отличались в обеих группах с преобладанием преждевременного разрыва плодных оболочек (35,0% и 44,0% соответственно).

При оценке функционального состояния фетоплацентарного комплекса установлено, что динамика содержания основных гормонов при одноплодной и многоплодной беременности значительно отличается. Так, при сроке 7–9 нед и 10–12 нед у беременных после ВРТ при наличии одного плода наблюдается снижение концентрации эстрадиола в 1,5 раза по сравнению со здоровыми беременными, что является подтверждением угрозы прерывания беременности. В дальнейшем динамика эстрадиола практически не отличается от такового в группе сравнения. При двойне уровень эстрадиола в несколько раз выше, чем в группе контроля с раннего срока до 24 нед беременности, а к концу II триместра содержание эстрадиола приближается к таковому в группе сравнения.

Содержание прогестерона у пациенток после ВРТ при одноплодной беременности ниже, чем в группе сравнения на ранних сроках (7–9 нед). В дальнейшем содержание прогестерона у беременных этой группы соответствует показателям здоровых беременных. При двойне уровень прогестерона увеличен в 2–3 раза по сравнению со здоровыми беременными и по сравнению с группой ВРТ с одним плодом. К 28-й неделе беременности содержание прогестерона, также как и эстрадиола, достоверно не отличается от этого показателя в группе сравнения.

Особого внимания заслуживают данные о содержании ХГЧ у пациенток после ВРТ. Установлено, что при угрозе прерывания беременности имеет место достоверное снижение уровня ХГЧ в сыворотке крови. При одноплодной беременности наблюдается снижение концентрации этого гормона в 2 раза, а при двойне – соответственно в 3 раза по сравнению со здоровыми беременными.

Эхографические и доплерометрические признаки плацентарной дисфункции выявлены у 49,0% пациенток при одноплодной беременности и у 62,0% – при двойне.

Результаты гистологического исследования последа у беременных после ВРТ свидетельствуют, что наиболее часто выявляются инволютивно-дистрофические процессы (22,0% и 32,0%); циркуляторные нарушения (36,0% и 37,0%); плацентарная дисфункция (48,0% и 59,0%); воспалительные изменения (32,0% и 48,0%) при одно- и многоплодной беременности соответственно.

При иммуноморфологическом исследовании последа у 71,0% беременных обнаружены патогенные иммунные комплексы на мембранах синцитиотрофобласта и на мембранах эндотелия сосудов ворсин хориона. С наибольшей частотой из иммуноглобулинов встречались глобулины классов G (47,0%) и M (38,0%), а IgA был выявлен только в 14,0% наблюдений. Установлено, что частота выявления патогенных иммунных комплексов в плацентах беременных с урогенитальной инфекцией в 2,6 раза выше, чем в плацентах женщин без этой патологии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины, у которых беременность наступила в результате ВРТ, представляют собой группу риска по невынашиванию беременности. Факторами, предрасполагающими к развитию этого осложнения, являются отягощенный соматический и гинекологический анамнез, выраженная гормональная недостаточность, переходящая в плацентарную недостаточность при беременности, а также урогенитальная инфекция. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения частоты репродуктивных потерь у женщин этой группы высокого риска.

Актуальні аспекти невиношування вагітності після допоміжних репродуктивних технологій.

Д.А. Кошик

Як показали результати проведених досліджень, жінки, у яких вагітність наступила в результаті допоміжних репродуктивних технологій, являють собою групу ризику по невиношуванню вагітності. Факторами, що привертають до розвитку цього ускладнення, є обтяжений соматичний і гінекологічний анамнез, виражена гормональна недостатність, що переходить у плацентарну дисфункцію при вагітності, а також урогенітальна інфекція. Отримані результати свідчать про необхідність розробки комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів із метою зниженню частоти репродуктивних втрат у жінок цієї групи високого ризику.

Ключові слова: *невиношування, допоміжні репродуктивні технології.*

Actual aspects of miscarriage at women after auxiliary reproductive technologies

A.D. Koshik

As have shown results of the lead researches, women at whom pregnancy has come in result auxiliary reproductive technologies, represent group of risk on miscarriage pregnancy. The factors contributing to development of this complication are the burdened somatic and gynecologic anamnesis, the expressed hormonal insufficiency passing in placental dysfunction at pregnancy, and also urogenital infection. The received results testify to necessity development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions with the purpose to decrease in frequency of reproductive losses at women of this group of high risk.

Key words: *miscarriage, auxiliary reproductive technologies auxiliary reproductive technologies.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Веропотвелян П.М., Нетребко Н.П., Веропотвелян М.П. Характеристика стану новонароджених у породіль, котрі лікувались з приводу неплідності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 4. – С. 60–62.
2. Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 5. – С. 19–22.
3. Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 6. – С. 12–15.
4. Сапрыкин В.Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Акушерство и гинекология. – 1998. – № 1. – С. 35–36.
5. Berger M. Psychological and pediatric psychiatry aspects of development of children resulting from medical reproduction treatment of their parents // Discussionsforum. Med. Ethik. – 1993. – Vol. 17, № 7–8. – P. 770–781.

Особенности венозного и артериального кровотока при плацентарной дисфункции

С.А. Курицина

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

В результате проведенных исследований определено клиническое значение комплексной оценки венозного и артериального кровотока плода при физиологической беременности и плацентарной дисфункции. Предложены конкретные критерии для практического здравоохранения по тактике ведения беременности и родов у женщин группы высокого перинатального риска. Использование предлагаемых практических рекомендаций позволит улучшить перинатальные исходы родоразрешения женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, артериальный и венозный кровоток, клиническое значение.

Плацентарная дисфункция (ПД) остается важнейшей проблемой современной перинатологии, а частота ее колеблется от 3 до 45% [1–7]. Ведущую роль в развитии и прогрессировании плацентарной недостаточности играют морфофункциональные нарушения в системе мать–плацента–плод, приводящие к нарушению маточно-плацентарной и плодово-плацентарной гемодинамики [3, 4].

В диагностике ПД важную роль играют ультразвуковая фетометрия, плацентография, оценка качества и количества околоплодных вод [5–7]. Однако отставание параметров фетометрии не всегда позволяет уверенно установить диагноз синдрома задержки внутриутробного развития плода (СЗРП). Изменение количества и качества околоплодных вод и преждевременное старение плаценты являются лишь косвенными признаками ПД. На современном уровне наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ПД является доплерометрическое исследование кровотока в фетоплацентарном комплексе [7]. До настоящего времени основное внимание уделяли оценке кровотока в артериальном русле плода и маточных артериях беременной, хотя на начальном этапе внедрения доплерометрии в акушерскую практику проводилась оценка удельного кровотока в вене пуповины [1–7].

В настоящее время с внедрением более совершенных технологий стала доступна точная оценка кровотока в венозном протоке, нижней полый вене плода в различные фазы сердечного цикла. Однако данные различных авторов [1–7] по этому вопросу противоречивы, исследования проведены на недостаточном количестве наблюдений. По нашему мнению, в отечественной литературе недостаточно работ, посвященных комплексному динамическому изучению артериального и венозного кровотока в динамике развития беременности, что не позволяет оценить возмож-

ности доплерометрического исследования венозной гемодинамики для диагностики, определения тяжести и выбора акушерской тактики при ПД.

Целью настоящего научного исследования является изучение взаимосвязи между изменениями венозного и артериального кровотока плода и развитием ПД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 140 пациенток в сроки от 16 до 41 нед беременности. Из них 60 соматически неотягощенные пациентки, у которых беременность протекала без осложнений, закончилась своевременными родами и рождением живого доношенного ребенка составили контрольную группу. В основную группу были включены 80 пациенток с ПД различной степени тяжести.

Лабораторно-инструментальное обследование включало: комплексное ультразвуковое исследование, доплерографию и кардиотокографию. Все эхографические исследования проводились на ультразвуковом приборе, работающем в импульсном доплеровском режиме с использованием цветного доплеровского картирования. Диагностика СЗРП основывалась на выявлении отставания фетометрических параметров от нормативных для данного гестационного срока более чем на 2 стандартных отклонения, при этом предполагаемый вес плода был менее 10-го перцентиля для установленного срока беременности. Оценку кровообращения в артериальном русле плода проводили в среднемозговой артерии, аорте, артерии пуповины, кроме того проводилась оценка кровотока в маточных артериях плода. Доплерометрическую оценку венозного кровотока проводили в нижней полой вене, венозном протоке и вене пуповины.

Полученные данные в зависимости от срока беременности распределены на три группы: от 16 до 32 нед (1-я группа); от 32 до 37 нед (2-я группа) и более 38 нед (3-я группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение оценки венозной гемодинамики в протокол доплерометрического обследования позволяет значительно улучшить оценку степени тяжести и точность прогноза перинатального исхода при ПД, что способствует выбору оптимальной акушерской тактики.

В современных условиях наиболее часто встречающимися факторами риска развития ПД являются возраст женщины старше 35 лет, наличие хронических экстрагенитальных заболеваний и воспалительных процессов женских половых органов, длительная угроза преждевременного прерывания беременности, преэклампсия и анемия беременных.

При ПД изменения доплерометрических показателей венозного и артериального кровотока в системе плацента–плод не всегда совпадают по направленности и степени выраженности. Состояние кровотока в маточных и пуповинных артериях зависит от структурных и функциональных изменений сосудистой системы плаценты, тогда как в крупных венах плода отражает процессы перестройки его гемодинамики.

С увеличением срока беременности в венозном протоке плода наблюдается уменьшение систолической скорости кровотока при возрастании во время сокращения предсердий, что ведет к снижению пульсационного индекса, индекса венозного протока и систоло-диастолического соотношения на 27, 20 и 20% соответственно. В нижней полой вене наблюдается повышение максимальной систолической и ранней диастолической скоростей при снижении реверсного потока; пульсационный индекс, индекс преднагрузки и процент реверсного кровотока снижаются на 6,9, 26 и 12% соответственно.

При ПД в вене пуповины и венозном протоке наблюдается снижение скоростей кровотока, в нижней полой вене – увеличение реверсного потока, возрастают индексы резистентности, что указывает на повышенный сердечной пред- и постнагрузки плода.

Критическое состояние венозной гемодинамики плода отмечается в 60% при III степени нарушений артериальной гемодинамики и характеризуется отсутствием или ретроградным характером движения крови в венозном протоке в период систолы предсердий, синхронными с сердечным ритмом пульсациями кровотока в вене пуповины (50%), что отражает выраженное повышение центрального венозного давления и развитие сердечной недостаточности.

С увеличением тяжести СЗРП пропорционально снижается средняя скорость кровотока в вене пуповины и возрастает реверсного потока в нижней полой вене, увеличиваются пульсационный индекс, систоло-диастолическое соотношение, индекс венозного протока и индекс преднагрузки нижней полой вены.

Чувствительность и специфичность повышения систоло-диастолического соотношения в артерии пуповины в прогнозировании неблагоприятных перинатальных исходов составляет 69,9 и 83,4%; отсутствие или ретроградное направление диастолического потока крови – 83,4 и 91,4% соответственно. В венозном протоке наиболее высокую чувствительность и специфичность имеют отсутствие или ретроградное направление диастолического потока крови (89,3 и 96,9%) и пульсационный индекс (86,1 и 94,5%), в нижней полой вене – процент реверсного потока (80,4 и 86,8%).

Результаты проведенных исследования позволяют рекомендовать для практического здравоохранения следующие аспекты:

- для оценки степени тяжести ПД у беременных высокого перинатального риска и выбора рациональной акушерской тактики необходимо проводить комплексное обследование, включающее эхографию, кардиотокографию, доплерометрическое исследование кровотока в артериальном отделе системы мать–плацента–плод (маточные артерии, артерии пуповины, аорта и средняя мозговая артерия плода) и крупных венах (вена пуповины, венозный проток, нижняя полая вена плода);

- доплерометрическое исследование венозной гемодинамики плода следует осуществлять у беременных группы высокого риска ПД (возраст женщин старше 35 лет, наличие хронических экстрагенитальных заболеваний и воспалительных процессов женских половых органов, длительная угроза преждевременного прерывания беременности, преэклампсия и анемия беременных), с доплерометрическими признаками нарушений артериального кровотока, внутриутробной задержкой роста плода, переношенной беременностью, признаками хронической гипоксии плода по данным кардиотокографии;

- наиболее информативными показателями нарушений венозной гемодинамики являются пульсационный индекс венозного протока, процент реверсного кровотока нижней полой вены, отсутствие или реверсное направление потока крови в венозном протоке в течение предсердной систолы, появление пульсаций кровотока в вене пуповины;

- при недоношенной беременности и отсутствии нарушений венозной гемодинамики плода у женщин с ПД с целью достижения зрелости плода беременность можно пролонгировать на фоне комплексной терапии при регулярном (1 раз в 5–7 дней) контроле доплерометрических параметров;

- у женщин с III степенью гемодинамических нарушений в артериальном отделе фетоплацентарной системы (отсутствие или реверсный кровоток в артерии пуповины) или появлении начальных признаков нарушения венозной гемодинамики (пульсационный индекс в венозном протоке до 32 нед 0,92–1,06; в 32–37 нед – 0,79–0,92); увеличение процента реверсного кровотока в пределах 36–43% и 29–34%) с целью профилактики респираторного дистресса новорожденного показана подготовка к родоразрешению с использованием глюкокортикоидов при ежедневном доплерометрическом и кардиотокографическом контроле и последующем родоразрешении путем кесарева сечения в плановом порядке;

- при значениях пульсационного индекса венозного протока в сроке 27–32 нед беременности > 1,06; 32–37 нед – > 0,92; доношенном сроке > 0,78; процента реверсного кровотока в нижней полой вене > 43%; > 34% и > 36% соответственно, показано родоразрешение путем кесарева сечения в срочном порядке;

- отсутствие или реверсное направление потока крови в венозном протоке в течение предсердной систолы и пульсации в вене пуповины свидетельствуют о критическом состоянии венозной гемодинамики и развивающейся сердечной недостаточности плода, что определяет необходимость экстренного родоразрешения путем кесарева сечения.

ВЫВОДЫ

В результате проведенных исследований определено клиническое значение комплексной оценки венозного и артериального кровотока плода при физиологической беременности и плацентарной дисфункции. Предложены конкретные критерии для практического здравоохранения по тактике ведения беременности и родов у женщин группы высокого перинатального риска. Использование предлагаемых практических рекомендаций позволит улучшить перинатальные исходы родоразрешения женщин группы высокого риска.

Особливості венозного і артеріального кровотоку при плацентарній дисфункції

С.А. Куріцина

У результаті проведених досліджень визначено клінічне значення комплексної оцінки венозного і артеріального кровотоку плода при фізіологічній вагітності і плацентарній дисфункції. Запропоновані конкретні критерії для практичної охорони здоров'я по тактиці ведення вагітності і пологів у жінок групи високого перинатального ризику. Вико-

ристання пропонованих практичних рекомендацій дозволить поліпшити перинатальні результати розродження жінок групи високого ризику.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, артеріальний і венозний кровотік, клінічне значення.

**Changes of a venous and arterial blood-groove of a born
and development placentary dysfunction
S.A. Kurizina**

In results of the lead researches clinical value of a complex estimation of a venous and arterial blood-groove of a fruit is determined at physiological pregnancy and placentary dysfunction. Concrete criteria for practical public health services on tactics of conducting pregnancy and sorts at women of group high perinatal risk are offered. Use of offered practical recommendations will allow to improve perinatal outcomes deliveries women of group of high risk.

Key words: placentary dysfunction, an arterial and venous blood-groove.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Фетоинфантильные потери. – Казань: Медицина, 2007. – С. 60–63.
2. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности. – Новосибирск: НМИ, 2007. – 506 с.
3. Бєсєдін В.М., Томашова С.А., Семеніна Г.Б. Новый взгляд на лікування фетоплацентарної недостатності при преєклампсії // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2006. – № 2. – С. 81–83.
4. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні потери (клінічніє і медико-соціальніє аспекти). – М., 2007. – 188 с.
5. Герасимович Г.И. Плацентарная недостаточность // Здоровоохранение. – 2006. – № 9. – С. 12–17.
6. Громыко Г.Л., Шпаков А.О. Современные представления о механизмах регуляции кровообращения в плаценте при физиологической и осложненной беременности // Вестн. Росс. Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2005. – № 4. – С. 35–41.
7. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности / Яковлева Э.Б., Зяблицев С.В., Богослав Ю.П., Демина Т.Н., Мирошникова Т.С. // Методические рекомендации, Донецк – 2006. – 30 с.

Изменения центрального глазного давления и кровенаполнения глаза у беременных с миопией различной степени тяжести

Л.Н. Мочалова

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность, осложненная анемией или угрозой прерывания, так же, как и неосложненная беременность, не оказывает существенного влияния на состояние глаза у женщин с миопией, в то же время такое осложнение беременности как преэклампсия, может сопровождаться появлением свежих изменений на глазном дне и степени миопии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: беременность, миопия.

Миопия – одна из наиболее распространенных патологий органа зрения. Несмотря на современные методы профилактики и лечения в офтальмологии количество больных миопией достаточно велико. К началу репродуктивного периода жизни до 30% женского населения Украины страдают близорукостью, причем около 20% из них имеют миопию высокой степени [1–3].

На сегодняшний день большинство исследователей склоняется к мнению, что самостоятельные роды для женщин с неосложненной миопией достаточно безопасны [1–3], однако при наличии таких осложнений, как центральная и периферическая хориоретинальная дистрофия или отслойка сетчатки в анамнезе решение принимается, как правило, в пользу операции кесарева сечения [1–3].

До сих пор при выборе способа родоразрешения беременных с миопией часто отдается предпочтение абдоминальному родоразрешению. Однако нередко единственным обоснованием подобной тактики является сам факт миопии, что обуславливает чрезмерно высокую частоту кесарева сечения у данного контингента беременных [1–3]. При этом, отсутствует полноценный офтальмологический контроль за данной категорией женщин и решение о проведении кесарева сечения принимается при наличии у беременной миопии высокой степени, часто неосложненной.

По данным офтальмологов миопия сопровождается изменением глазной гемодинамики [1–3], а принимая во внимание значительное возрастание нагрузки на сердечно-сосудистую систему у женщин с миопией есть основания проводить профилактику осложнений со стороны органа зрения у беременных с миопией. До настоящего времени подобная профилактика проводилась преимущественно в виде лазерокоагуляции во время беременности [1–3], однако эта операция не оказывает

влияния на общие гемодинамические изменения, возникающие во время беременности и беременность, как правило, завершается оперативным путем.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме миопии у беременных, нельзя считать все вопросы полностью решенными.

Целью настоящего научного исследования является изучение особенностей клинической характеристики беременных с миопией различной степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было проведено клинико-функциональное и лабораторное обследование 50 беременных женщин с миопией средней и высокой степени, для обезболивания родов у которых использовалось внутривенное введение анальгетиков, седативных и спазмолитических средств. Контрольную группу составили 50 беременных женщин с эмметропией.

Всем беременным выполнен стандарт обследования с учетом нозологии. Для углубленной оценки характера гестации проведены дополнительные исследования гормонов фетоплацентарного комплекса, УЗИ плода с доплерометрией, биофизический профиль плода, исследование центральной гемодинамики с помощью тетраполярной реографии.

Для изучения органа зрения проводилась офтальмоскопия с использованием линзы Гольдмана, визометрия, биомикроскопия, тонометрия, эхоофтальмоскопия, реоофтальмография по общепринятой методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные анамнеза были сопоставимы по группам. Наибольшую возрастную группу составляли беременные в возрасте от 20 до 30 лет – 60% в основной и 64% в контрольной группе.

Число беременностей от 1 до 3 составляло 80% в основной и 78% в контрольной группе, более 4 беременностей – у 20% и 22% соответственно.

Данная беременность наступила на фоне экстрагенитальной патологии (кроме миопии) у 38% женщин основной группы и 36% – контрольной группы.

Последующее изучение течения настоящей беременности выявило ее осложнения у 72% беременных основной и 70% – группы контроля. Наиболее часто среди осложнений отмечается анемия – у 44 и 48%, преэклампсия – у 26 и 22%, а также угроза прерывания беременности – у 18 и 14% беременных соответственно.

При изучении состояния органа зрения у беременных основной группы и группы сравнения миопия высокой степени выявлена у 74% беременных соответственно. Миопия средней степени у 26% беременных основной группы, а периферическая витриохориоретинальная дистрофия (ПВХРД) обнаружена у 14,0% беременных этой же группы. Астигматизм имел место у 38% беременных, а у 24% беременных степень миопии превышала 10 дптр.

Среди всех обследованных 17,0% беременных основной группы сравнения в анамнезе перенесли склеропластику, лазерокоагуляцию сетчатки перенесли 6,0% беременных.

В течение нескольких лет до наступления настоящей беременности ухудшение зрения отмечалось у 16,0% женщин основной группы, из них зрение продолжало ухудшаться во время данной беременности у 8,0% пациенток соответственно.

Итак, можно отметить, что патология зрения в исследуемых группах носила выраженный характер.

Нами проведено изучение изменений органа зрения в динамике у 20 беременных с миопией, не имеющих другой экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, и у 30 беременных с миопией, имеющих такие осложнения беременности как преэклампсия, анемия и угроза прерывания беременности. Все полученные данные сравнивались с данными офтальмологических исследований, проведенных в I триместре беременности (при первичном осмотре офтальмолога). В результате исследования получены следующие результаты.

В результате исследования выявлено, что у 85,0% здоровых беременных с миопией по мере прогрессирования беременности не отмечается существенных изменений со стороны глаза, у 10% прогрессирует ангиопатия и у 1 беременной, что составило 5,0% обследованных данной группы, наблюдалось появление свежих изменений на глазном дне.

Наиболее выраженные изменения со стороны органа зрения отмечались в группе беременных с сочетанием преэклампсии и миопии, так, прогрессирование ангиопатии отмечено у 63,3% беременных, появление свежих изменений на глазном дне у 16,7% беременных, а у 6,7% беременных наблюдалось увеличение степени миопии на 1-1,5 диоптрия. У 36,7% беременных данной группы не выявлено значительных изменений со стороны глаза.

У 66,7% беременных с сочетанием миопии и анемии за время беременности не отмечено значительных изменений со стороны органа зрения. В 33,3% наблюдалось прогрессирование ангиопатии и в 3,3% – появление свежих изменений на глазном дне.

У 80,0% женщин с миопией, беременность которых осложнилась угрозой прерывания, не отмечается ухудшения имевшихся ранее показателей органа зрения. У 20,0% беременных наблюдалось прогрессирование ангиопатии.

Для изучения центральной гемодинамики и гемодинамики глаза 60 беременным произведена реография и реоофтальмография (45 беременным основной, 15 – из группы сравнения и 15 – из контрольной группы). Беременные основной группы распределялись на подгруппы в зависимости от степени миопии, тогда как все 15 беременных из группы сравнения имели миопию высокой степени.

45 беременных основной группы были распределены на 3 подгруппы:

1 подгруппа – беременные с неосложненной миопией средней или высокой степени.

2 подгруппа – беременные с высокой осложненной миопией.

3 подгруппа – беременные с сочетанием миопии высокой степени и преэклампсии.

При изучении центральной гемодинамики до начала терапии отмечается значительное изменение всех показателей центрального глазного давления в 3 подгруппе, куда входят беременные с сочетанием миопии и преэклампсии, что говорит о выраженных изменениях центральной гемодинамики к концу беременности у данной категории женщин. При этом показатели гемодинамики в остальных группах находятся в пределах нормативных значений для здоровых беременных, то есть наличие у беременных миопии никоим образом не меняет основные показатели центральной гемодинамики.

При проведении реоофтальмографии уровень кровенаполнения глаза – Rq здоровых беременных по данным литературы колеблется 2,6 до 3,5%.

Rq в группе здоровых беременных в нашем исследовании составляет 2,7–3,1%. Rq в 1 подгруппе колеблется в пределах 2,0–2,3%. У беременных 2 подгруппы с высокой осложненной миопией кровенаполнение глаза значительно ниже нормальных значений, коэффициент Rq равен 1,5–1,7%. У беременных 3 подгруппы с сочетанием миопии и преэклампсии уровень Rq приближался к таковому в 1 группе и составлял 2,0–2,4%, но при этом отмечалась нехарактерная для пациенток 1 и 2 групп высокая амплитуда колебаний, а также заострение вершины колебаний. У беременных группы сравнения с миопией высокой степени Rq составлял 1,5–1,8%.

Нами также проведено исследование гемодинамики глаза в 1 периоде родов у 35 беременных, которым планировалось оперативное родоразрешение с использованием длительной эпидуральной анестезии. Беременные распределились следующим образом: 15 беременных с миопией, 15 – с сочетанием миопии и гестоза и 5 – с эметропией.

При этом можно отметить, что во время беременности у женщин с миопией ухудшается гемодинамика глаза, а у беременных с сочетанием миопии и преэклампсии наблюдается ухудшение центральной гемодинамики.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность, осложненная анемией или угрозой прерывания, так же, как и неосложненная беременность, не оказывает существенного влияния на состояние глаза у женщин с миопией, в то же время такое осложнение беременности как преэклампсия, может сопровождаться появлением свежих изменений на глазном дне и степени миопии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Зміни центрального очного тиску і кровонаповнення ока у вагітних з міопією різної міри тяжкості *Л.Н. Мочалова*

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність, ускладнена анемією або загрозою переривання, так само, як і неускладнена вагітність істотно не впливає на стан ока у жінок з міопією, в той же час таке ускладнення вагітності, як преєклампсія, може супроводжуватися появою свіжих змін на очному дні і мірі міопії. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: вагітність, міопія.

Changes of the central eye pressure and bloodfull eyes of pregnant women with myopia various severity level *L.N. Mochalova*

Results of the spent researches testify, that the pregnancy complicated by an anaemia or threat of interruption the same as and not complicated pregnancy, does not render essential

influence on a condition of an eye at women with myopia, at the same time such complication of pregnancy as preeclampsia, can be accompanied occurrence of fresh changes on an eye bottom and degree myopia. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *pregnancy, myopia.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Алигаджиева Л.Г. Некоторые аспекты родоразрешения беременных женщин с миопией средней и высокой степени // Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщин. – Сб. науч.-практ. Материалов I съезда ак.-гин. ЮФО. – Ростов-на-Дону. – 2005. – С. 88–89.
2. Гафурова Л.Г. Родоразрешение беременных женщин с миопией. // Медицина. Наука и практика. – Махачкала. – 2006. – № 1. – С. 34–37.
3. Омаров С.-М. Некоторые аспекты родоразрешения беременных женщин с миопией // Медицина. Наука и практика. – Махачкала. – 2005. – № 1. – С. 41–44.

Поздний репродуктивный возраст — как показание к абдоминальному родоразрешению

И.И. Чермак

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что оперативное родоразрешение женщин старше 40 лет является актуальной научной задачей современного акушерства. Высокая частота родоразрешения путем операции кесарева сечения и вынужденной гистерэктомии диктует необходимость разработки алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для пациенток этой группы.

Ключевые слова: абдоминальное родоразрешение, поздний репродуктивный возраст.

В динамике последних лет возросло число женщин, выполняющих функцию материнства в возрасте 40 лет и старше. Изучение позднего репродуктивного возраста связано с тем, что женщины старше 40 лет представляют собой завершающую стадию развития репродуктивных процессов в популяции. Следует ожидать дальнейшего повышения частоты родов у женщин в возрасте 40 лет и старше благодаря успехам лечения бесплодия, невынашивания беременности, а также достижениям современных репродуктивных технологий и пренатальной диагностики. Кроме того, некоторые пациентки желают иметь ребенка только после достижения определенного материального и профессионального благополучия [1–4].

Особенности течения гестационного процесса зависят от многих факторов, среди которых большое значение имеет возраст. До сих пор нет единого мнения о том, является ли возраст женщины старше 40 лет фактором риска. Ряд авторов [1, 2] указывают, что беременность в этой возрастной группе протекает патологически, а роды сопровождаются рядом тяжелых осложнений, как для матери, так и для ребенка. Кроме того, поздний репродуктивный возраст является одним из факторов риска развития плацентарной недостаточности и преэклампсии.

Известно, что ранние и поздние гестозы, угроза прерывания беременности, преждевременный разрыв плодных оболочек, аномалии родовой деятельности приводят к увеличению частоты оперативного родоразрешения [1, 2].

Поиск наиболее эффективных методов ведения беременности и родов у женщин старше 40 лет имеет большое практическое значение в снижении частоты осложнений, перинатальной и материнской смертности и заболеваемости. Одной из первичных научных задач в решении данной проблемы является изучение особенностей оперативного родоразрешения женщин старше 40 лет, чему и посвящено настоящее научное исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В связи с поставленной целью был проведен ретроспективный анализ преградных медико-социальных аспектов у 191 женщины старше 40 лет, беременность у которых завершилась родами. Группами сравнения послужили случайные стежковые отборы историй родов у 191 женщины в возрасте 20–29 лет (группа сравнения 2 – ГС 2) и 191 женщины 30–39 лет (группа сравнения 1 – ГС 1) в этот же временной промежуток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В старшей возрастной группе возраст колебался от 40 до 50 лет, в среднем составил $41,3 \pm 0,5$ года, в группе сравнения 1 – $33,0 \pm 0,9$ года; в группе сравнения 2 – $25,5 \pm 0,1$ года. У первородящих женщин старше 40 лет средний возраст составил $41,3 \pm 0,1$ года (в ГС 1 и 2 – $32,8 \pm 0,2$ и $23,7 \pm 0,2$ года), у повторнородящих – $41,2 \pm 0,7$ года (в ГС 1 и 2 – $32,8 \pm 0,1$ и $26,3 \pm 0,1$ года), у многорожавших – $41,3 \pm 0,5$ года (в ГС 1 и 2 – $33,0 \pm 0,1$ и $27,7 \pm 0,2$ года).

Первые роды были у 30,7%; вторые и третьи – у 58,1%; четвертые и более – у 11,2% женщин старше 40 лет. В группах сравнения было аналогичное соотношение перво-, повторно и многорожавших женщин.

Отягощенный соматический анамнез имели 83,4% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 54,8% и 50,3%); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – у 83,4% (в ГС 1 и 2 – 54,3% и 33,2%), из них отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез имели 72,9% (в ГС 1 и 2 – 28,6% и 14,7% соответственно).

Заболевания сердечно-сосудистой системы у женщин старше 40 лет составили 52,3% (в ГС 1 и 2 – 29,4% и 22,3%), из них гипертоническая болезнь – у 14,1% (в ГС 1 и 2 – 2,8% и 1,2%), миокардиосклероз – 6,7% (в ГС 1 и 2 – 2,6% и 1,4%), нейроциркуляторная дистония – 20,9% (в ГС 1 и 2 – 13,0% и 8,8%), пороки сердца – 8,8% (в ГС 1 и 2 – 12,5% и 12,2%); варикозное расширение вен – 17,7% (в ГС 1 и 2 – 6,3% и 5,7%). Во время беременности были выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы у 3,9% женщин старше 40 лет. Хронические заболевания пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы имели 17,2% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 12,0% и 9,5%); заболевания почек и мочевыводящих путей – 11,0% (в ГС 1 и 2 – 6,7% и 8,8%). Среди эндокринных заболеваний преобладало ожирение – у 43,6% (в ГС 1 и 2 – 28,3% и 22,3%) и тиреоидная патология – 5,7% (в ГС 1 и 2 – 2,5% и 1,4%). Хронические заболевания органов дыхания имели 14,8% (в ГС 1 и 2 – 15,0% и 14,2%) и офтальмологическую патологию – 14,1% (в ГС 1 и 2 – 13,4% и 12,4%). Кроме того, среди женщин старше 40 лет 0,5% имели шизофрению и 0,4% – эпилепсию. Оперативные вмешательства в анамнезе были у 24,2% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 9,6% и 9,1%) и вредные привычки – 0,8% (в ГС 1 и 2 – 0,9% и 0,8% соответственно).

Следовательно, группа женщин старше 40 лет имела наибольшую частоту соматически отягощенного анамнеза за счет заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваний пищеварительного тракта и эндокринной патологии. Сочетанную экстрагенитальную патологию имели 65,4% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 45,7% и 31,5% соответственно).

Частота бесплодия в анамнезе у женщин старше 40 лет была в 3 раза выше по сравнению с женщинами 30–39 лет и более чем в 15 раз выше по сравнению с женщинами 20–29 лет – 18,4% (в ГС 1 и 2 – 6,0% и 1,1%); невынашивание беременности в анамнезе были почти в два раза чаще по сравнению с ГС 1 и более чем в 2,5 раза по сравнению с ГС 2 – 29,3%; 15,2% и 11,2%; неразвивающиеся беременности – 4,9% (в ГС 1 и 2 – 4,4% и 1,2%); медицинские аборт – 62,5% (в ГС 1 и 2 – 55,1% и 41,3%) и внематочные беременности – 2,0% (в ГС 1 и 2 – 3,0% и 0,7%).

В группе первородящих старше 40 лет бесплодие в анамнезе имели более 1/3 женщин – 37,6% (в ГС 1 и 2 – 16,2% и 1,7%), из них с первичным бесплодием – 23,1% (в ГС 1 и 2 – 12,0% и 1,3%); с вторичным – 13,2% (в ГС 1 и 2 – 3,8% и 1,2%) и бесплодие у мужа – 1,3% (в ГС 1 и 2 – по 0,4% соответственно).

В группе повторнородящих старше 40 лет бесплодие в анамнезе имели 10,9% (в ГС 1 и 2 – по 0,9%), из них первичное бесплодие – у 3,4% и вторичное – у 7,5% (в ГС 1 и 2 – по 0,9%); невынашивание беременности – 30,1% (в ГС 1 и 2 – 16,7% и 11,3%); неразвивающиеся беременности – 5,8% (в ГС 1 и 2 – 2,3% и 0,9%); медицинские аборт – 72,8% (в ГС 1 и 2 – 64,2% и 49,8%) и мертворождения – 2,5% (в ГС 1 и 2 – 1,1% и 0,5% соответственно). По-видимому, высокая частота перенесенных абортов в группе повторнородящих женщин старше 40 лет повлекла за собой и большую частоту вторичного бесплодия в этой группе. Интервал между последними родами в группе повторнородящих женщин старше 40 лет составил $12,7 \pm 0,3$ года (в ГС 1 и 2 – $8,1 \pm 0,2$ и $5,0 \pm 0,1$ года).

В группе многорожавших женщин старше 40 лет бесплодие в анамнезе имели 4,7% (в ГС 2 – 4,7%); невынашивание беременности – 22,4% (в ГС 1 и 2 – 16,5% и 12,9%); медицинские аборт – 75,3% (в ГС 1 и 2 – 54,1% и 41,2%); мертворождение в анамнезе – 7,1% (в ГС 1 и 2 – 4,7% и 2,4%). Интервал между последними родами в группе многорожавших женщин старше 40 лет составил $7,3 \pm 0,5$ года (в ГС 1 и 2 – $4,4 \pm 0,3$ и $2,4 \pm 0,1$ года соответственно).

Среди гинекологических заболеваний у женщин старше 40 лет преобладали хронические воспалительные заболевания женских половых органов – у 23,5% (в ГС 1 и 2 – 21,3% и 17,1%); миома матки – 18,8% (в ГС 1 и 2 – 5,0% и 0,8%); эндометриоз – 3,7% (в ГС 1 и 2 – 0,4% и 0,1%); кисты и кистомы яичников – 2,9% (в ГС 1 и 2 – 2,8% и 2,1%); синдром поликистозных яичников – 1,3% (в ГС 1 и 2 – 0,5% и 0,1%) и дисфункциональные расстройства менструального цикла – 9,2% (в ГС 1 и 2 – 4,5% и 4,3%). Аномалии развития матки встречались в 0,4% только среди женщин старше 40 лет. Кроме того, патологию шейки матки в анамнезе имели 26,0% женщин старше 40 лет (в ГС 1 и 2 – 28,3% и 23,4%). Сочетанную гинекологическую патологию имели 15,5% женщин старше 40 лет.

Следовательно, группа женщин старше 40 лет имела крайне неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез по сравнению с группой женщин 30–39 лет и особенно по сравнению с 20–29-летними пациентками. Особенно отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели первородящие женщины старше 40 лет за счет более высокой частоты бесплодия, миомы матки и дисфункциональных нарушений менструально-овариального цикла. Эти факторы, по-видимому, во многом определили наступление и вынашивание беременности в более позднем возрасте.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что каждая третья женщина старше 40 лет была родоразрешена оперативным путем. Частота применения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода составила 0,7% (в ГС 1 и 2 – 0,3% и 0,1% соответственно). Показаниями для наложения выходных акушерских щипцов и вакуум-экстракции у женщин старше 40 лет явилась острая гипоксия плода в двух случаях – у многорожавшей и повторнородящей женщины, и в одном случае – преждевременная отслойка плаценты у первородящей. Показаниями для планового наложения выходных акушерских щипцов с целью исключения потуг у женщин старше 40 лет в одном случае была миопия высокой степени у повторнородящей, во втором – рестеноз ревматического митрального порока сердца после комиссуротомии у повторнородящей. В ГС 1 (30–39 лет) показаниями для наложения акушерских щипцов послужили: в одном случае декомпенсированный врожденный порок сердца у первородящей, во втором – острая гипоксия плода у первородящей. В ГС 2 (20–29 лет) показанием явился врожденный порок сердца у первородящей.

Частота кесарева сечения у первородящих старше 40 лет была в 2 раза выше по сравнению с 30–39-летними и более чем в 6 раз выше, чем в группе женщин 20–29 лет – 66,7% (в ГС 1 – 33,3% и в ГС 2 – 9,8%). По сравнению с этим, частота операции кесарева сечения в экстренном порядке в этой группе не имела достоверных различий по отношению к группам сравнения и составила 4,7% (в ГС 1 и 2 – 5,1% и 3,8% соответственно).

У повторнородящих женщин старше 40 лет частота операции кесарева сечения была в 2 раза выше по сравнению с 30–39-летними женщинами и в 3 раза выше по сравнению с 20–29-летними – 24,3% (в ГС 1 – 11,8% и в ГС 2 – 6,8%), причем процент экстренного кесарева сечения в этой группе женщин достоверно выше, чем в группах сравнения – 5,0% (в ГС 1 – 1,8% и в ГС 2 – 1,4%).

В группе многорожавших женщин частота кесарева сечения достоверно не отличалась от групп сравнения – 15,3% (в ГС 1 – 8,2% и в ГС 2 – 7,1%), однако большинство операции было произведено в экстренном порядке – 11,8% (в ГС 1 – 3,5% и в ГС 2 – 2,4%). Кесарево сечение в плановом порядке, в основном, проводили по сочетанным показаниям.

В структуре показаний к операции кесарева сечения у первородящих женщин старше 40 лет преобладали экстрагенитальные заболевания – 38,5%; бесплодие – 44,2%; преэклампсия – 30,8%. Из числа запланированных операций кесарева сечения в экстренном порядке было произведено 46 (29,5%) вследствие преждевременного разрыва плодных оболочек при неготовых родовых путях. В экстренном порядке у первородящих старше 40 лет произведено 11 операций кесарева сечения. Показаниями для экстренной операции абдоминального родоразрешения явились: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии – в тех случаях; острая гипоксия плода – в трех случаях; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в двух случаях и преэклампсия – в трех случаях.

По сравнению с этим, в структуре показаний к операции кесарева сечения у повторнородящих женщин старше 40 лет преобладали экстрагенитальные заболевания – 42,1%; рубец на матке – 33,6%; преэклампсия – 23,1%; бесплодие – 19,6% и

крупный плод – 13,1%. Из числа запланированных операций кесарева сечения в экстренном порядке было произведено 26 (24,3%) вследствие преждевременного разрыва плодных оболочек. В экстренном порядке у повторнородящих женщин старше 40 лет произведено 22 операции кесарева сечения. Показаниями для экстренной операции кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции – в 8 случаях (2 – при индуцированных родах); острая гипоксия плода – в 3 случаях; клинически узкий таз – в 2 случаях и преэклампсия – в 6 случаях.

В группе многорожавших женщин старше 40 лет произведено 13 операций кесарева сечения: 3 плановых и 10 экстренных. Показаниями для экстренной операции кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции – в двух случаях; острая гипоксия плода – в 1 случае; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 2 случаях; клинически узкий таз – в 2 случаях и преэклампсия – в 3 случаях.

Кровопотеря во время операции кесарева сечения у женщин старше 40 лет в среднем составила $658,21 \pm 10,67$ мл (в ГС 1 – $567,32 \pm 10,71$ мл; $p < 0,05$ и в ГС 2 – $574,60 \pm 14,42$ мл; $p < 0,05$); у первородящих женщин старше 40 лет – $661,24 \pm 13,75$ мл (в ГС 1 – $553,21 \pm 9,14$ мл; $p < 0,05$ и в ГС 2 – $552,20 \pm 17,64$ мл; $p < 0,05$); у повторнородящих женщин старше 40 лет – $672,94 \pm 26,90$ мл (в ГС 1 – $576,92 \pm 22,41$ мл; $p < 0,05$ и в ГС 2 – $580,07 \pm 21,66$ мл; $p < 0,05$); у многорожавших женщин старше 40 лет – $683,31 \pm 66,01$ мл (в ГС 1 – $667,32 \pm 60,28$ мл; $p > 0,05$ и в ГС 2 – $663,33 \pm 61,46$ мл; $p > 0,05$). Более высокую кровопотерю у женщин старше 40 лет во время операции кесарева сечения можно объяснить необходимостью расширения ее объема.

Показаниями для расширения объема операции кесарева сечения у женщин старше 40 лет явились: миома матки – консервативная миомэктомия произведено у 25 женщин старше 40 лет и надвлагалищная ампутация матки без придатков – у 7 женщин с множественной миомой матки. Кроме того, суправагинальная ампутация матки без придатков произведено в 2 случаях в результате истинного приращения плаценты и в 2 случаях – по поводу матки Кувелера в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Трубная стерилизация произведена у 4 первородящих старше 40 лет (2,6%); 31 повторнородящей старше 40 лет (30,0%) и 3 многорожавших женщин старше 40 лет (23,1%). В раннем послеоперационном периоде у 4 женщин старше 40 лет развилось гипотоническое кровотечение и в 1 случае произведена релапаротомия и экстирпация матки.

В ГС 1 показаниями для расширения объема операции кесарева сечения послужили: 1 – наличие матки Кувелера в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – произведена экстирпация матки; 2 – множественная миома матки – выполнена надвлагалищная ампутация матки. В ГС 2 – в 1 случае произведена экстирпация матки по поводу атонического послеродового кровотечения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, оперативное родоразрешение женщины старше 40 лет является актуальной научной задачей современного акушерства. Высокая частота родоразрешения путем операции ке-

сарева сечения и вынужденной гистерэктомии диктует необходимость разработки алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для пациенток этой группы.

**Пізній репродуктивний вік – як показання
до абдомінального розродження
І.І. Чермак**

Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне розродження жінок старше 40 років є актуальним науковим завданням сучасного акушерства. Висока частота розродження шляхом операції кесарева розтину і вимушеної гистеректомії диктує необхідність розробки алгоритму діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнток цієї групи.

Ключові слова: абдомінальне розродження, пізній репродуктивний вік.

**Late reproductive age – as the indication to abdominal delivery
I.I. Chermak**

Results of the lead researches testify, that operative delivery women than 40 years are more senior is an actual scientific problem of modern obstetrics. High frequency delivery by operation cesarean sections and compelled hysterectomy dictates necessity of development of algorithm of diagnostic and medical-rehabilitation actions for patients of this group.

Key words: abdominal delivery, late reproductive age.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байни Р.Л., Сперов Л. Клиническое руководство по охране здоровья пожилых женщин. Первичная и профилактическая помощь. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 2008. – 523 с.
2. Каюпова Л.С. Репродуктивные потери у первородящих 30 лет и старше: Материалы научного форума «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». – М., 2009. – С. 166–167.
3. Abu-Heija A.T., Jallad M.F., Abyeiteish F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after age of 45 // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2009. – Vol. 26, № 1. – P. 27–30.
4. Kirchengast S., Hertman B. Advanced maternal age is not only associated with newborn somatometrics but also with the mode of delivery // Ann.Hum.Biol. – 2008. – Vol. 30, № 1. – P. 1–12.

Влияние профессии медицинского работника на заболеваемость женщин репродуктивного возраста

А.С. Шельгин

Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствует о высокой частоте профессиональной заболеваемости медицинских работников различного звена – врачей и медсестер. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: медицинские работники, профессиональная заболеваемость.

В настоящее время приоритетным является проблема охраны и укрепления здоровья работающего населения, прежде всего женщин, с целью сохранения трудового потенциала и создания условий для экономического развития страны [1–3]. Специфика трудовой деятельности медицинских работников связана с воздействием профессиональных факторов, способных вызывать заболевания, приводить к потере трудоспособности, инвалидности, а в ряде случаев быть непосредственной угрозой жизни [1–3]. Проблема охраны репродуктивного здоровья медицинских работников многогранна, и ее решение предполагает взаимодействие различных направлений здравоохранения и социальной политики государства с учетом национальных особенностей и международных стандартов.

Несмотря на важность проблемы, в литературе недостаточно доказательных данных по профессиональной заболеваемости женщин – медицинских работников, что, безусловно, оказывает существенное влияние на состояние их репродуктивного здоровья.

Целью настоящего исследования является оценка профессиональной заболеваемости женщин – медицинских работников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью выявления основных особенностей профессиональной заболеваемости женщин медицинских работников нами была проведена комплексная клиничко-лабораторная и функциональная оценка состояния здоровья, в том числе и репродуктивного, у 100 женщин врачей различных специальностей и у 100 женщин средних медицинских работников.

В исследования были включены отделения различного профиля: терапевтические, хирургические, интенсивной терапии и реанимации, офтальмологические, кардиологические, пульмонологические, инфекционные, лабораторно-диагностические, функционально-диагностическое и физиотерапевтические, рентгенологическое, акушерско-гинекологическое и стоматологическое.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре профессиональной патологии медицинских работников преобладают аллергические, инфекционные заболевания, отравления, болезни глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, системы кровообращения.

При сравнительном анализе обнаружено, что у медицинских сестер отмечен значительно более высокий уровень профессиональных аллергических заболеваний, чем у врачей. Кроме того, выявлены различия по нозологическим формам заболеваний. У среднего медицинского персонала регистрировался самый высокий уровень заболеваний кожи аллергической этиологии – поливалентная лекарственная аллергия и аллергия к дезинфицирующим средствам, контактные дерматиты, отек Квинке, экземы кисти. Результаты гигиенической оценки условий труда подтвердили, что медицинские сестры больше, чем врачи имели контакт с веществами раздражающего действия при выполнении лечебных манипуляций (приготовление растворов, подготовка и проведение внутримышечных и внутривенных инъекций, капельниц, выдача таблетированных и порошковых препаратов, обработка, дезинфекция инструментов, рабочего места).

Уровень профессиональной заболеваемости дыхательной системы аллергической этиологии в группах врачей и медицинских сестер практически одинаков. Заболевания дыхательной системы аллергической этиологии представлены бронхиальной астмой, обструктивным бронхитом, эмфиземой легких, ринофарингитом, риноконъюнктивитом и т.д. Ведущим вредным производственным фактором, который явился причиной данных профессиональных заболеваний, был контакт с парами и взвесями лекарственных и дезинфицирующих средств, присутствующих в воздухе рабочей зоны. На связь вредного воздействия профессиональной принадлежности указывает тот факт, что из всех случаев аллергических заболеваний 26,2±2,2% выявлено у процедурных медицинских сестер, 16,2±1,7% – у палатных медицинских сестер, 14,7±1,5% – у специалистов лабораторного звена, 7,5±0,8% – у фтизиатров, 5,2±0,5% – у специалистов стоматологического профиля.

В структуре профессиональных заболеваний среди медицинских работников туберкулез составил 18,9±1,8% случаев. При этом у врачей уровень заболеваемости в два раза выше, чем у среднего медицинского персонала. В 80,0% случаев профессиональные заболевания с диагнозом «туберкулез» были зарегистрированы у фтизиатров, остальные случаи профессионального туберкулеза выявлены у специалистов терапевтического профиля, процедурных, палатных медицинских сестер, дезинфекторов и лаборантов. Была найдена прямая корреляционная связь условий труда с показателями по данной заболеваемости ($r=+0,9$).

В структуре профессиональной патологии заболевания с диагнозом «Хронический вирусный гепатит „В“, „С“ и „В, С“» составили 18,4±1,8% случаев. Ведущее место занимал гепатит «С», который составил 77,0% случаев. Необходимо отметить то, что врачи в три раза чаще болели вирусными гепатитами, чем средний медицинский персонал. Фактором, послужившим причиной профессионального заболевания, был контакт с инфицированным биологическим материалом, несовершенство и (или) не использование средств индивидуальной защиты. При анализе профессиональных заболеваний с диагнозом «Хроническая интоксикация веществами раздражающего действия» установлено, что 71,7±3,5% случаев выявлено у специалистов лабораторного звена, 14,5±1,5% у патологоанатомов и 14,8±1,5% у стоматологов.

Среди факторов, которые способствовали развитию профессионального заболевания, был контакт с веществами раздражающего действия (химические реактивы, дезинфицирующие средства), отсутствие или неисправность вытяжных вентиляционных устройств.

Все случаи профессиональных болезней глаза и его придаточного аппарата были представлены катарактой, $80,9 \pm 2,9\%$ выявлены у специалистов физиотерапевтического профиля и $20,3 \pm 2,9\%$ у лаборантов-рентгенологов. Причина данного профессионального заболевания – нарушение санитарных норм и правил при эксплуатации физиотерапевтического оборудования, в том числе лазерного, а также вследствие нарушений мероприятий по охране труда при эксплуатации рентгенологического оборудования.

Профессиональные заболевания нервной системы были представлены полиневропатией верхних конечностей у стоматологов, хронической вертеброгенной цервикалгией и вегетосенсорной полиневропатией верхних конечностей у медсестер-массажисток. Производственный фактор, послуживший причиной профессионального заболевания, – тяжесть трудового процесса: длительное нахождение в условиях вынужденной рабочей позы, напряжение нервно-мышечного и суставного аппаратов.

Профессиональные болезни системы кровообращения в виде варикозного расширения вен нижних конечностей зарегистрированы у хирургов и акушеров-гинекологов, что явилось следствием длительного нахождения в условиях вынужденной рабочей позы стоя.

При анализе распределения профессиональной заболеваемости по стажу и возрасту установлена определенная динамика и различия между врачами и средним медицинским персоналом. Максимальная регистрация туберкулеза отмечена в стажевом промежутке от 1 до 9 лет у врачей (13,2‰) и медсестер (7,4‰). Самые высокие показатели заболеваний дыхательной системы аллергической этиологии зарегистрированы на втором (10–19 лет), третьем (20–29 лет) и четвертом (30–39 лет) стажевом десятке у врачей (6,3; 9,4; 11‰ соответственно), среднего медицинского персонала (11,4; 12,2; 5,3‰ соответственно). Вирусный гепатит у врачей распределяется по стажу в тех же временных промежутках (9,4; 9,4; 10,9‰ соответственно), а у среднего медицинского персонала он регистрировался на втором и третьем стажевом десятке (6,2; 3,1‰ соответственно).

При распределении профессиональной заболеваемости по возрасту, мы наблюдали другую картину: туберкулез равномерно распределился по всем возрастным группам. Самые высокие показатели заболеваний дыхательной системы аллергической этиологии были зарегистрированы в возрасте 40–49 лет (у врачей – 9,4‰, медсестер – 12,2‰) и в возрасте 50–59 лет (у врачей – 17,5‰, медсестры – 10,2‰). Вирусный гепатит максимально регистрировался в возрасте 40–49 лет (у врачей – 11,3‰, медсестер – 4,7‰); 50–59 лет (у врачей – 9,3‰, медсестер – 2,7‰) и 60–73 года (у врачей – 8,4‰).

Необходимо отметить, что в 80,0% случаев профессиональные заболевания у медицинских работников регистрировались по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, а у остальных во время периодических медицинских осмотров.

При анализе профессиональной заболеваемости медицинских работников установлено, что в структуре патологии преобладали аллергические заболевания ($53,0 \pm 3,6\%$), далее инфекционная патология ($37,3 \pm 3,5\%$), она же имеет наибольшие темпы прироста. Основными, вредными производственными факторами, способствующими развитию профессиональной патологии, является химический и биологический.

Обращает на себя внимание тот, факт, что несмотря на то, что по тяжести трудового процесса условия труда специалистов оцениваются как вредные, тем не менее не регистрируются профессиональные заболевания репродуктивной системы (опущение, выпадение половых органов). На это необходимо обратить внимание при медицинских осмотрах.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствует о высокой частоте профессиональной заболеваемости медицинских работников различного звена – врачей и медсестер. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Вплив професії медичного працівника на захворюваність жінок репродуктивного віку **A. С. Шелигін**

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту професійної захворюваності медичних працівників різної ланки – лікарів і медсестер. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: медичні працівники, професійна захворюваність.

Influence of a trade of the medical worker on disease of women of reproductive age **A. S. Shelygin**

Results of the spent researches testifies to high frequency of professional disease of medical workers of a various link – doctors and nurses. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: medical workers, professional disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод, рекомендации /Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Корганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан. – Ростовский Гос. мед. ун-т. – Ростов н/Д, 2002. – 35 с.
2. Баке М.Ч. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.Ч. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Мед.труда и пром экология. – 2002. – № 3. – С. 28–33.
3. Веккер И.Р., Сетко Н.П., Антоненко Б.Н. Роль факторов окружающей среды в перинатальной патологии // Гигиена и санитария. – 2001. – № 3. – С. 29–32.

Влияние генитального эндометриоза на состояние молочных желез

М.С. Шельгин

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований показали, что генитальный эндометриоз оказывает негативное влияние на состояние молочных желез, особенно в плане развития диффузной мастопатии и пролиферативных процессов. При различных вариантах лечения отмечается снижение патологических образований в молочных железах. Изучение маммологического статуса мы считаем обязательным у пациенток с генитальным эндометриозом как до лечения, так и после различных вариантов терапии.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, молочные железы.

В настоящее время эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–9]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7 до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящими к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 9].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза [1–9], до сих пор остаются невыясненными многие вопросы этиологии и патогенеза заболевания, особенности клинической картины в зависимости от локализации процесса. Кроме того, отсутствуют данные о состоянии молочных желез (МЖ) при различных методах лечения данной патологии.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучения маммологического статуса у больных с генитальным эндометриозом.

Цель исследования – изучить маммологический статус больных с генитальным эндометриозом до лечения, а также после оперативного и консервативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 273 больные с генитальным эндометриозом различной локализации и степени выраженности, которые были разделены на три группы в зависимости от используемых методов лечения:

1 группа – 64 пациентки, получавшие различные варианты консервативного лечения до 6 мес (гестагены, аналоги лютеинизирующего релизинг-гормона);

2 группа – 111 больных, перенесших различные варианты оперативного лечения (от односторонней аднексэктомии до эстрипации матки с придатками);

3 группа – 98 больных генитальным эндометриозом, которые еще не получали лечения и находились на этапе обследования.

В сравнительном аспекте мы изучали следующие моменты: маммологический статус, данные инструментальных методов обследования и результаты цитологического исследования пунктата из очаговых образований МЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении маммологического статуса у обследуемых выясняли основные жалобы, проводили осмотр и пальпацию МЖ.

Как свидетельствуют полученные результаты в 3-й группе гипертрофия МЖ выявлена у 12,9% пациенток; очаги уплотненной ткани – у 33,2%; округлые образования – у 12,1%; выделения из сосков – у 22,3% (причем, у 14,8% – скудные и у 7,5% – умеренные). У большинства женщин (87,3%) консистенция МЖ была диффузно-неоднородной. Мастодения и болезненность МЖ была выявлена соответственно у 33,2% и 36,7% женщин.

По сравнению с этим, в 1-й группе гипертрофия МЖ диагностирована у 6,7%; очаги уплотненной ткани – у 20,3%; округлые образования – у 6,3%; галакторея – у 20,4%. У 70,6% пациенток консистенция МЖ была диффузно-неоднородной. Жалобы на спонтанную болезненность МЖ предъявляли 45,3% обследованных, а на болевые ощущения при пальпации – 20,3%.

Во 2-й группе у 30,6% пациенток обнаружена гипертрофия МЖ; очаги уплотненной ткани диагностированы у 9,0%; округлые образования – у 12,6%; галакторея – у 18,9%. Практически у всех обследованных 2 группы (90,1%) выявлена диффузно-неоднородная консистенция МЖ. Спонтанная болезненность МЖ отмечена у 45,0% пациенток, а болезненность при пальпации – соответственно у 9,0% пациенток после оперативного лечения.

Следовательно, для маммологического статуса больных генитальным эндометриозом независимо от варианта лечения характерно: субъективно – масталгия, а объективно – признаки мастопатии (диффузно-неоднородная консистенция), очаги уплотненной ткани и округлые образования в МЖ.

Резюмируя данные инструментальных методов обследования (маммография и УЗИ) в различных группах необходимо отметить, что при проведении консервативной терапии отмечается положительная динамика состояния МЖ, а радикальные хирургические вмешательства способствуют возникновению дегенеративно-инволютивных изменений в МЖ на фоне уже имеющих, прогрессирующее которых нарастает по мере расширения объема оперативного вмешательства.

Для выявления пролиферативной активности, диспластических изменений и признаков атипии нами проводилось изучение результатов цитологического исследования пунктата из очаговых образований МЖ.

Так, в группе пациенток, не получавших лечение, пункционная биопсия была выполнена у 45,3% больных, и у каждой из них обнаружены те или иные

изменения: наличие пролиферативных процессов выявлено у 39,4% женщин, диспластические изменения – у 5,7% и признаки атипии – у 1,0% пациенток.

Среди больных после проведенной консервативной гормональной терапии пункция проводилась у 26,6% пациенток и по ее результатам установлено: пролиферативных изменений в пунктате не было у 7,8%; пролиферативный эпителий обнаружен у 17,2%, а признаки дисплазии у 6,3% пациенток.

В группе прооперированных больных пункционная биопсия была проведена у 21,6%: изменения в полученном материале отсутствовали у 13,5%; явления пролиферации у 7,2%, а диспластические изменения у 1,0% пациенток.

Итак, генитальный эндометриоз сопровождается пролиферативными процессами в МЖ вплоть до атипии, выраженность которых снижается после проведенного как консервативного, так и хирургического лечения данной патологии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, генитальный эндометриоз оказывает негативное влияние на состояние молочных желез, особенно в плане развития диффузной мастопатии и пролиферативных процессов. При различных вариантах лечения отмечается снижение патологических образований в молочных железах по мере эффективности проводимых мероприятий. Изучение маммологического статуса мы считаем обязательным у пациенток с генитальным эндометриозом как до лечения, так и после различных вариантов терапии.

Вплив генітального ендометріозу на стан молочних залоз

М.С. Шелигін

Результати проведених досліджень показали, що генітальний ендометріоз негативно впливає на стан молочних залоз, особливо в плані розвитку дифузної мастопатії і проліферативних процесів. При різних варіантах лікування відзначається зниження патологічних утворень в молочних залозах. Вивчення маммологічного статусу ми вважаємо обов'язковим у пацієнок з генітальним ендометріозом як до лікування, так і після різних варіантів терапії.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, молочні залози.

Influence of genital endometriosis on condition of dairy glands

M.S. Sheligin

Results of the lead researches have shown, that genital endometriosis renders negative influence on a condition dairy glands, is especial in the plan for development diffusion mastopatia and proliferative processes. At various variants of treatment decrease in pathological formations in dairy glands is marked in process of efficiency of spent actions mammological status we count studying obligatory at patients with genital endometriosis both before treatment, and after various variants of therapy.

Key words: genital endometriosis, dairy glands.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2003. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 1999. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 1998. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2000. – V. 85, № 2. –P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Особенности гиперпластических процессов репродуктивной системы на фоне заболеваний щитовидной железы

Е.В. Степанова

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при обследовании больных с заболеваниями щитовидной железы нами выявлено частое развитие доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов женской репродуктивной системы. При корреляционном анализе выявлена зависимость их развития при узловых (смешанных) зобах с гипофункцией щитовидной железы. Отмечена взаимосвязь гипотиреоза и нарушений женской репродуктивной системы. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, патология репродуктивной системы.

Современные научные исследования убедительно доказали прямую зависимость состояния здоровья населения от экологической ситуации в регионе проживания [1, 2]. Интенсивное или длительное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, как правило, ведет к нарушению компенсаторно-приспособительных реакций организма человека, способствуя развитию различных патологических состояний [1, 2]. Особенно часто экологически обусловленные заболевания связаны с дефицитом природного микроэлемента – йода [3]. Так, по оценке ВОЗ (2004 г.) около 2 млрд. жителей Земли постоянно испытывают существенный его недостаток, что приводит к росту распространенности йоддефицитных заболеваний, занимающих в настоящее время первое место по территориальной экспансии [4]. В Украине также остро стоит проблема этой патологии, так как ее частота среди женского населения за последнее десятилетие возросла в несколько раз [1].

Известно, что в организме одной из наиболее чувствительных и тонко реагирующих на разнообразные внешние воздействия систем является репродуктивная [2]. Представляется закономерным, что в условиях йоддефицита у женского населения в первую очередь страдает именно она: нарушается половое созревание и менструальная функция, снижается фертильность, растет частота гинекологической патологии, увеличивается риск осложненного течения беременности и родов, самопроизвольных аборт и мертворождений [1, 4].

Научные исследования по этой проблеме тиреоидной патологии и ее влияния на репродуктивную систему в большинстве случаев посвящены состоянию репродуктивного здоровья у девушек пубертатного возраста. Применительно к женщи-

нам более старшего возраста литературные сведения чаще всего касаются манифестного гипотиреоза. Вместе с тем, эти данные нередко противоречивы, неполны, неубедительны, обычно основаны на небольшом количестве наблюдений, несколько устарели, так как опубликованы десять и более лет назад.

Следует отметить, что в литературе, посвященной тиреоидной патологии, обычно рассматриваются функциональные взаимоотношения щитовидной железы и репродуктивной системы женщин, но практически отсутствуют данные о возможности развития доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов женских половых органов.

Цель исследования – изучение взаимосвязи заболеваний щитовидной железы с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами женских половых органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено обследование 50 женщин с различной тиреоидной патологией и доброкачественными опухолями яичников и гиперпластическими процессами репродуктивной системы – основная группа. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин в возрасте $38,1 \pm 1,2$ года, проходящих очередные профилактические осмотры.

В комплекс диагностических мероприятий были включены клинико-лабораторное и гинекологическое обследование, тесты функциональной диагностики, ультразвуковое исследование щитовидной и молочных желез, органов малого таза, определение гормонов передней доли гипофиза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитовидной железы (Т3 и Т4) и половых гормонов (эстрадиол и прогестерон) в сыворотке крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре тиреоидной патологии наиболее часто встречался смешанный зоб (64,0%) по сравнению с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) – 28,0% и диффузным увеличением щитовидной железы (ДУЩЖ) – 8,0%. Кроме того, мы выделяли три варианта функционального состояния щитовидной железы: гипотиреоз, эутиреоз и гипертиреоз.

Исходя из полученных результатов гипотиреоза, чаще всего наблюдались такие патологические состояния, как галакторея (88,0%); мастопатия (84,2%); патология шейки матки (80,0%); лейомиома матки (75,5%); гиперпластические процессы эндометрия (66,7%); воспалительные заболевания матки и придатков (64,8%) и киста яичника (58,9%). По сравнению с этим, частота генитальной патологии при эутиреозе была значительно ниже: киста яичника (29,4%); гиперпластические процессы эндометрия (22,2%); воспалительные заболевания матки и придатков (22,2%); патология шейки матки (19,3%); лейомиома матки (17,8%); мастопатия (15,8%) и галакторея (12,0%). При гипертиреозе уровень сопутствующей генитальной патологии был еще ниже: воспалительные заболевания шейки матки (13,0%); киста яичника (11,7%); гиперпластические процессы эндометрия (11,1%) и лейомиома матки (6,7%).

Как видно из представленных данных доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы женских половых органов диагностируются гораздо чаще на

фоне гипотиреоза, причем частота их развития в 2 раза выше, чем при эутиреозе и в шесть раз выше, чем у больных с гипертиреозом.

Было установлено, что очаговые поражения щитовидной железы наиболее часто развиваются у больных с лейомиомой матки.

С другой стороны, у больных с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами женских половых органов имеется высокая вероятность развития тиреоидной патологии, что свидетельствует о необходимости обследования их с целью выявления как функциональных, так и структурных нарушений щитовидной железы.

Следовательно, при выявлении патологии щитовидной желез необходимо провести обследование женщин на предмет выявления у них нарушений репродуктивной системы и наоборот.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенных исследований, при обследовании больных с заболеваниями щитовидной железы нами выявлено частое развитие доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов женской репродуктивной системы. При корреляционном анализе выявлена зависимость их развития при узловых (смешанных) зобах с гипофункцией щитовидной железы. Отмечена взаимосвязь гипотиреоза и нарушений женской репродуктивной системы. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особливості гіперпластичних процесів репродуктивної системи на фоні захворювань щитоподібної залози

Е.В. Степанова

Результати проведених досліджень свідчать, що при обстеженні хворих із захворюваннями щитоподібної залози нами виявлений частий розвиток доброякісних пухлин і гіперпластичних процесів жіночої репродуктивної системи. При кореляційному аналізі виявлена залежність їх розвитку при вузлових (змішаних) зобах з гіпофункцією щитовидної залози. Відмічений взаємозв'язок гіпотиреозу і порушень жіночої репродуктивної системи. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я під час проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: захворювання щитоподібної залози, патологія репродуктивної системи.

Features of hyperplastic processes of reproductive system against diseases of a thyroid gland

E. V. Stepanova

Results of the lead researches testify, that at inspection of patients with diseases of a thyroid gland by us often development of good-quality tumours and hyperplastic processes of female reproductive system is revealed. At the correlation analysis dependence of their development is revealed at the central (mixed) craws with hypofunction thyroid gland. The interrelation hypothereosis and infringements of female reproductive system is marked. The received

results are necessary for taking into account in practical public health services at carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *diseases of a thyroid gland, a pathology of reproductive system.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Богатырева Р.В. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т. 2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2009. – С. 52–56.
4. Measure progress. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO, 2004. – P. 33–36.

Сравнительные аспекты различных методов оперативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

В.С. Страховецкий

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для формирования полной клинической характеристики больных, страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки возможно на основе анализа возраста пациенток, социального статуса, особенностей становления менструальной функции и видов ее нарушений, возраста начала половой жизни, изучения детородной функции и частоты абортот, длительности использования ВМК, причин развития ГВЗПМ, частоты внутриматочных вмешательств, перенесенных гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств. Тщательно проведенная клиническая характеристика пациенток позволит разработать наиболее эффективный алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, сравнительные аспекты.

Проблема гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) на протяжении многих лет остается одной из наиболее актуальных в клинической практике, занимая лидирующее место в структуре гинекологической патологии [1–6].

По данным мировой статистики, различные воспалительные заболевания органов малого таза отмечаются у каждой 10-й женщины репродуктивного возраста, из которых 20% требуют стационарного лечения. Увеличение количества больных во всех странах мира является следствием усиленной миграцией населения, изменением полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета [1–6].

Гнойная инфекция характеризуется длительным, прогрессирующим течением, склонностью к частым рецидивам, высокой частотой полиорганных осложнений, являющихся основной причиной инвалидизации и гибели женщин [3, 4].

Летальность больных составляет 5–15%, именно это обстоятельство делает данную проблему не только научной, но и, безусловно, социальной [1–6].

В настоящее время убедительно доказано, что пик заболеваемости данной нозологической формы приходится на репродуктивный период и имеется выраженная тенденция к «омоложению» ГВЗПМ. Последнее обусловлено главным образом увеличением частоты трансмиссивных инфекций, которое наиболее ярко отражено в возрастных группах 18–24 лет (в 1,4 раза) и 25–29 лет (в 1,8 раза) [2, 3].

Отмечено появление новых особенностей клинического течения ГВЗПМ за последнее время, которое явно связано со снижением индекса здоровья населения, ранним началом половой жизни и ошибками в лечении, выражающимися в длительной консервативной терапии, несвоевременном переходе к оперативному лечению, выполнении неадекватных хирургических вмешательств [5, 6].

Современные тенденции и рост числа больных, страдающих гнойным воспалением придатков матки, наличие множества нерешенных вопросов касающихся возникновения частых обострений данного заболевания, требуют своего дальнейшего углубленного изучения и решения на новом методологическом уровне.

Необходимо внедрение и реализация новых и эффективных программ с профилактики возникновения рецидивов и их последствий. При этом требуется разработка инновационных алгоритмов диагностики и лечения ГВЗПМ, позволяющих повысить эффективность принимаемых врачом решений, а также системный анализ полученных результатов и научное обоснование эффективности предложенных подходов.

Целью работы является изучение современных аспектов гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было обследовано 100 женщин в активном репродуктивном возрасте с различными формами и вариантами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ).

Первую (основную) группу составили 50 женщин, которым проведены эндохирургические операции. В зависимости от характера терапии основная группа делилась на две подгруппы. Вторую группу (сравнения) составили 80 человек, которым применено лапаротомное хирургическое лечение. Все пациентки поступали в гинекологическую клинику в порядке экстренной медицинской помощи.

Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки диагностировали согласно рекомендациям ВОЗ (2008 г.) с учетом минимальных, дополнительных и доказательных критериев воспалительных заболеваний органов малого таза.

Общая клиническая оценка течения ГВЗПМ заключалась в наблюдении больной за ее самочувствием, температурной реакцией, выраженностью симптомов воспаления. Динамикой состояния структуры придатков матки. Учитывался результат лечения больных и сроки пребывания в стационаре.

У обследуемых больных помимо общепринятого клинического исследования, включающего в себя общее и специальное гинекологическое исследования, общий анализ крови, мочи, биохимические исследования, коагулограмму, применяли дополнительные методы исследования.

В ряде случаев по показаниям выполнена урография, ирригоскопия, компьютерная томография органов малого таза, посевы крови на стерильность. Все лабораторные показатели изучались в динамике: при поступлении и перед выпиской из стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных составил $27,3 \pm 2,2$ года. Наибольшее количество гнойно-воспалительных процессов в придатках матки приходится на основной ре-

продуктивный возраст (от 21 года до 30 лет), что объясняется различными причинами: ранним началом половой жизни, изменением полового поведения молодежи, урбанизацией, активной миграцией населения, понижением адаптационного потенциала и высоким инфекционным индексом.

Нарушение менструальной функции наблюдались у каждой пятой (20,0%) больной с гнойной инфекцией половых органов, из них в основной группе было у 18,0% больных, в группе сравнения – у 26,0%. Расстройства менструальной функции, чаще по типу мено- и метроррагий, наблюдается у 16,0% больных. Изменения продолжительности менструаций и объема кровопотери часто связаны с эндометритом.

Известно, что наличие воспалительного инфильтрата в эндометрии препятствует нормальной десквамации его функционального слоя и полноценного восстановления целостности эпителиального покрова. Вследствие этого, кровотечение, начавшееся в срок, обычно продолжается 1–2 нед и бывает достаточно обильным.

Определенный интерес в плане риска возникновения воспалительных заболеваний представляет возраст начала половой жизни: 70,0% женщин начали половую жизнь до 19 лет и относятся к группе высокого риска по воспалительным заболеваниям женских половых органов.

Путем анализа анамнестических данных была изучена детородная функция и частота абортотворения женщин обеих групп. Так, у значительного числа женщин (52,0%) в основной группе и (62,0%) в группе сравнения были в анамнезе роды и аборты. Беременность была у 74,0% женщин, из них в основной группе – у 34,0% и в группе сравнения – у 40,0%. Среднее число родов на одну женщину (отношение числа родов к числу рожавших женщин) в основной и сравнительной группах оказалось одинаковым и составило 1,56.

В анамнезе аборты имели место у 68,0% женщин. На 1 женщину приходилось в среднем в основной группе 2,5 аборта, в сравнительной – 3,0 аборта. Среди них самопроизвольные и внебольничные аборты наблюдались у 18,0% женщин, в основной группе – у 8,0% и группе сравнения – у 10,0% пациенток. Отношение числа абортотворения к числу родов в среднем составило 1,8:1,0, что, несомненно, отразилось на частоте воспалительных заболеваний женских половых органов.

Отдельно следует остановиться на внутриматочной контрацепции (ВМК), как одной из основных причин развития тяжелых форм ГВЗПМ и фактора, предрасполагающего к их возникновению. Среди обследованных нами женщин у 28,0% ГВЗПМ возникло на фоне использования ВМК, из них у 20,0% с формированием гнойно-воспалительных образований придатков матки. По нашим данным, только 40,0% женщин использовали ВМК до 3-х лет, у остальных пациенток контрацептив находился в полости матки от 5 лет и более, что привело к возникновению ГВЗПМ.

Искусственное прерывание беременности и внутриматочные вмешательства (использование ВМС и диагностические выскабливания полости матки) занимают основную лидирующую позицию в возникновении гнойно-воспалительного процесса. Очевидно, под воздействием неспецифических факторов, таких как переохлаждение, менструация и др., снижается реактивность организма, вследствие чего наблюдается активация персистирующей микрофлоры с типичными проявлениями гнойного процесса.

Нельзя исключить и роль реинфекции в генезе воспалительных заболеваний придатков матки. Проведенные нами исследования показали, что у 22,0% больных первые симптомы воспаления появились на 5–6-й день менструального цикла. Такая закономерность вполне объяснима, поскольку во время менструации уменьшается количество слизи в канале шейки матки и происходит его физиологическое расширение, что приводит к снижению эффективности естественных физиологических барьеров, препятствующих распространению инфекции восходящим путем.

Анализ анамнестических данных показал, что большая часть обследованных женщин перенесла в прошлом различные гинекологические заболевания и оперативные вмешательства. Из них наиболее частыми, как в основной, так и в группе сравнения, были воспалительные заболевания матки и придатков матки (30,0%), на втором месте оказались заболевания шейки матки (18,0%), на третьем – нарушения менструальной функции (14,0%).

Лапароскопические операции по поводу первичного или вторичного бесплодия перенесли (4,0%), преимущественно трубно-перитонеального генеза. На фоне хронического воспаления в маточных трубах в 4,0% случаев отмечена внематочная беременность.

Данные собранного анамнеза свидетельствуют о том, что для обследованных больных характерна высокая частота перенесенных инфекционных и воспалительных общетерапевтических заболеваний, что говорит о высоком инфекционном индексе и значительной соматической отягощенности больных с ГВЗПМ в исследуемых группах.

При анализе экстрагенитальной патологии у обследованных женщин можно отметить, что для этих больных характерно сочетание нескольких заболеваний различных систем и органов (полиморбидность). Среднее число заболеваний, приходящихся на одну больную в основной и сравнительной группах, оказалось одинаковым и составило 1,8.

В структуре соматической заболеваемости наибольшую долю составили инфекционные заболевания, а именно ОРВИ и грипп – у 62,0%. На втором месте оказались болезни ЛОР-органов – у 38,0%, на третьем – болезни органов пищеварения – у 28,0%, далее – болезни мочевыделительной системы – у 14,0%, заболевания органов дыхания у 10,0% и сердечно-сосудистой системы – у 6,0%.

Среди всех перенесенных заболеваний преобладают воспалительные процессы различных органов и систем (их удельный вес составляет больше 50,0%). Экстрагенитальные очаги хронической инфекции оказывают выраженное неблагоприятное влияние на функционирование организма женщины.

Общая клиническая оценка течения ГВЗПМ заключалась в наблюдении за самочувствием больных температурной реакцией, выраженностью симптомов воспаления, динамикой состояния структуры придатков матки.

Клиническая картина ГВЗПМ полиморфна и складывалась из нескольких основных синдромов. Самыми частыми клиническими проявлениями были: болевой синдром, повышение температуры тела, нарушение общего состояния, обильные выделения и др.

В основной группе больных с ГВЗПМ наибольшую долю заняли гнойный сальпингит, что составило – 56,0%, затем пиосальпинкс – 30%. Небольшую долю среди

клинических вариантов имели тубоовариальные гнойные образования 14,0%. В группе сравнения распределение клинических вариантов было сходным с таковым в основной группе, с незначительным различием в удельном весе гнойного сальпингита и пиосальпинкса.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для формирования полной клинической характеристики больных, страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки возможно на основе анализа возраста пациенток, социального статуса, особенностей становления менструальной функции и видов ее нарушений, возраста начала половой жизни, изучения детородной функции и частоты абортот, длительности использования ВМК, причин развития ГВЗПМ, частоты внутриматочных вмешательств, перенесенных гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств. Тщательно проведенная клиническая характеристика пациенток позволит разработать наиболее эффективный алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Порівняльні аспекти різних методів оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки **В.С. Страховецький**

Результати проведених досліджень свідчать, що для формування повної клінічної характеристики хворих, які страждають гнійно-запальними захворюваннями придатків матки можливо на основі аналізу віку пацієнток, соціального статусу, особливостей становлення менструальної функції і видів її порушень, віку початку статевого життя, вивчення дітородної функції і частоти абортів, тривалості використання ВМК, причин розвитку ГЗПМ, частоти внутрішньоматкових втручань, перенесених гінекологічних захворювань і оперативних втручань. Ретельно проведена клінічна характеристика пацієнток дозволить розробити найбільш ефективний алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: *гнійно-запальні захворювання придатків матки, порівняльні аспекти.*

Comparative aspects of different methods operative treatment of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus **V.S. Strahovezky**

Results of the spent researches testify, that for formation of the full clinical characteristic of the patients, appendages of a uterus suffering by pyoinflammatory diseases probably on the basis of the analysis of age of patients, the social status, features of formation menstrual function and kinds of its infringements, age of the beginning of a sexual life, studying of genital function and frequency of abortions, duration of use intrauterine contraceptive, the reasons of development of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus frequency intrauterine the interventions, the transferred gynecologic diseases and operative interventions. Carefully spent clinical characteristic of patients will allow to develop the most effective algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, comparative aspects.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Л.В., Каралетян С.Г., Каухова Е.Н. Особенности клинического течения острых воспалительных заболеваний придатков матки на фоне использования внутриматочных контрацептивов //Акушерство и гинекология. – 2006. – № 10. – С. 41–44.
2. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии, 2009. – № 5. – С. 114–118.
3. Батырова А.К., Мезинова Н.Н., Шаронина Л.Б. О диагностическом и практическом значении иммунологических исследований у женщин с воспалительными процессами придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 5. – С. 88–91.
4. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 173 с.
5. Косточек Д.Ф. Гнойные тубоовариальные образования (клиника, диагностика, принципы терапии)//Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Вып. 1. – С. 63–65.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Титченко Н.И., Дуб Н.В. Современные методы диагностики тяжелых гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Вестник российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1999. – № 2. – С. 56–67.

Сочетанные гинекологические и хирургические операции

Т.В. Лещева, Т.В. Василенко

Днепропетровский медицинский институт
Украинской ассоциации народной медицины

Сочетанные хирургические вмешательства на органах брюшной полости и половых органах, выполненные из одного хирургического доступа, в целом несущественно повышают риск операции по сравнению с аналогичными вмешательствами, выполненными в один этап. Эти вмешательства не приводят к каким-либо специфическим осложнениям, которые могли бы быть характерными для операций данного типа. Для широкого использования сочетанных операций необходима хорошая материально-техническая база клиник, хирурги и гинекологи высокой квалификации, а также соответствующая профессиональная подготовка медицинского персонала, обслуживающего больных в послеоперационном периоде. Вместе с тем, одним из наиболее нерешенных вопросов данной проблемы являются отдаленные последствия перенесенных сочетанных хирургических и гинекологических операций, особенно в плане восстановления репродуктивной функции женщин детородного возраста.

Ключевые слова: сочетанные операции, гинекология, хирургия.

Проблема нарушений репродуктивной функции женщин является одной из наиболее актуальных в современной гинекологии. Это обусловлено возрастающей частотой данной патологии, а также недостаточной эффективностью предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий. Среди основных причин нарушений репродуктивной функции большое значение придается росту числа воспалительных заболеваний матки и придатков, а также новообразований яичников, которые требуют urgentного оперативного вмешательства [1–4]. Однако в ряде случаев наблюдается первичное или вторичное воспаление червеобразного отростка, что приводит к проведению сочетанных гинекологических и хирургических операций.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме оперативного лечения новообразований половых органов и аппендэктомии нельзя считать все вопросы полностью решенными. В первую очередь, это касается отдаленных последствий перенесенных сочетанных гинекологических и хирургических операций. При этом основным моментом здесь является разработка эффективных реабилитационных мероприятий, которые бы включали в себя лечение основного заболевания и профилактику возможных осложнений [1–4]. При этом женщины после сочетанных гинекологических и хирургических операций составляют особую группу риска, так как помимо чисто медицинских аспектов, значительную роль приобретают и социальные.

В отечественной и зарубежной литературе отсутствуют практические рекомендации по ведению больных, перенесших сочетанные гинекологические и хирургические

ческие операции на постгоспитальном этапе, особенно в плане реабилитации репродуктивной функции.

Целью настоящего научного исследования является изучение особенностей гинекологических и хирургических операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами был проведен анализ 100 сочетанных гинекологических и хирургических операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как свидетельствуют результаты проведенных исследований, всего числа сочетанных гинекологических и хирургических операций можно выделить следующие:

- сочетание аппендицита и заболеваний женских половых органов: разрывы, нарушения питания кист яичников, апоплексия яичника, внематочная беременность, гнойно-воспалительные заболевания придатков – 74,0%;
- сочетание заболеваний толстого кишечника (опухоли, дивертикулез, острая кишечная непроходимость) и кисты яичника, лейомиома матки – 9,0%;
- сочетание вентральных грыж и кисты яичников, миомы матки и тубовариальных образований – 7,0%;
- сочетание калькулезного холецистита с кистой яичников, миомой матки и тубовариальными образованиями – 7,0%;
- сочетание травм мочевыводящих путей и других внутренних органов – 3,0%.

Одномоментная хирургическая коррекция заболеваний органов брюшной полости и половых органов во многом представляется предпочтительней расчленения оперативного лечения, так как избавляет пациенток одновременно от двух или более заболеваний, исключает повторные оперативные вмешательства и возможные осложнения, щадит психику больной, уменьшает расходы на лекарственные препараты и т.д.

При наличии сочетанных заболеваний органов брюшной полости и женских половых органов на основании нашего клинического опыта необходимо выделять основное и сопутствующее заболевание. Так, к основному заболеванию мы относим то, которое представляет большую опасность для здоровья и жизни пациентки, а при равной угрозе от конкурирующих хирургических и гинекологических заболеваний – заболевание, побудившее больную обратиться за медицинской помощью в стационар. Соответственно, основным вмешательством при сочетанной операции мы считаем то, которое выполняется по поводу основного заболевания.

На основании клинического материала нами составлена классификация сочетанных операций на органах брюшной полости и женской половой сферы. Сочетанные операции мы разделяем на экстренные и плановые. В свою очередь экстренные операции делятся на 2 группы: 1) операции, производимые по поводу возникших одновременно и не зависящих друг от друга неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости и половых органов; 2) операции, при которых по экстренным показаниям выполняется основная операция, а в дополнение к ней устраняется хирургическое или гинекологическое заболевание, не являющееся неотложным.

Плановые операции делятся также на 2 группы: 1) операции, основным этапом которых является заболевание органов брюшной полости, сопутствующим – заболевание половых органов; 2) операции, основным этапом которых является заболевание женских половых органов, сопутствующим – хирургическое заболевание.

Для определения степени риска мы использовали 4 фактора: 1 – объем и травматичность операции; 2 – особенность хирургической патологии; 3 – характер и тяжесть сопутствующих заболеваний и 4 – возраст.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что к первой степени риска относятся пациентки до 50 лет, которым выполнялись не большие по объему операции (апендэктомия, резекция яичника, сальпингэктомия) – 77,0%; ко второй степени – пациентки до 50 лет, которым выполнялись расширенные операции (холецистэктомия, гистерэктомия) – 11,0%; третья степень – значительные по объему операции (гастроэктомия, резекция кишечника) – 8,0% и четвертая степень – тяжелое дооперационное состояние, пожилой и старческий возраст – 4,0% пациенток.

ВЫВОДЫ

Данные наших исследований показали, что сочетанные хирургические вмешательства на органах брюшной полости и половых органах, выполненные из одного хирургического доступа, в целом незначительно повышают риск операции по сравнению с аналогичными вмешательствами, выполненными в один этап. Эти вмешательства не приводят к каким-либо специфическим осложнениям, которые могли бы быть характерными для операций данного типа. Для широкого использования сочетанных операций необходима хорошая материально-техническая база клиник, хирурги и гинекологи высокой квалификации, а также соответствующая профессиональная подготовка медицинского персонала, обслуживающего больных в послеоперационном периоде. Вместе с тем, одним из наиболее нерешенных вопросов данной проблемы являются отдаленные последствия перенесенных сочетанных хирургических и гинекологических операций, особенно в плане восстановления репродуктивной функции женщин детородного возраста.

Поєднані гінекологічні і хірургічні операції

Т.В. Лещева, Т.В. Василенко

Поєднані хірургічні втручання на органах черевної порожнини і статевих органах, виконані з одного хірургічного доступу, в цілому трохи підвищують ризик операції в порівнянні з аналогічними втручаннями, виконаними в один етап. Ці втручання не призводять до яких-небудь специфічних ускладнень, які могли б бути характерними для операцій цього типу. Для широкого використання поєднаних операцій потрібна хороша матеріально-технічна база клінік, хірурги і гінекологи високої кваліфікації, а також відповідна професійна підготовка медичного персоналу, обслуговуючого хворих в післяопераційному періоді. В той же час, одним з найменш вирішених питань цієї проблеми є віддалені наслідки перенесених поєднаних хірургічних і гінекологічних операцій, особливо в плані відновлення репродуктивної функції жінок дітородного віку.

Ключові слова: поєднані операції, гінекологія, хірургія.

Complex gynecologic and surgical operations **T.V. Leshcheva, T.V. Vasilenko**

Complex surgical interventions on bodies of a belly cavity and the genitals, executed of one surgical access, as a whole slightly raise risk of operation in comparison with the similar interventions executed in one stage. These interventions do not lead to any specific complications which could be characteristic for operations of the given type. The good material base of clinics is necessary for wide use сочетанных operations, surgeons and gynecologists of high qualification, and also corresponding vocational training of the medical personnel serving patients in the postoperative period. At the same time, one of most unresolved questions of the given problem are the remote consequences transferred complex surgical and gynecologic operations, especially in respect of restoration of reproductive function of women of genital age.

Key words: *complex operations, gynecology, surgery.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н.Новгород, Изд-во НГМА, 2000. – 176 с.
2. Бурлака О.В., Стеблюк В.В., Татарчук Т.Ф. Застосування антибіотиків для профілактики запальних ускладнень після гінекологічних операцій // Вісн. Асоц. акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 2. – С. 33–36.
3. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Товштейн Л.А. Порівняльний аналіз ефективності ендоскопічної та «відкритої» хірургії в комплексному лікуванні тубооваріальних абсцесів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 2. – С. 100–102.
4. Маховский В.З., Аксененко В.А., Мазикина Л.М. Сочетание аппендицита с гинекологическими заболеваниями // Хирургия. – 1997. – № 6. – С. 61–62.

Коррекция психологического статуса у пациенток со вспомогательными репродуктивными технологиями при мужском факторе бесплодия

И.Л. Захаренко

Одесский национальный медицинский университет

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к особенностям пограничных психических расстройств, выявляемых у большинства женщин программы ВРТ, следует отнести преобладание в клинической картине тревожно-депрессивной и астеновегетативной симптоматики. Полученные результаты отражают эффективность разработанной программы терапии и реабилитации психопатологических расстройств у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: *психотерапевтическая коррекция, вспомогательные репродуктивные технологии, мужской фактор бесплодия.*

Бесплодие рассматривается как фактор, значительно влияющий на демографические показатели в стране, представляющий общегосударственную проблему. Разработка методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) вывела проблему лечения бесплодия из тупика традиционных подходов и позволила добиться наступления беременности у значительного числа женщин, которые ранее были обречены на бездетность, в том числе и мужском факторе бесплодия [3–5].

Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, он не только вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, но и способствует развитию пограничных психических расстройств [1–2]. Сложность диагностики пограничных психических расстройств в практике лечения бесплодия методами ВРТ заключается в клиническом полиморфизме симптоматики, затяжном течении, что диктует необходимость их более детального исследования. Роль факторов риска развития донозологических и нозологических форм пограничных психических расстройств в условиях патоморфоза у женщин при мужском факторе бесплодия нуждается в уточнении.

Особое значение в психическом статусе придается аффективной сфере. Бесплодие в супружеской паре относится к тем состояниям, которые существенно влияют на психоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса [1, 2, 5]. Дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые, служебные трудности вследствие затрат большого количества времени на посещение лечебных учреждений, финансовые расходы. Ухудшается качество жизни женщин и мужчин, формируется состояние одержимости, доминирования мыслей о несостоятельности в репродуктивной сфере. Состояние тревоги и депрессии оп-

ределяется на всех этапах лечения бесплодия, идеи самообвинения способствуют усилению депрессивной симптоматики [1–5].

Таким образом, изучению гинекологических аспектов бесплодия посвящено большое количество исследований. Вместе с тем, проблемы возникновения или утяжеления имеющихся пограничных психических расстройств во время лечения методами ВРТ при мужском факторе бесплодия, равно, как и влияние самих методов на психическое состояние женщин освещены явно недостаточно, а имеющиеся зарубежные исследования носят не клинико-психопатологический, а психодинамический характер. Кроме того возможности психотерапевтической коррекции у пациенток этой группы раньше не рассматривались.

Целью настоящей работы является изучение психотерапевтической коррекции у женщин при мужском факторе бесплодия в программе ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 50 пациенток с пограничными психическими расстройствами при мужском факторе бесплодия и проведенных по методикам ВРТ (основная группа). Группу сравнения составили 50 пациенток без нарушений в репродуктивной сфере.

Основными причинами мужского бесплодия были хронические воспалительные процессы репродуктивной системы (58,0%), дисгормональные нарушения (22,0%) и их сочетание (20,0%).

Психическое состояние пациенток определялось наличием психической патологии непсихотического регистра в рамках тревожных, соматоформных, диссоциативных расстройств, расстройства адаптации, проявления которых были выявлены в рамках проведения лечения бесплодия в программе ЭКО (согласно критериям МКБ-10).

Выбор методов исследования соответствовал поставленной цели и возможности проводить клинико-психопатологическое обследование пациенток с целью оценки динамики развития пограничных психических расстройств в процессе лечения бесплодия методами ВРТ. Программа исследования включала: клинико-психопатологический, социологический, и экспериментально-психологический методы. Оценка психического статуса, предполагающая определение наличия и степени выраженности психопатологических синдромов, проводилась в день обращения в отделение вспомогательных технологий в лечении бесплодия.

Социологическое исследование проводили методом активного анкетирования женщин по специально разработанным опросникам, отражавшим длительность бесплодия, социальные, семейные аспекты жизни пациенток, количество попыток ВРТ. Характерологические особенности, акцентуации характера определялись по опроснику К. Леонгарда в модификации Шмишека. Уровень тревожности личностной и ситуационной определялся по тестам Ханина–Спилбергера, уровень депрессии – по опроснику Бека, опросник семейной и социальной адаптации, копинг стратегии – по тесту Лазаруса–Фолькмана.

Всем женщинам и мужчинам проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование в динамике с использованием методов, включающих общие анализы крови и мочи, биохимическое, гормональное, иммунологическое исследование крови и ультразвуковое сканирование органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют, что основную группу составили женщины как обратившиеся впервые, так и повторно при мужском факторе бесплодия. По данным анамнеза 76% пациенток не имели детей; рожали и на момент осмотра дети были здоровы у 24% пациенток. В группе сравнения у 64% женщины в анамнезе 1–3 родов. Анализ катamnестических данных достоверно показал, что каждая пятая женщина в исследуемой группе родилась недоношенной, в отличие от группы сравнения ($p < 0,05$). Длительность бесплодия в супружеской паре составила в среднем $3,2 \pm 0,3$ года. В группе сравнения фертильные женщины не испытывали трудностей в репродуктивной сфере. В исследуемой группе процент неразвивающейся беременности составил 14%. Процент внематочной беременности в анамнезе также достоверно различался среди пациенток исследуемой группы и группы сравнения и составил 48% и 6% соответственно ($p < 0,05$). В 12% случаев у пациенток исследуемой группы были повторные внематочные беременности в анамнезе. Процент искусственных абортov не отличался в обеих группах: 34% женщин по сравнению с 36% пациенток соответственно. Было выявлено, что у 20% женщин исследуемой группы в анамнезе отмечались самопроизвольные выкидыши и неразвивающиеся беременности.

По данным клинико-психопатологического обследования женщины основной группы страдали тревожными, тревожно-депрессивными расстройствами.

Из них паническое расстройство диагностировано у 8% пациенток, генерализованное тревожное расстройство – у 30%, смешанные тревожно-депрессивные расстройства – у 32% пациенток. Тревога проявлялась как перед проведением программ ВРТ, так и в процессе лечения. Нередко сомневались в удачном исходе лечения: высказывали опасения по поводу многоплодной беременности, преждевременных родов, неразвивающейся беременности, генетически здорового ребенка, испытывали страх одиночества в будущем. Пациентки этой группы были ранимы, не уверены в себе, сенситивны, раздражительны. У них отмечались склонность к фиксации на негативно окрашенных переживаниях, а также трудности в вербализации своих переживаний. В данной группе преобладали психические и соматические симптомы тревоги, выраженные в различной степени. Тревожно-депрессивные расстройства у 20% пациенток проявлялись тревогой за своё будущее, страхом перед отрицательным результатом лечения и неразвивающейся беременностью, сниженным настроением с плаксивостью, подавленностью, тоской, самобичеванием из-за невозможности стать матерью. Наблюдались достаточно выраженные и стойкие соматовегетативные нарушения. У женщин этой группы по данным теста Спилбергера–Ханина преобладал повышенный уровень тревоги.

Второе место по распространенности занимали соматоформные расстройства, которые были диагностированы у 32% пациенток с ведущим болевым синдромом, преимущественно в области нижней части живота, от субъективно незначимых, до выраженных алгических феноменов.

В рамках соматоформных расстройств были выявлены соматизированные расстройства у 68% пациенток, когда псевдосоматические жалобы выступали на первый план. Соматические проявления сопровождались вегетативными дисфункциями в виде дискинезии желчевыводящих путей, тахикардии, головокружения, чув-

ства нехватки воздуха, которые возникали или усиливались под воздействием психогений. Длительность проявлений не превышала 6 месяцев. Следует отметить, что психогениями выступали различные медицинские манипуляции, общение с беременными женщинами или с маленькими детьми, болезнь близких родственников, начало лечения в программах ВРТ. Патоморфоз данного синдрома выражался в полиморфизме симптоматики и быстром развитии симптомов в течение 4–6 мес после начала лечения бесплодия.

Ипохондрические расстройства были выявлены у 34% пациенток исследуемой группы. Пациентки рассматривали причину мужского бесплодия в заболевании, которое «не могли диагностировать врачи». Динамика расстройств имела непрерывный волнообразный характер с кратковременными ипохондрическими реакциями в виде мономорфной абдоминалгии с локализацией преимущественно в области живота, иногда сопровождающаяся дизурическими расстройствами, явлениями метеоризма.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства встречались у 10% пациенток исследуемой группы, которые жаловались на различные неприятные телесные ощущения, имитирующие топографически проекцию матки, маточных труб, яичников и в 68% случаев сопровождающиеся запорами. Нестойкие алгии с ощущениями «жжения», «спазма матки» наблюдались во время проведения стимуляции суперовуляции. Манифестация диссоциативных расстройств провоцировалась перед началом программ ВРТ в виде конфликтов в семье и на работе с чертами манипулятивного поведения, утрированностью и нарочитостью. У 38% женщин во время второй и у 24% пациенток во время третьей попыток лечения были зафиксированы идентичные соматические жалобы, аналогичные тем, которые впервые появились во время первой попытки.

Расстройства адаптации были выявлены у 8% пациенток. Они характеризовались преобладанием депрессивного настроения и/или тревоги, снижением продуктивности в повседневных делах, астено-вегетативными проявлениями. У пациенток были зарегистрированы кратковременные депрессивные реакции, пролонгированные депрессивные реакции, смешанные тревожные и депрессивные реакции, смешанные расстройства эмоций и поведения. Во время перерыва между попытками лечения мужского бесплодия методами ВРТ соматические проявления нивелировались при сохранении лёгкой гипотимии и беспокойства перед неизвестностью. Перед началом лечения за 7–10 дней соматические жалобы появлялись вновь.

На основе проведенного факторного анализа и результатов собственного исследования были выделены психологические факторы, способствующие развитию пограничных психических расстройств (ППР), выявлены значимые факторные нагрузки. Полученные данные подтвердили их роль в развитии ППР у женщин при мужском факторе бесплодия и требовали необходимости акцентирования на них внимания во время психотерапии.

В индивидуальном формате из 50 женщин основной группы, проходивших психотерапию, 20 работали в индивидуальном формате, в то время как 30 женщин принимали участие в групповой работе.

Полученные данные свидетельствуют, что выбор метода психотерапии зависел от ведущего психопатологического синдрома и клинической симптоматики. В

групповой работе мы применили техники когнитивно-поведенческой психотерапии, эриксоновского гипноза, символдрамы. В индивидуальной терапии лечение проходило с использованием символдраматической методики, нейролингвистического программирования (НЛП), эриксоновского гипноза. Занятия проводились три раза в неделю в течение четырех недель по 1,5 часа. Среднее количество психотерапевтических сеансов составило 10–12.

Результаты оценки терапии включали исследование параметров, отражающих уровень личностной и ситуативной тревожности по Спилбергеру и депрессивный тест Бека. Средние сроки лечения в индивидуальном формате были значительно меньшими в группе с тревожными расстройствами по сравнению с группой с соматоформными расстройствами и составляли $31,2 \pm 3,1$ против $38,3 \pm 2,5$ дней, количество сеансов составляло $6,9 \pm 0,8$ против $7,5 \pm 0,8$ дней ($p < 0,01$). Пациентки с диссоциативными расстройствами лечились $41,9 \pm 4,3$ дней и количество сеансов составило $11,3 \pm 0,9$ дней, но их длительность не превышала 45 минут. Оценка «значительного улучшения» психического состояния по данным психологического тестирования была достоверно выше в группе психотерапии, по сравнению с группой, не проходившей психотерапии ($p < 0,02$).

Критерии клинической эффективности основывались на биопсихосоциальном подходе с учётом позитивной динамики в соматическом и психическом состоянии, а также социальном функционировании.

У всех пациенток, с которыми проводилась психотерапевтическая работа в групповом и индивидуальном формате, достоверно отмечалось «значительное улучшение состояния»: С расстройствами адаптации у 84,2% и 94,3% соответственно. У женщин с тревожными расстройствами в 82,6% и 98,2% случаев, у пациенток с соматоформными расстройствами – 76,6% и 88,3%; у респондентов с диссоциативными расстройствами – в 92,3% и 96,5% случаях соответственно.

В процессе работы была впервые предпринята попытка использования гипнотических техник во время проведения переноса эмбриона (ПЭ) в полость матки.

Перед проведением процедуры ПЭ пациентке в течение 10 минут проводилась терапия с использованием эриксоновского гипноза. Во время проведения переноса эмбриона пациентка находилась в состоянии транса, расслабления. Это позволяло избегать осложнений после введения катетера в полость матки и рефлексорного сокращения стенок матки.

Эффективность применения психотерапии зависела от выбранного метода. Использовалась интегративная модель, которая включала проведение сеансов с использованием нескольких методик. Частота наступления беременности при первой-второй попытке лечения в программе ВРТ в группе женщин, с которыми проводилась психотерапия составляла 41,2%, что достоверно выше, чем в группе, где психотерапия не проводилась ($p < 0,05$).

При проведении гипноза на момент переноса эмбриона в полость матки частота наступления беременности составляла 38,4%. Наиболее эффективным методом воздействия являлся метод эриксоновского гипноза во время ПЭ. При этом комплексное воздействие психотерапии в процессе проведения программы ВРТ и гипноза в день переноса эмбриона в полость матки повышало эффективность программы до 48% ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к особенностям пограничных психических расстройств, выявляемых у большинства женщин программы вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия, следует отнести преобладание в клинической картине тревожно-депрессивной и астеновегетативной симптоматики. Полученные результаты отражают эффективность разработанной программы терапии и реабилитации психопатологических расстройств у пациенток при мужском факторе бесплодия в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

Корекція психологічного статусу у пацієнок з допоміжними репродуктивними технологіями при чоловічому чиннику безпліддя **I.Л. Захаренко**

Результати проведених досліджень свідчать, що до особливостей межових психічних розладів, що виявляються у більшості жінок програми ДРТ, слід віднести переважання в клінічній картині тривожно-депресивної і астеновегетативної симптоматики. Отримані результати відображають ефективність розробленої програми терапії і реабілітації психопатологічних розладів у пацієнок з безпліддям в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: *психотерапевтична корекція, допоміжні репродуктивні технології, чоловічий чинник безпліддя.*

Correction of psychological status at patients with auxiliary reproductive technologies at the man's factor of barreness **I.L. Zaharenko**

Results of the spent researches testify, that to features of the boundary mental frustration revealed at the majority of women of program ART, it is necessary to carry prevalence in a clinical picture disturbing-depressive and astenovegetatical semiology. The received results reflect efficiency of the developed program of therapy and rehabilitation of psychopathological frustration at patients with barreness in the program of auxiliary reproductive technologies.

Key words: *psychotherapeutic correction, auxiliary reproductive technologies, the man's factor of barreness.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарданова Ж.Р. Проявления тревожно-депрессивных расстройств у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) // Вестник Оренбургского Государственного Университета. – № 12. – 2006. – С. 171–177.
2. Кулаков В.И., Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф. Тревожно-депрессивные расстройства у женщин в процессе проведения программы экстракорпорального оплодотворения // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – № 3. – 2006. – С. 29–35.
3. Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 19–22.
4. Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 12–15.
5. Сапрыкин В.Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 35–36.

Лікування ранової інфекції в акушерстві

Д. О. Багрій

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що лікування ранової інфекції є досить складним процесом і потребує обліку багатьох ендо- і екзогенних факторів. Застосування комплексних препаратів рослинного походження сприятиме адекватному очищенню ранової поверхні, а потім буде стимулювати процеси фагоцитозу і регенерації. В сукупності це дозволяє покращити результати лікування і скоротити на 5,2 доби перебування породіль в стаціонарі. Це дає нам підставу рекомендувати розроблену методіку в практичну охорону здоров'я.

Ключові слова: ранова інфекція, акушерство, лікування.

В наш час проблема акушерського травматизму залишається дуже актуальною. При цьому, недостатньо уваги приділяється найрозповсюдженішим «неважким» травмам – розривам промежини, піхви і шийки матки. Поряд з цим, навіть такі травми тазового дна і шийки матки призводять до несприятливих наслідків, значно підвищують ризик розвитку наступної гінекологічної захворюваності [1–5]. Перенесені травми шийки матки, особливо у випадку їх інфікування, деформують її, залишаючи грубі рубцеві зміни, які збільшують ризик розвитку диспластичних і онкопроцесів [2]. Крім того, пологові травми піхви і промежини, які нагноїлися, часто є причиною опущення і випадіння статевих органів, фістул та порушень функції м'язів тазового дна [3].

Безумовно, неодмінною умовою профілактики та лікування ранової інфекції є правильна обробка і ушивання рани: чіткий візуальний контроль, повноцінне знеболювання, дотримання правил асептики і антисептики, наявність адекватного шовного матеріалу, дотримання правил пошарового ушивання і зіставлення однорідних тканин [5]. Поряд з цим, не викликає сумнівів той факт, що за останні роки суттєво змінився мікробіоценоз піхви вагітних жінок у бік переважання мікробних асоціацій з високою питомою вагою хламідій, вірусів, мікоплазм, грибів тощо [4]. Не викликає сумнівів той факт, що на такому несприятливому фоні ризик розвитку інфікованих ран промежини, піхви і шийки матки значно вищий.

За останні роки для профілактики і лікування ранової інфекції в акушерстві запропоновано багато методів з використанням широкого арсеналу лікарських засобів [1–5]. На наш погляд, позитивний ефект здійснюють комбіновані препарати рослинного походження.

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування ранової інфекції у жінок групи високого ризику на підставі використання удосконаленої лікувально-профілактичної методіки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами були обстежені 90 жінок, які були розподілені на три групи:

- контрольна група – 30 породіль після самостійних пологів без акушерської і соматичної патології, а також без травм м'яких тканин пологових шляхів;

- основна група – 30 жінок, які були розподілені на дві групи:

1-ша – 15 породіль з ранової інфекцією м'яких тканин пологових шляхів, які отримували загальноприйнятую профілактику;

2-га – 15 породіль з ранової інфекцією м'яких тканин пологових шляхів з використанням нашої методики.

Загальноприйнята методика лікування інфекції полягала у використанні антибактеріальної терапії і місцевому використанні хлоргексидину протягом 3–5 дб.

Рекомендована нами лікувальна методика полягає тільки у місцевому застосуванні комбінованих препаратів рослинного походження.

В комплекс проведених досліджень було включено клінічні та мікробіологічні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При викладенні основних моментів клінічного перебігу ранової інфекції необхідно відзначити той факт, що середній час початку нагноєння травм м'яких тканин пологових шляхів був ідентичним в обох групах – $3,1 \pm 0,2$ доби і $3,2 \pm 0,3$ доби ($p > 0,05$). Аналізуючи основні причини розвитку даних ускладнень можна вказати, що технічних помилок при обробці і ушиванні первинної рани ми не спостерігали, також як і випадків клітин, що нагноїлися, чи неадекватного дренивання. Враховуючи мету нашого дослідження відбирали тільки нагноєння ран після епізіо- чи перинеоррафії. Їх відношення складало в 1-й групі 40–60,0%; в 2-й групі – 33,3–66,7%. Крім того, в 33,3% випадків в 1-й групі і в 40,0% – в 2-й – мало місце супутнє нагноєння ушитих ран шийки матки і піхви.

Частота основних клінічних симптомів, які розвивалися в момент нагноєння акушерської рани була ідентичною в обох групах. Найчастіше це були набряклість (86,7% і 83,3%; $p > 0,05$); біль (73,3% і 66,7%; $p > 0,05$); гіперемія ранової поверхні (по 66,7%) і гіпертермія (46,7% і 53,3%; $p > 0,05$). Слід відмітити, що поєднання форми післяпологової інфекції (наприклад ендометрит і субінволюція матки) ми не враховували.

Результати наступних досліджень, проведених через добу, свідчать лише про незначне зниження ступеня вираженості основних клінічних симптомів, але між собою їх частота достовірно не відрізнялась ($p > 0,05$). При цьому, частіше інших можна виділити больовий синдром (66,7% і 73,3%; $p > 0,05$) і набряклість ранової поверхні (60,0% і 66,7%; $p > 0,05$). Декілька рідше зустрічались гіперемія (53,3% і 60,0%; $p > 0,05$) і гіпертермія (33,3% і 40,0%; $p > 0,05$). Звичайно, не можна було очікувати високої ефективності нашої методики тільки через добу використання, однак наступні спостереження показали вже суттєву різницю між групами.

Як видно з отриманих даних, на 3-ю добу лікування спостерігалась достовірна різниця частоти основних клінічних симптомів ранової інфекції залежно від методики застосованої терапії. Так, у породіль 1-ї групи рівень набряклості ранової поверхні склав 73,3%; в той час як у 2-й групі – 53,3% ($p < 0,05$). Аналогічну закономірність можна було спостерігати і з боку больового синдрому (60,0% порівняно з 46,7%; $p < 0,05$); гіперемії ранової поверхні (53,3% проти 40,0%; $p < 0,05$), а також гіпертермії (40,0% порівняно з 26,7%; $p < 0,05$). Крім того, ранова поверхня мала інший зовнішній

вигляд. При використанні розробленої нами методики вона мала вигляд більш очищеної; по краям (до 30% від всієї поверхні) з'явились рожеві грануляції.

Описані вище закономірності спостерігались і на 5-у добу лікування. Якщо в 1-й групі частота больового синдрому і набрякості ранової поверхні складала по 53,3%, то в 2-й цей показник був в 2 рази нижче – 26,7% ($p < 0,05$). Те ж саме відбувалось і з місцевою гіперемією (40,0% порівняно з 20,0%; $p < 0,05$) та з підвищенням температури вище 38°C (26,7% проти 13,3%; $p < 0,05$). На заключному етапі наших досліджень – 7-ма доба – патологічна симптоматика у жінок, які отримували запропоноване лікування ранової інфекції, спостерігалась в поодиноких випадках (по 6,7%), а гіпертермія була відсутньою. Крім того, починаючи вже з 6-го дня лікування рана поверхня була повністю вкрита свіжими грануляціями, при цьому не було нальоту. Порівняно з цим, при застосуванні загальноприйнятої методики у 26,7% породіль спостерігався больовий синдром, набряклість і гіперемія, а у 13,3% – зберігався стійкий субфебрилітет.

Середнє перебування в лікарні в 2-й групі склало $10,1 \pm 0,9$ доби, що достовірно нижче порівняно з $1 - 15,3 \pm 1,2$ доби ($p < 0,05$).

Результати проведених мікробіологічних досліджень протягом післяпологового періоду свідчать про ефективність розробленої нами методики лікування ранової інфекції.

Серед різних методик досліджень найбільш ефективною вважається оцінка основних показників місцевого імунітету. Так, аналізуючи вміст нейтрофільних гранулоцитів у рановому виділенні необхідно відмітити той факт, що на початковому етапі можна було спостерігати достовірне підвищення цього показника в обох групах (до $75,2 \pm 6,2\%$; $p < 0,001$ і до $76,1 \pm 7,1\%$; $p < 0,001$). На 1-шу добу лікування ступінь вираженості цих порушень був різним (до $73,4 \pm 6,1\%$; $p < 0,001$ і до $60,7 \pm 5,8\%$; $p < 0,001$), на 3-ю добу також (до $60,8 \pm 5,7\%$; $p < 0,01$ і до $51,2 \pm 3,8\%$; $p < 0,05$). Показники контрольної і 2-ї груп між собою достовірно не відрізнялись вже з 5-ї доби ($p > 0,05$), зберігаючись на таких позиціях і до 7 доби ($p > 0,05$). Порівняно з цим, при загальноприйнятому лікуванні ранової інфекції вміст нейтрофільних гранулоцитів залишався достовірно збільшеним як на 5-ту (до $59,7 \pm 5,3\%$; $p < 0,01$), так і на 7-му добу від початку лікування (до $58,9 \pm 5,2\%$; $p < 0,01$). На відміну від цього, вміст макрофагів достовірно підвищувався тільки в 1-й групі з 3-ї доби лікування (до $39,1 \pm 3,0\%$; $p < 0,05$), залишаючись таким і на 7-му добу (до $40,7 \pm 3,8\%$; $p < 0,05$).

Як свідчать отримані дані, вміст полібластів достовірно зменшувався в обох групах в момент діагностування гнійної рани (до $2,2 \pm 0,2\%$; $p < 0,001$ і до $2,1 \pm 0,2\%$; $p < 0,001$). При використанні розробленої нами методики цей показник почав поступово підвищуватися з 1-ї (до $9,8 \pm 0,8\%$; $p < 0,01$) до 3-ї доби (до $14,1 \pm 1,3\%$; $p < 0,05$), а потім нормалізувався з 5-ї доби проведення лікування (до $18,8 \pm 1,6\%$; $p > 0,05$). Застосування загальноприйнятих лікувальних заходів не дозволило суттєво змінити дану величину, яка залишалася достовірно зниженою і на 7 добу (до $10,7 \pm 1,1\%$; $p < 0,01$). Відносна кількість профілобластів також достовірно знижувалась в обох групах як в момент діагностування (до $1,0 \pm 0,1\%$; $p < 0,001$ і до $1,0 \pm 0,1\%$; $p < 0,001$), так і в 1-шу добу лікування (до $1,0 \pm 0,1\%$; $p < 0,001$ і до $2,5 \pm 0,2\%$; $p < 0,01$). Надалі, починаючи з 3-ї доби цей показник залишався на попередньому рівні у породіль 1-ї

групи (до $2,1 \pm 0,2\%$; $p < 0,001$), а в 2-й – нормалізувався (до $5,8 \pm 0,5\%$; $p > 0,05$). Також зміни клітинного складу ранового виділення, безумовно, свідчать про виражений початок репаративних процесів у породіль з використанням комплексного лікування ранової інфекції.

При оцінці функціональної активності нейтрофілів крові і ранового виділення за допомогою НСТ-тесту слід відмітити достовірне підвищення числа НСТ-позитивних нейтрофілів в периферійній крові в момент діагностування гнійної рани в обох групах (до $15,3 \pm 1,3\%$; $p < 0,001$ і до $15,8 \pm 1,6\%$; $p < 0,001$). Починаючи з 1-ї доби лікування мало місце зниження цього показника (до $10,9 \pm 1,2\%$; $p < 0,01$ і до $10,4 \pm 0,9\%$; $p < 0,01$), що продовжувалось і на 3-ю добу (до $7,1 \pm 0,6\%$; $p < 0,05$ і до $6,9 \pm 0,4\%$; $p < 0,05$), але до 5-ї доби – він відновився (до $5,2 \pm 0,4\%$; $p > 0,05$ і до $5,2 \pm 0,5\%$; $p > 0,05$). Це вказує на наявність компенсованих змін і відсутність необхідності використання системної імунокорекції. Зовсім іншу картину можна було спостерігати у рановому виділенні. При цьому, спочатку число НСТ-позитивних нейтрофілів достовірно збільшувалось (до $29,3 \pm 2,2\%$; $p < 0,001$ і до $28,7 \pm 2,5\%$; $p < 0,001$), а потім вже з 3-ї доби лікування в 2-й групі – нормалізувалось (до $10,4 \pm 1,0\%$; $p > 0,05$), а в 1-й – залишалось підвищеним до 7-ї доби лікування (до $15,8 \pm 1,4\%$; $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що лікування ранової інфекції є досить складним процесом і потребує обліку багатьох ендо- і екзогенних факторів. Застосування комплексних препаратів рослинного походження сприятиме адекватному очищенню ранової поверхні, а потім буде стимулювати процеси фагоцитозу і регенерації. В сукупності це дозволяє покращити результати лікування і скоротити на 5,2 доби перебування породіль в стаціонарі. Це дає нам підставу рекомендувати розроблену методику в практичну охорону здоров'я.

Лечение раневой инфекции в акушерстве

Д. О. Багрий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что лечение раневой инфекции является достаточно сложным процессом и нуждается в учете многих эндо- и экзогенных факторов. Применение комплексных препаратов растительного происхождения будет способствовать адекватной очистке раневой поверхности, а потом будет стимулировать процессы фагоцитоза и регенерации. В совокупности это позволяет улучшить результаты лечения и сократить на 5,2 сут пребывания рожениц в стационаре. Это дает нам основание рекомендовать разработанную методику в практическую охрану здоровья.

Ключевые слова: раневая инфекция, акушерство, лечение.

Treatment wound infections in obstetrics

D. O. Bagrij

Results of the spent researches testify, that treatment wound infections is difficult enough process and demands the account of many endo – and eczogene factors. Use complex phyto-

genesis preparations promotes adequate clarification wound to a surface, and also stimulates processes fagocytes and regenerations. In aggregate it allows to seize results of treatment and to reduce on to 5,2 days stay of women in childbirth in a hospital. It gives the basis to recommend the used technique in practical public health services.

Key words: *wound infection, obstetrics, treatment.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоцкий С.М., Карпов В.А. Иммунотерапия раневой инфекции // ВНИИМИ. – М., 2002. – 76 с.
2. Вдовиченко Ю.П. Клинико-патогенетическое значение общих и местных факторов защиты и повреждения при эндометрите после операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 11. – С. 24–28.
3. Воропаева С.Д. Гнойно-септические заболевания и осложнения в акушерско-гинекологической практике. – Л.: Медицина, 2005. – 106 с.
4. Глебова Н.Н., Вехновский В.О., Алыпova И.Н. Лечение, профилактика акушерских травм мягких родовых путей. – Уфа, 2006. .
5. Тарашвілі О.Г. Профілактика ранової інфекції в акушерстві //Український науково-медичний молодіжний журнал. – 1998. – № 2–3. – С. 117–119.

Сравнительные аспекты контрацепции у женщин с кандидозной инфекцией половых путей

Г.А. Барановская

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Изучены сравнительные аспекты контрацепции у женщин с вагинальным кандидозом. На основании проведенных исследований, можно сделать вывод, что предлагаемая лечебно-профилактическая методика на основе использования системного антимикотического препарата и гормональной коррекции является достаточно эффективной, позволяет снизить частоту и длительность рецидивов вагинального кандидоза. Кроме того, применение гормонального контрацептива Три-Мерси позволяет устранить гормональный дисбаланс и избежать случаев непланируемой беременности. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: контрацепция, вагинальный кандидоз, эффективность.

В настоящее время в Украине проблеме планирования семьи и профилактике непланируемой беременности уделяется серьезное внимание, в том числе и на государственном уровне. Среди обширного спектра современных контрацептивных средств все более широкое применение находят гормональные контрацептивы, которые являются основным способом профилактики непланируемой беременности в развитых странах мира [1–3].

Среди женщин репродуктивного возраста в последние годы отмечается рост нарушений микробиоценоза половых путей. Одним из основных проявлений данной проблемы являются кандидозные вульвовагиниты, частота которых постоянно возрастает. Вместе с тем, приемлемость и эффективность использования различных методик профилактики непланируемой беременности, в том числе и гормональной контрацепции у женщин с вагинальным кандидозом, является достаточно дискуссионным вопросом, над решением которого работают многие научные коллективы у нас в стране и за рубежом [4–6]. Отсутствие единого подхода к профилактике непланируемой беременности у женщин с вагинальным кандидозом свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

Целью данного исследования является снижение частоты непланируемой беременности, а также негативных побочных эффектов и осложнений гормональной контрацепции у женщин с кандидозным вульвовагинитом на основе разработки и внедрения комплекса лечебно-диагностических мероприятий, направленных на коррекцию гормонального статуса и микробиоценоза влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и микробиологическое обследование 90 женщин репродуктивного возраста, которые были разделены на соответствующие группы. Так, контрольную группу составили 30 гинекологически и соматически здоровых женщин, принимающих гормональные контрацептивы в непрерывном режиме. В I группу были включены 30 пациенток кандидозным вульвовагинитом, использующие сочетанное применение гормональных контрацептивов и производных флуконазола. II группу (30 женщин) составили пациентки с кандидозным вульвовагинитом, применяющие механические и биологические контрацептивы совместно с производными флуконазола.

Комплексное обследование проводили в период обострения кандидозного вульвовагинита и в процессе лечения (через 1 нед, 3 мес, 6 мес, 1 год). Помимо изучения клинико-anamnestических данных, были использованы микробиологические (микроскопия мазков, культуральные исследования), и эндокринологические исследования (определение содержания эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола, пролактина в динамике менструального цикла), а также определение содержание гликогена, свободной глюкозы и рН во влагалищном содержимом.

При лечении вагинального кандидоза в I и II группах использовали системный антимикотик (препарат «Микосист» фирмы «Гедеон Рихтер») и препараты для коррекции микробиоценоза влагалища («Полижинакс», «Тержинан» и т.д.).

Среди широкого спектра современных гормональных контрацептивов мы остановились на препарате Три-Мерси фирмы «Органон». Основными преимуществами именно этого гормонального контрацептива являются следующие моменты: низкое содержание гормональных компонентов (эстрадиола и дезогестрела); трехфазность (более приближены к естественному менструальному циклу); отсутствие негативного влияния на состояние микробиоценоза половых путей и минимальным количеством побочных эффектов. Кроме того, очень важным аспектом является наличие в препарате прогестина последнего поколения дезогестрела, который в тканях метаболизируется в активную форму (3-кетодезогестрел), обладает высокой селективностью действия, антиандрогенным эффектом и коррегирующим влиянием на нарушения липидного обмена. Все это в совокупности явилось достаточно убедительным обоснованием для применения именно Три-Мерси с целью профилактики непланируемой беременности у женщин с вагинальным кандидозом.

По сравнению с этим, в качестве контрацепции во II группе пациентки использовали механические средства и спермициды.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении эндокринологического статуса пациенток с вагинальным кандидозом были установлены ряд особенностей: повышение содержания эстрадиола на фоне одновременного снижения уровня прогестерона. Независимо от фазы менструального цикла уровень эстрадиола был повышен, что приводило к отсутствию овуляторного пика. Кроме того, было отмечено незначительное повышение уровня тестостерона, пролактина и кортизола, однако в большинстве случаев эти различия носили не достоверный характер. При кольпоцитологическом обследования были отмечены признаки гестагеновой недостаточности и отсутствие цикличности изме-

нений влагалищного эпителия. Выявленные изменения в гормональном статусе женщин с вагинальным кандидозом свидетельствуют о наличии ановуляции и недостаточности лютеиновой фазы. Исходя из полученных нами результатов, использование препарата Три-Мерси помимо контрацептивного эффекта является еще и дополнительной коррекцией возникающих эндокринологических изменений.

Микробиологические и биохимические исследования влагалищного содержания у женщин с вагинальным кандидозом указывают на наличие целого ряда изменений микробиоценоза влагалища. Так, подтверждением этому является снижение количества лактобактерий в 1,7 раза; на фоне одновременного увеличения содержания свободной глюкозы в 3,2 раза и отсутствие их вариабельности по фазам менструального цикла. По нашему мнению, установленные нарушения микробиоценоза влагалища связаны с имеющимися гормональными нарушениями у женщин с вагинальным кандидозом.

Изучение лечебной эффективности проводимой коррекции с включением в I группе системного антимикотика и гормональный контрацептив Три-Мерси свидетельствует о хорошем терапевтическом эффекте. Так, длительность основных клинических проявлений заболевания снизилась в 2,5 раза, продолжительность ремиссии увеличилась в 3,5 раза, а количество рецидивов снизилось в 3,6 раз. По сравнению с этим, во II группе, при использовании системного антимикотика и механических контрацептивов, клинические проявления вульвовагиноза сократилась только в 2 раза, продолжительность ремиссии увеличилась в 1,7 раза, а число рецидивов снизилось только в 1,5 раза. Суммарный положительный клинический эффект был отмечен у $97,3 \pm 1,7\%$ пациенток I группы, при том, что во II группе этот показатель был достоверно ниже – $72,3 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$). Контрацептивный эффект предлагаемой нами методики составил 100% при единичных случаях незначительных побочных эффектов, которые не послужили основанием для отмены гормонального контрацептива Три-Мерси.

Подтверждением вышеперечисленных клинических особенностей являются и результаты изучения микробиоценоза влагалища. Так, у женщин I группы было отмечено значительное снижение количества грибов рода *Candida* – в 11,5 раз; количества глюкозы уменьшилось во влагалищном содержимом в 3,1 раза при одновременном повышении pH влагалища в 1,3 раза. Очень важным моментом мы считаем увеличение количества лактобактерий в обе фазы менструального цикла, практически, в 2 раза на фоне отсутствия дисгормональных нарушений у пациенток, получавших предлагаемую нами лечебно-профилактическую методику.

Клинико-лабораторные и микробиологические изменения у пациенток II группы носили менее выраженный характер и свидетельствовали о недостаточной эффективности использования только антимикотической терапии без коррекции эндокринологического статуса. К негативным моментам необходимо отнести 2 случая непланируемой беременности у пациенток II группы, что потребовало проведения артифициальных аборт с последующим обострением вагинального кандидоза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании проведенных исследований, можно сделать вывод, что предлагаемая лечебно-профилактическая методика на основе использова-

ния системного антимикотика и гормональной коррекции является достаточно эффективной, снижает частоту и длительность рецидивов вагинального кандидоза. Кроме того, применение гормонального контрацептива Три-Мерси позволяет устранить гормональный дисбаланс и избежать случаев непланируемой беременности. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Comparative aspects of contraception at women with candidiasis an infection of sexual ways

G.A. Baranovskay

Comparative aspects of contraception at women with vaginal a candidiasis are investigated. On the basis of the lead researches, it is possible to draw a conclusion, that the offered treatment-and-prophylactic technique on the basis of use system antimicotical a preparation and hormonal correction is enough effective, allows to lower frequency and duration of relapses vaginal a candidiasis. Besides application of a hormonal contraceptive allows to remove Three – Mersi hormonal dysbalans and to avoid cases of not planned pregnancy. The received results allow us to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

Key words: *contraception, vaginal a candidiasis, efficiency.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюменталь П., Макинтош П. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции // НРИЕГО, Балтимор, 1995. – 217 с.
2. Вовк І.Б. Комбіновані гормональні оральні контрацептиви – сучасний метод планування сім'ї // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 2. – С. 54–58.
3. Кулаков В.І. Руководство по планированию семьи / Под ред. В.Н. Серова. – Русфармамед, 1997. – 298 с.
4. Bodey G.P. Topical and systemic antifungal agents // Med. Clin.North.Am. – 1988. – V. 72. – P. 637.
5. De los Reyes. Clinicalexperience with single-dose fluconazole in vaginal candidiasis. A review of the worldwide database // Int.J.Gynecol.Obstet. – 1992. – V. 37. – P. 9–15.
6. Sobel J.D. Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis // Am.J.Obstet.Gynecol. – 1995. – V. 152. – P. 924–927.

Клинические факторы риска генитального эндометриоза

Е. Н. Бойко

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом различной локализации выделены основные клинико-anamнестические факторы риска, которые разделяются на пять больших групп. Использование полученных результатов в практическом здравоохранении позволяет повысить эффективность ранней диагностики и прогнозирования такой серьезной патологии, как генитальный эндометриоз.

Ключевые слова: эндометриоз, факторы риска.

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–9]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 9].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза [1–9], до сих пор остаются невыясненными многие вопросы этиологии и патогенеза заболевания, особенности клинической картины в зависимости от локализации процесса. Кроме того отсутствуют данные о сравнительной информативности отдельных методов диагностики заболевания и выявления рецидивов, эффективности различных методов лечения и мониторинга, а также о клинико-anamнестических факторах риска данной патологии.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучаемой проблемы, а именно клинико-anamнестических факторах риска генитального эндометриоза.

Целью научного исследования является изучение современных клинико-anamнестических факторов риска развития генитального эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было обследовано 100 больных с генитальным эндометриозом различной локализации и степени выраженности, которые составили основную группу. В большинстве случаев был диагностирован эндометриоз яичников (39%) и аденомиоз (37%); в 17% – распространенный эндометриоз и в 12% – эндометриоз другой локализации (шейки матки и ретроцервикальный).

В контрольную группу вошли 30 женщин 20–40 лет, у которых были исключены выраженные гинекологические и экстрагенитальные заболевания.

При этом возраст больных колебался от 19 до 56 лет, средний показатель составил $32,4 \pm 3,4$ года. 71% больных относились к репродуктивному возрасту (19–35 лет), 20% – к позднему репродуктивному (36–45 лет) и 9% больных были старше 45 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из особенностей состояния здоровья родителей женщин с эндометриозом к моменту рождения пациенток выявлено наличие соматических заболеваний (хронический холецистит, панкреатит и гастрит, ожирение, артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит и др.) – у 78%; гинекологической патологии (нарушения менструального цикла, патология шейки матки, миома матки, хронические воспалительные процессы репродуктивной системы и др.) – у 82%; вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) – у 16%; вредных факторов производства – у 63% родителей.

На различные осложнения во время беременности матери (ранний гестоз, преэклампсия, угроза невынашивания и недонашивания), в родах (аномалии родовой деятельности, маточные кровотечения) и в период новорожденности (респираторный дистресс-синдром, нарушения функции желудочно-кишечного тракта) указывали соответственно 45, 37 и 52% больных. Искусственное или смешанное вскармливание отметили 33% пациенток. Неоднократные болезни на первом году жизни перенесли 47%, причем острые респираторные заболевания более 2 раз в год были у 55%.

Хронические соматические заболевания выявлены у 98%, а наиболее частыми из них являлись: остеохондроз позвоночника – у 98%; нейроциркуляторная астенция – у 67%; хронический тонзиллит – у 43%; дискинезия желчевыводящих путей – у 35%; патология щитовидной железы – у 33%; дисбактериоз кишечника – у 29%; хронические бронхит, холецистит и гастрит – у 25%, 24% и 23% соответственно; артериальная гипертензия – у 23% пациенток. Перенесенные аллергические заболевания и реакции отметили 22% и гемотрансфузии – 10% пациенток.

Домохозяйками являлись 26% пациенток; рабочими – 14% и служащими – 60% (причем 28% – медработниками и 14% – педагогами). Указания на вредные факторы производства были у 75% больных: постоянные нейропсихические перегрузки (неуверенность в завтрашнем дне, сокращение рабочих мест, производственные стрессы, работа с людьми, конфликтные ситуации и пр.) – у 75%; неблагоприятный микроклимат (переохлаждение, сквозняки, резкие перепады температур, сырость, повышенная влажность и пр.) – у 34%; тяжелый физический труд – у 10%; контакт с вредными химическими веществами – у 10% и радиация – у 5% соответственно.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза больных эндометриозом выявлены следующие особенности становления менструальной функции: раннее менархе (в возрасте до 10 лет) – у 12%; старше 14 лет начали менструировать 10%; у большинства (74%) установление менструального цикла происходило длительно (более 1 года). Средняя продолжительность менструального цикла (до диагностирования эндометриоза) у обследуемых составила $26,3 \pm 2,9$ дня, длительность менструации – $6,9 \pm 1,8$ дней. Частые (более 3 раз в год) и/или продолжительные (более 3 месяцев) нарушения менструального цикла зафиксированы у 72% пациенток. Возраст начала половой жизни с 18 по 26 лет был у 52% пациенток; моложе 18 лет – у 29%; старше 26 лет – у 16% и 3% из обследованных женщин отметили отсутствие половой жизни.

При анализе репродуктивной функции на бесплодие указали 49%: первично были бесплодны 28%, а у 21% – бесплодие развилось вторично; у 10% пациенток беременностей не было в связи с их нежеланием иметь детей. Среди остальных женщин первая беременность до 18 лет наступила у 18%; старше 26 лет – у 13%. Лишь у 11% пациенток исходом первой беременности явились роды, а у остальных – она закончилась медицинским абортom (46%) или самопроизвольным выкидышем (5%). От 5 до 8 беременностей имели 26%, а более 8 – 4% обследованных. Патологически беременность протекала у 46%: у 28% – с ранним токсикозом; у 16% – с преэклампсией и у 21% – с угрозой прерывания беременности. У 32% роды осложнились аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями, дистрессом плода; у 13% – преждевременными родами. Послеродовые осложнения возникли у 18%, среди которых наиболее частыми были гнойно-септические заболевания (15%) и маточные кровотечения (5%). На осложненные медицинские аборты указывали 47% обследуемых: 25% – на кровотечения; 28% – на гнойно-септические заболевания.

Большинство пациенток (72%) перенесли воспалительные гинекологические заболевания: сальпингоофориты и эндометриты – соответственно 60% и 40%. Наличие различной патологии шейки матки отметили 55%; миомы матки – 58% и доброкачественных опухолевых заболевания яичников – 13% соответственно. На наличие предменструального синдрома указывали 76%, причем у 25% отмечено его тяжелое течение, а у большинства (70% из 76%) лечение было малоэффективным. Контрацепцию не использовали 55%, а у остальных 45% преобладали гормональные контрацептивы (23%); внутриматочные спирали (10%) и другие методы (22%): барьерные, биологические календарь и спермициды.

Следовательно, при анализе особенностей анамнеза у больных с эндометриозом по сравнению с контрольной группой можно выделить следующие группы факторов, предрасполагающих и/или способствующих возникновению данной патологии:

1 группа – гинекологические заболевания у матери, наличие у родителей соматической патологии и вредных факторов производства;

2 группа – осложнения в период беременности у матери и в родах, а также в состоянии новорожденной; искусственное или смешанное вскармливание;

3 группа – высокая заболеваемость во все периоды жизни и частые простудные заболевания; экстрагенитальная патология (остеохондроз позвоночника, нейроциркуляторная астеня, хронический тонзиллит, патология щитовидной железы и желудочно-кишечного тракта);

4 группа – воздействие профессиональных вредных факторов (постоянное нервно-психическое перенапряжение, неблагоприятный микроклимат на рабочем месте);

5 группа – исходно неблагоприятное состояние репродуктивной системы к моменту становления менструальной функции (длительное установление менструального цикла); частые и продолжительные нарушения менструальной функции; длительно существующий и нелеченный предменструальный синдром; частые беременности и значительное превалирование медицинских абортов над родами; патологическое течение беременности и родов; кровотечения и гнойно-септические осложнения в послеродовом и послерабортных периодах; воспалительные заболевания репродуктивной системы, протекающие хронически и часто обостряющиеся; патологические изменения шейки матки; наличие опухолевых заболеваний матки и яичников.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, у пациенток с эндометриозом различной локализации выделены основные клинико-анамнестические факторы риска, которые разделяются на пять больших групп. Использование полученных результатов в практическом здравоохранении позволяет повысить эффективность ранней диагностики и прогнозирования такой серьезной патологии, как генитальный эндометриоз.

Клінічні чинники ризику генітального ендометріозу

О.Н. Бойко

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з ендометріозом різної локалізації виділені основні клініко-анамнестичні чинники ризику, які розділяються на п'ять великих груп. Використання отриманих результатів в практичній охороні здоров'я дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і прогнозування такої серйозної патології, як генітальний ендометріоз.

Ключові слова: ендометріоз, чинники ризику.

Clinical risk factors genital an endometriosis

E.N. Boyko

Results of the lead researches testify, that at patients with an endometriosis of various localization the basic are allocated clinical risk factors which are divided on five big groups. Use of the received results in practical public health services allows to raise efficiency of early diagnostics and forecasting of such serious pathology, as genital endometriosis.

Key words: an endometriosis, risk factors.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2007. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2007. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Преждевременная инволюция яичников при наружном генитальном эндометриозе

В.И. Бойко, О.В. Чирва

Медицинский институт Сумского государственного университета

Изучены особенности гормонального и иммунного статуса у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и гормональной недостаточностью яичников. Установлены новые аспекты патогенеза данной патологии и усовершенствованы методы коррекции дисгормональных нарушений после оперативного лечения. Полученные результаты могут найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: эндометриоз, яичники, гормональный статус.

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–14]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7 до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 10].

Сведения о сочетании эндометриоза и бесплодия противоречивы. Частота нарушений репродуктивной функции при генитальном эндометриозе колеблется от 30 до 40% [3, 6]. Принято считать, что одной из основных причин бесплодия при этом заболевании является гормональная недостаточность яичников, проявляющаяся ановуляцией или недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла [11]. При этом, одни авторы [6, 7] считают гормональную недостаточность яичников благоприятным фоном для развития эндометриоза, тогда как другие [9, 10] связывают овариальную недостаточность с патологическим влиянием эндометриотидных гетеротопий на разные звенья стероидогенеза в яичниках. Вместе с тем известно [1, 3, 13] о том, что у большинства женщин с эндометриозом имеется неизменный двухфазный менструальный цикл.

К настоящему времени недостаточно изучена взаимосвязь между гормональной недостаточностью яичников и иммунной системой. Известно, что некоторые компоненты иммунной системы (интерферон-гамма, интрелейкин-2, фактора некроза опухоли и др.) вовлечены в процесс атрезии фолликула и регрессии желтого тела [12]. Имеются данные [13,14], что интерферон-гамма наряду с другими цитокинами тормозит синтез эстрадиола и прогестерона яичниками и снижает их чувствительность к гонадотропной стимуляции. В меньшей степени изучено влияние половых стероидных гормонов на иммунную систему. Так, по данным одних авторов [4, 5], эстрогены подавляют цитотоксическую активность естественных киллеров (NK-клеток). Другие авторы [1, 3] обнаружили стимулирующее действие эстрадиола на рост и активность NK-клеток, а по другим данным [9, 10] прогестерон понижает активность NK-клеток и тормозит синтез интерферонов.

Следовательно, сведения о влиянии половых стероидных гормонов на компоненты иммунной системы, участвующие в процессах пролиферации, недостаточны и противоречивы. Изучение взаимных влияний эндокринной и иммунной систем в патогенезе эн-

дометриоза является важной и актуальной научной задачей и определяет цель настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели была обследована 271 женщина с жалобами на нарушение менструального цикла и/или бесплодие (из них 200 больных с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ); 51 больная с нормогонадотропной недостаточностью яичников без эндометриоза и 20 больных с гипергонадотропной овариальной недостаточностью).

Возраст больных варьировал от 18 до 42 лет и в среднем составил $29,1 \pm 0,4$ года. Жалобы на бесплодие предъявляли 181 (91,0%) женщина, страдающая НГЭ, из них первичное бесплодие имело место у 102 (56,4%); вторичное – у 79 (43,6%) женщин. Длительность первичного бесплодия в среднем составила $6,4 \pm 0,4$ года, вторичного – $4,8 \pm 0,4$ года. У 13 (7,2%) больных в анамнезе было невынашивание беременности, у 49 (27,1%) были искусственные аборты и у 7 (3,9%) – внематочная беременность.

Жалобы на обильные и болезненные менструации предъявляли 62 (31,5%) и 81 (40,7%) больная соответственно. Возраст менархе варьировал от 10 до 13 лет и в среднем составил $13,1 \pm 0,1$ года и достоверно ($p < 0,01$) превышал этот показатель у здоровых женщин ($12,3 \pm 0,2$ года). Хронические воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе имели место у 103 (51,8%) женщин; полостным операциям по поводу гинекологических заболеваний была подвергнута 41 (20,6%) больная, причем резекция яичников была у 23 (11,6%) пациенток. Частые простудные заболевания в анамнезе отмечены у 133 (66,8%) обследованных; заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдали у 20 (10,1%) и аутоиммунные заболевания имели место у 26 (13,1%) больных.

В группу сравнения вошла 51 женщина с нормогонадотропной нормопрولاктинемической недостаточностью яичников без НГЭ, проявляющейся у 21 больной ановуляцией и у 30 – недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Все больные из группы сравнения предъявляли жалобы на бесплодие в течение $5,2 \pm 0,5$ года. Все 20 женщин с первично-овариальной недостаточностью предъявляли жалобы на вторичную аменорею длительностью более 1 года и бесплодие. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом и сохраненной фертильностью.

Наряду с общепринятыми клиническими, гинекологическими, лабораторными (оценка эндокринологического и интерферонового статуса, функциональная активность НК-клеток) и эхографическими методами обследования по показаниям проводилось исследование глазного дна и полей зрения, обзорная рентгенография черепа, прицельная – турецкого седла, а также компьютерная томография гипофиза. Ни у одной больной не было выявлено рентгенологических или офтальмологических признаков объемного процесса гипоталамо-гипофизарной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наружный генитальный эндометриоз у 84,5% больных сочетается с нормогонадотропной недостаточностью яичников, проявляющейся ановуляцией (30,8%) или недостаточностью лютеиновой фазы цикла (69,2%). В крови женщин с ановуляцией и недостаточностью лютеиновой фазы при наружном генитальном эндометриозе определяется более высокое содержа-

ние эстрадиола, чем у больных с овариальной недостаточностью, не связанной с эндометриозом. При этом существует прямая корреляционная зависимость между уровнем эстрадиола в крови и степенью тяжести заболевания, которая отрицательно коррелирует с уровнем прогестерона в крови во вторую фазу менструального цикла.

В периферической крови и перитонеальной жидкости больных наружным генитальным эндометриозом, сочетающимся с овариальной недостаточностью, определяются сниженные показатели цитотоксической активности НК-клеток и интерферонового статуса по сравнению с этими показателями у больных с нормогонадотропной нормопрولاктинемической недостаточностью, не связанной с наружным генитальным эндометриозом. Способность лейкоцитов периферической крови продуцировать различные виды интерферона (альфа, бета и гамма) и цитотоксическая активность НК-клеток у больных с эндометриозом зависит от степени тяжести заболевания и типа гормональной недостаточности яичников. При этом имеет место достоверная положительная корреляция между уровнем прогестерона и активностью НК-клеток в периферической крови и в перитонеальной жидкости и обратная зависимость между уровнем эстрадиола и способностью лейкоцитов к продукции гамма-интерферона. В крови больных с гипергонадотропной недостаточностью яичников определяется повышенная цитотоксическая активность НК-клеток.

Заместительная гормональная терапия половыми стероидными гормонами оказывает влияние на показатели интерферонового статуса и активность НК-клеток у больных с первично-овариальной недостаточностью: эстрогены способствуют снижению токсической активности НК-клеток и продукции лейкоцитами интерферонов, прогестерон стимулирует активность НК-клеток и продукцию лейкоцитами всех видов интерферона.

Восстановление полноценного овуляторного цикла у больных с наружным генитальным эндометриозом после удаления эндометриодных гетеротопий зависит от типа овариальной недостаточности. У 62,2% больных с данной патологией в сочетании с недостаточностью лютеиновой фазы и у 34,6% больных с ановуляцией удаление эндометриодных гетеротопий приводит к восстановлению овуляторной функции яичников.

ВЫВОДЫ

Таким образом, патогенез наружного генитального эндометриоза связан с особенностями стероидогенеза в яичниках и зависит от активности антипролиферативных факторов иммунной системы. Установленные в нашем исследовании связи между уровнем половых стероидных гормонов и антипролиферативными компонентами иммунной системы (интерфероновый статус, индекс цитотоксической активности НЛК-клеток) свидетельствуют о взаимном влиянии эндокринной и иммунной систем. Снижение способности естественных киллеров элиминировать эктопический эндометрий в брюшную полость, вероятно, связано с патологическим влиянием эстрогенов и является важным моментом в развитии наружного генитального эндометриоза. Вместе с тем, наличие в брюшной полости эктопического эндометрия, как хронического антигенного стимулятора, способно приводить к истощению резервных возможностей иммунной системы. Наружный генитальный эндометриоз способен вызывать овариальную недостаточность, влияя как на процесс созревания доминантного фолликула, так и на процесс овуляции.

Передчасна інволюція яєчників при зовнішньому генітальному ендометріозі

В.І. Бойко, О.В. Чирва

Вивчено особливості гормонального і імунного статусу у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом і гормональною недостатністю яєчників. Встановлені нові аспекти патогенезу цієї патології і вдосконалені методи корекції дисгормональних порушень після оперативного лікування. Отримані результати можуть знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: ендометріоз, яєчники, гормональний статус.

The premature involution of ovariums at external genital an endometriosis

V.I. Boyko, O.V. Chirva

Features of the hormonal and immune status at patients with external genital an endometriosis and hormonal insufficiency ovaries are investigated. New aspects pathogenesis the given pathology are established and methods of correction dysgormonal infringements after operative treatment are advanced. The received results can find wide application in practical public health services.

Key words: an endometriosis, ovaries, the hormonal status.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Аншина М.Б. История и эволюция методов лечения бесплодия // Проблемы репродукции. – 2005. – № 1. – С. 9–14.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
5. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 5. – С. 120–121.
6. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2007. – 544 с.
7. Волков Н.И., Беспалова Ж.В., Базанов П.А. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Журн. акуш. и женских болезней. – 2009. – Т. 1, вып. III. – С. 25–27.
8. Гладчук І.З. Ендоскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності // Укр. часопис малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2006. – Т. 3, № 1. – С. 29–31.
9. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз // Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2009. – С. 241–261.
10. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2007. – С. 340–342.
11. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
12. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2008. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
13. Badawy S.Z., Cuenca V., Freliech H. Endometrial antibodies in srum and peritoneal fluid of infertility patients with and without endometriosis // Fertil. Steril. – 2009. – V. 53. – P. 930–932.
14. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008 – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Риск развития тромбогеморрагических осложнений после лапароскопической консервативной миомэктомии

А.А. Волошин

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске тромбогеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопической миомэктомии. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: лапароскопическая миомэктомия, тромбогеморрагические осложнения.

На протяжении последних десятилетий количество выполняемых лапароскопических операций в гинекологической практике неуклонно растет, что связано с преимуществами этих операций: минимальной операционной травмой, благоприятным течением послеоперационного периода, сокращением сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности пациенток, более полным восстановлением функции репродуктивной системы. Наиболее частыми показаниями к лапароскопии являются патологические процессы маточных труб, доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников, генитальный эндометриоз, миома матки, трубная беременность, пороки развития гениталий, трубная стерилизация [1–5].

По данным ряда авторов [1, 2] общее количество осложнений при хирургической лапароскопии составляет от 15 до 30,0% и может превышать частоту осложнений после традиционных вмешательств. При этом активация тромбогенеза и признаки хронического ДВС-синдрома имеют место у 20,6 % больных [3]. У части пациенток тромбогеморрагические осложнения клинически не манифестируют, но могут развиваться после выписки из стационара. Наиболее часто проявляются в виде стойкого посттромботического поражения вен и хронической венозной недостаточности нижних конечностей с развитием посттромбофлебитического синдрома в течение трех лет у 35–69% больных, что существенно снижает их трудоспособность и качество жизни [4, 5].

Истинная частота тромбозоболочечных осложнений после лапароскопических операций остается неуточненной. Не до конца ясны и механизмы развития этих осложнений.

Повышение внутрибрюшного давления при лапароскопии приводит к нарушению сердечной деятельности, снижению артериального кровотока в органах брюшной полости, компрессии нижней полой вены и ограничению возврата из нижних конечностей, расширению венозных сосудов, что в той или иной мере повышает

риск тромбообразования [1–5]. Положение Тренделенбурга еще более усугубляет ситуацию, влияя на перераспределение объемов крови с учетом гравитационных взаимодействий, и снижает скорость венозного оттока от верхних отделов туловища, что также может стать одной из причин тромбоэмболических осложнений [3].

Цель работы – изучить риск развития тромбгеморрагических осложнений после лапароскопической миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной нами цели были обследованы 30 женщин, прооперированных лапароскопическим путем на придатках матки.

Клиническое и лабораторное обследование осуществлялось до операции и через сутки после нее, а также на 3-и и 7-е сутки послеоперационного периода.

Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, гинекологического и акушерского анамнеза, общий осмотр и специальное гинекологическое обследование, бактериоскопию отделяемого цервикального канала, влагалища и уретры, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Анализируя течение лапароскопической операции, учитывали ее продолжительность, показатели артериального давления, пульса, частоту дыхания, температуру тела, вид анестезии, объем интраоперационной кровопотери. В послеоперационном периоде оценивали наличие и частоту тромбгеморрагических осложнений, общую продолжительность пребывания в стационаре и послеоперационный койко-день.

В соответствии с целью у женщин определяли количество, морфологию и агрегатообразование тромбоцитов, показатели гемокоагуляции и фибринолитической систем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для исследования были подобраны женщины в возрасте от 24 до 57 лет. Средний возраст пациенток составил $37,1 \pm 1,2$ года.

Ранее беременными были 76,7%, имели в анамнезе аборт – 53,3%, 2 аборта и более – 33,3 % пациенток. У значительной части женщин акушерско-гинекологический анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами (23,3%).

Длительность основного заболевания была $3,3 \pm 0,4$ года. Размер матки – $6,8 \pm 0,5$ нед, средний размер узлов – $4,0 \pm 0,6$ см.

Частота экстрагенитальных заболеваний составила 80,0%. При этом наиболее часто женщины, страдали хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (хроническим бронхитом, трахеитом), сердечно-сосудистыми заболеваниями (артериальной гипертензией, вегето-сосудистой дистонией, миокардиодистрофией), хроническими заболеваниями печени и желчевыводящих путей (хроническим гепатитом, хроническим калькулезным холециститом), заболеваниями мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, цистит), варикозной болезнью нижних конечностей. Реже отмечалось сочетание с эндокринными заболеваниями (сахарный диабет, гипотиреоз), ожирением, остеопорозом, мастопатией. В период наблюдения и обследования женщин все хронические заболевания находились в состоянии ремиссии.

Среди основных вариантов сопутствующей генитальной патологии чаще других заболеваний встречались сальпингоофорит (86,7%), эндометриоз (46,7%), поликистоз яичников (43,3%), кисты и кистомы яичников (36,7%), вторичное бесплодие (30,0%), эрозия шейки матки (23,3%), реже – гидросальпингс (10%), нарушения менструальной функции (6,7%) и первичное бесплодие (3,3%).

Все пациентки, поступившие в стационар, были оперированы в плановом порядке. Наиболее часто показаниями для выполнения консервативной миомэктомии были сочетание с другими патологическими состояниями половых органов (63,3%), реже – гиперменструальный синдром (6,7%) и быстрый рост опухоли (3,3%).

У значительной части обследованных женщин лапароскопическая операция не ограничивалась консервативной миомэктомией и включала в себя электрокоагуляцию яичников (36,7%), адгезиолизис (33,3%), вылушивание кисты яичников (26,7%), электрокаутеризацию яичников (23,3%), резекцию яичников (23,3%), сальпингоэктомию (20,0%). Реже выполнялись стерилизация (16,7%), хромогидротубация (16,7%), резекция и коагуляция эндометриоидных очагов (13,3%).

Клиническое течение послеоперационного периода осложнилось в двух наблюдениях (6,7%) развитием тромбофлебита мышечных вен правой голени.

При оценке основных показателей гемостаза нами установлено, что в предоперационный период отмечается достоверно значимое по сравнению со здоровыми женщинами увеличение показателей активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ) – на 13,8%, тромбопластинного времени (ТВ) – на 31,4%, протромбинового отношения (ПО) – на 50,0%, международного нормализованного отношения (МНО) – на 50,0%, снижение уровня антитромбина III (АТ-III) на 15,5% и индекса резерва плазминогена (ИРП) – на 21,2%.

У женщин, перенесших консервативную миомэктомию, в первые сутки после операции отмечалось статистически значимое увеличение показателей активированного времени рекальцификации (АВР) – на 16,1%, фибриногена (ФГ) – на 28,6%, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) – на 76,3%, продуктов деградации фибрина (ПДФ) – на 13,87%, а также снижение уровня АТ-III – на 16,9% и ИРП – на 20,5%.

Достоверные различия уровня ФГ по сравнению с предоперационными данными сохранялись до 3–4-х суток после операции, АВР, АТ-III, РФМК, ПДФ, ИРП – до 7-и суток послеоперационного периода. Значения АЧТВ, ТВ, ПО, МНО статистически значимо не отличались от дооперационных данных, но вместе с тем на 7-е сутки после операции оставались достоверно более высокими по сравнению со здоровыми женщинами.

При оценке тромбоцитарного звена гемостаза следует отметить, что в предоперационный период определялись статистически значимые различия показателей тромбоцитарного гемостаза по сравнению со здоровыми женщинами детородного возраста. При этом отмечалось увеличение количества тромбоцитов на 51,5%, сфероцитов (С) – на 30,0%, сфероэритроцитов (СЭ) – на 15,9%, число малых агрегатов (ЧМА) – на 59,7%, число больших агрегатов (ЧБА) – в 7,3 раза, число агрегатов (ЧА) – на 90,8%, тромбоцитарного фактора 3 (P₃) на 30,79% и уменьшение дискоэритроцитов (ДЭ) – на 9,3%.

В первые сутки после операции отмечалось достоверное увеличение количества ДЭ – на 26,9%, СЭ – на 24,8%, ЧАО – на 12,9%, ЧМА – на 78,8%, ЧА – на 60,8%, P₃ – на 46,4% и уменьшение дискоцитов (Д) – на 15,2%.

Статистически значимые различия показателей Д, СЭ, ЧАО, ЧМА, ЧА, Р₃ по сравнению с предоперационными данными сохранялись до 3–4-х суток после операции, ДЭ – до 5–7-и суток послеоперационного периода. С 1-го дня по 7-е сутки после операции происходило статистически значимое снижение показателей С, СЭ, ЧАО, ЧМА, ЧБА и ЧА и повышение количества Д. Вместе с тем, на 5–7-е сутки после операции показатели СЭ, ЧМА, ЧБА и ЧА оставались достоверно более высокими, чем у здоровых женщин.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске тромбогеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопической консервативной миомэктомии. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ризик розвитку тромбогеморагічних ускладнень після лапароскопічної консервативної міомектомії

А.А. Волошин

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик тромбогеморагічних ускладнень у пацієнток після лапароскопічної міомектомії. Це диктує необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: лапароскопічна міомектомія, тромбогеморагічні ускладнення.

Risk of trombohemorrhagic complications after laparoscopic conservative miomectomy

A.A. Voloshin

Results of the spent researches testify to high risk trombohemorrhagic complications at patients after laparoscopic miomectomy. It dictates necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: laparoscopic miomectomy, trombohemorrhagic complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азиев О.В. Серьезные осложнения лапароскопии // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней. – М., 2007. – С. 157–160.
2. Александров В.С. Сочетанные операции в гинекологической практике / В.С. Александров, А.М. Ищенко, Н.В. Ведерникова и др. // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней. – М., 2008. – С. 462–464.
3. Баркаган З.С. Основы диагностики нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. – М.: Ньюдиамед-АО. – 2009. – 224 с.
4. Бронштейн А.С. Лапароскопическая хирургия. Состояние проблемы и собственный опыт / А.С. Бронштейн, О.Э. Луцевич, В.Л. Ривкин // Межд. мед. журн. – 2008. – № 3. – С. 203–206.
5. Горин В.С. Гиперкоагуляция как одно из осложнений лапароскопических операций в гинекологии / В.С. Горин, Т.Г. Кондранина, Ю.А. Чурляев // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней. – М., 2007. – С. 376–378.

Влияние функциональной гиперпролактинемии на развитие ановуляции и бесплодия

О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема функциональной гиперпролактинемии и ее влияние на развитие ановуляции и женского бесплодия является достаточно актуальной на современном этапе. Это диктует необходимость ее дальнейшего изучения для разработки наиболее оптимальных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: функциональная гиперпролактинемия, ановуляция, бесплодие.

Частота бесплодного брака по данным современной литературы составляет от 10 до 20% [1–3]. При этом в структуре женского бесплодия эндокринные факторы занимают второе место, причем, наиболее частой патологией является гиперпролактинемия, достигающая 40% [1]. В 50–60% случаев причинами стойкого повышения секреции пролактина и нарушения репродуктивной функции являются пролактинсекретирующие опухоли гипофиза (микро- и макропролактиномы), а так называемая функциональная гиперпролактинемия выявляется у 30% пациентов [2, 3]. Несмотря на значительно число научных сообщений по проблеме бесплодного брака нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь это касается развития ановуляции и женского бесплодия на фоне функциональной гиперпролактинемии, что и определяет актуальность выбранного научного направления.

Целью данной научной работы является изучение наиболее актуальных аспектов ановуляции и женского бесплодия у пациенток с функциональной гиперпролактинемией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 100 пациенток репродуктивного возраста, обратившихся по поводу бесплодия и гиперпролактинемии. Контрольную группу составили 30 женщин аналогичной возрастной группы без соматической и гинекологической заболеваемости.

В комплекс проведенных исследований были включены общеклинические, эндокринологические, эхографические, рентгенологические, морфологические и статистические методы исследования.

Диагноз функциональной гиперпролактинемии ставили на основании двукратного определения повышенного уровня пролактина в плазме крови (от 550 до

2500 мМЕ/л) и после исключения органической патологии гипофиза по данным краниограммы и компьютерной томографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ фоновой заболеваемости не выявил непосредственного влияния различных перенесенных заболеваний на нарушение менструальной и репродуктивной функции при функциональной гиперпролактинемии. Наследственная предрасположенность к нарушению менструальной функции, нейроэндокринным заболеваниям и бесплодию выявлены лишь у 8,0% женщин. Регулярный менструальный цикл и своевременное менархе отмечены у 66,0% больных, а нарушения менструального цикла по типу олигоменореи – соответственно у 34,0%.

Изучение причин, предшествовавших нарушению менструально-репродуктивной функции, позволило отметить, что при первичном бесплодии таковыми являются стрессовые ситуации (72,0%), а при вторичном – аборт (70,0%) и патологические роды (30,0%). Независимо от характера менструальной функции первичное бесплодие (71,0%) встречалось почти вдвое чаще, чем вторичное (29,0%).

При клиническом обследовании отмечено, что показатели массо-ростовых параметров у 91,0% пациенток не отличались от общепопуляционных, а наиболее характерным признаком данной группы больных являлась галакторея (78,0%), причем, частота ее не коррелировала ни с характером нарушений менструального цикла, ни со степенью гиперпролактинемии. Патология молочных желез при маммографическом обследовании диагностирована у 67,0% пациенток с функциональной гиперпролактинемией. Гиперпластические процессы выявлены у 64,0% больных, что практически вдвое превышает аналогичные показатели в популяции.

Ановуляция имела место у 100,0% обследованных. Анализ данных, характеризующих особенности андрогенного статуса у пациенток с функциональной гиперпролактинемией свидетельствовал об отсутствии коррелятивной зависимости между степенью повышения уровня пролактина, видом гиперпролактинемии и характером секреции андрогенов, что, вероятно, позволяет предположить независимое существование двух видов эндокринной патологии: гиперандрогении и гиперпролактинемии.

При клинико-лабораторном обследовании щитовидной железы у всех пациенток с функциональной гиперпролактинемией нарушение ее функции было исключено. Анализ показателей секреции тиреоидных гормонов, как в целом по группе, так и в зависимости от характера гиперпролактинемии, не выявил достоверных различий по сравнению с контрольной группой.

Для оценки функционального состояния лактотрофов проводилось изучение суточного ритма секреции пролактина, а также особенностей ответной реакции на функциональные фармакологические нагрузки. Полученные результаты позволили исключить органическое поражение лактотрофов у всех обследованных больных, как при транзиторной, так и при устойчивой гиперпролактинемии. Изучение циркадного ритма пролактина показало, что у 81,0% пациенток с транзиторной и у 50,0% с устойчивой гиперпролактинемией концентрация пролактина в фазу наиболее глубокого засыпания возрастала более чем в 2 раза по сравнению с исходным уровнем, что было охарактеризовано как положительный циркадный ритм.

У 18,0% пациенток с транзиторной и у каждой второй больной с устойчивой гиперпролактинемией отмечено недостоверное возрастание ночной концентрации гормона, по сравнению с исходным уровнем, что позволило охарактеризовать этот тип суточного ритма как слабopоложительный. Нам не удалось выявить коррелятивную зависимость между исходным уровнем пролактина, характером циркадного ритма секреции гормона и особенностями менструального цикла, несмотря на преобладание слабopоложительного ритма пролактина в группе больных с устойчивой гиперпролактинемией.

Ведущими факторами бесплодия пациенток с гиперпролактинемией являлись: наружный генитальный эндометриоз (55,0%); хронические воспалительные заболевания гениталий (27,0%); лейомиома матки (12,0%) и кисты яичников (6,0%).

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, проблема функциональной гиперпролактинемии является достаточно актуальной на современном этапе. Это диктует необходимость ее дальнейшего изучения для разработки наиболее оптимальных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Вплив функціональної гіперпролактинемії на розвиток ановуляції і безпліддя

О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема функціональної гіперпролактинемії і її вплив на розвиток ановуляції і жіночого безпліддя є досить актуальною на сучасному етапі. Це диктує необхідність її подальшого вивчення для розробки найбільш оптимальних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: функціональна гіперпролактинемія, ановуляція, безпліддя.

Influence functional hyperprolactinemia on development anovulation and barrenesses

O.V. Gorbunova, N.A. Marjančik

Results of the spent researches testify, the problem functional hyperprolactinemia and its influence on development anovulation and female barreness is enough actual at the present stage. It dictates necessity of its further studying for working out of the optimal diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: functional hyperprolactinemia, anovulation, barreness.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гатаулина Р.Г., Корнеева И.Е. Восстановление менструально-репродуктивной функции под действием различных агонистов допамина // Новое в акушерстве и перинатологии: сб. науч. тр. – Кишинев. – 2009. – С. 6–8.
2. Корнеева И.Е., Овсянникова Т.В., Пшеничникова Т.Я. Клинико-диагностические параметры и отдаленные результаты лечения бесплодия при гиперпролактинемии // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 10. – С. 46–50.
3. Овсянникова Т.В., Ухолова Л.А., Осенин А.А. Эндокринное бесплодие и здоровье потомства // Бесплодный брак: сб. науч. тр. – М., 2008. – С. 147–153.

Актуальные аспекты психовегетативных расстройств у больных с климактерическим синдромом

О.В. Горбунова, О.Г. Саченко

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для климактерического синдрома характерен высокий уровень психовегетативных расстройств, что диктует необходимость сочетанного использования заместительной гормональной терапии и антидепрессантов.

Ключевые слова: климактерический синдром, психовегетативные расстройства, коррекция.

Климактерический период и сопряженные с ним проблемы относятся к пограничным состояниям клинической медицины, в связи с чем женщины в постменопаузе нуждаются в комплексном обследовании и наблюдении врачами ряда смежных специальностей. Вместе с тем основная ответственность в постановке диагноза и выборе метода лечебного воздействия ложится на гинеколога, учитывая определяющую роль эстрогенного дефицита в патофизиологии множества изменений, характерных для климактерического периода [1–3].

Сложная биологическая трансформация женского организма на фоне возрастного снижения и последовательного выключения функций яичников, включает перестройку центральной вегетативной нервной системы, протекающей особенно сложно, поскольку система в течение 30–35 лет функционировала в определенной степени с учетом циклических выделений половых гормонов. Нарушение эндокринно-вегетативного равновесия изменяет секрецию активных биологических веществ и нейротрансмиттеров (катехоламинов, серотонина, ацетилхолина и др.), тесно взаимодействующих с вегетативными системами, и может способствовать возникновению вегетативных нарушений генерализованного характера [1–3].

Наряду с биологической перестройкой происходит существенная психологическая и социальная адаптация. Учитывая это, считается [1–3], что в основе вегетативных нарушений лежат не только эндокринные, но и психологические факторы. Известно, что вегетативные проявления климактерического синдрома (КС) носят как перманентный, так и пароксизмальный характер, однако предлагаемые методы коррекции психовегетативных расстройств до конца не разработаны. Это и обуславливает актуальность выбранной научной задачи.

Целью исследования является изучение клинических особенностей и структуры психовегетативных расстройств в климактерии и представить сравнительную оценку эффективности гормональной, негормональной и сочетанной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 90 пациенток с КС и психовегетативными нарушениями, которые получали три варианта терапии:

- гомеопатический (климактоплан);
- заместительная гормональная терапия (ЗГТ) (ливиал);
- сочетание ЗГТ и антидепрессантов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что психовегетативные расстройства наиболее ярко выражены в постменопаузальном периоде (от 1 до 5 лет) и представлены вегетативно-сосудистыми нарушениями (83,3%); болевыми синдромами (93,3%); мотивационными (86,7%) и эмоционально-аффективными расстройствами (73,3%). При этом в раннем постменопаузальном периоде (от 1 до 5 лет) преобладали симптомы, характерные для синдрома вегетативной дистонии (83,3%); гипервентиляционные расстройства (100%); болевые синдромы (93,3%), включая головную боль с преобладанием мигренозной (40,0%), сосудистой и сочетанной головной боли (36,7%), а также нарушения сна, частые сонные апноэ (13,3%) и храп (70,0%). В этом же периоде имелись тревожно-депрессивные расстройства. В позднем постменопаузальном периоде (от 5 до 10 лет) достоверно преобладали нарушения сна (86,7%), косвенные признаки сонных апноэ: дневная сонливость и частые пробуждения от чувства нехватки воздуха (46,7%), головная боль напряжения (26,7%), умеренная и сильная степень депрессии и личностная тревога (76,7%). Весьма показательным является и тот факт, что степень выраженности психовегетативных расстройств зависела как от периода климактерия, так и от наличия в анамнезе гинекологических заболеваний и перенесенных гинекологических операций.

При сравнительной оценке эффективности различных методик коррекции нами установлено, что гомеопатическая терапия уменьшает вегетативные расстройства и головную боль, улучшает сон и не оказывает влияния на эмоционально-аффективный синдром. Заместительная гормональная терапия достоверно уменьшает вегетативные проявления, переносимость болевых ощущений, уменьшает степень и частоту сосудистой головной боли, уменьшает эмоционально-аффективные расстройства и улучшает показатели качества жизни. Терапия антидепрессантами без гомеопатической и заместительной гормональной терапии влияет преимущественно на эмоционально-аффективную сферу путем уменьшения депрессивных и тревожных проявлений, что способствует улучшению сна, уменьшению интенсивности и восприятия болевых ощущений и приводит к повышению качества жизни.

Сочетанная гормональная и психотропная терапия положительно воздействовала практически на все изучаемые показатели вегетативной, мотивационной и эмоционально-аффективной сфер. С высокой степенью достоверности уменьшаются болевые ощущения и мигренозные атаки, частота косвенных признаков сонных апноэ и повышается уровень качества жизни. Положительные сдвиги происходят на фоне повышения уровней свободных фракций половых гормонов, что свидетельствует о наибольшей патогенетической обоснованности данного вида терапии.

Нами показано, що якщо цефалгія являється ведучою в клінічній картині психовегетативного синдрому у жінок в клімактерії, необхідно застосовувати диференційований підхід до лікування останнього, а саме: при наявності головної болі напруження переважніше гомеопатична терапія і терапія антидепресантами, судинна головна біль, крім судинорозширюючих і гіпотензивних засобів, цілеспрямовано купірувати призначенням замісної гормональної терапії, а при мігренній головній болі – рекомендувати або комбіновану замісну гормональну терапію з психотропною, або психотропну монотерапію при наявності протипоказань до замісної гормональної терапії.

ВЫВОДЫ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, для клімактерического синдрому характерен високий рівень психовегетативних розладів, що диктує необхідність комбінованого використання замісної гормональної терапії і антидепресантів.

Актуальні аспекти психовегетативних розладів у хворих клімактеричним синдромом О.В. Горбунова, О.Г. Саченко

Результати проведених досліджень свідчать, що для клімактеричного синдрому характерний високий рівень психовегетативних розладів, що диктує необхідність комплексного використання замісної гормональної терапії і антидепресантів.

Ключові слова: клімактеричний синдром, психовегетативні розлади, корекція.

Actual aspects of psycho-vegetative frustration at patients with a climacteric syndrome O.V. Gorbunova, O.G. Sahenko

Results of the lead researches testify, that for a climacteric syndrome the high level of psycho-vegetative frustration that dictates necessity complex uses of replaceable hormonal therapy and energizers is characteristic.

Key words: a climacteric syndrome, psycho-vegetative frustration, correction.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2001. – № 1. – С. 5–8.
2. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблеми клімаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 6. – С. 72–76.
3. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пери- і постменопаузальних порушень у жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 2. – С. 94–98.

Урогенітальні розлади в клімактеричному періоді

І. Т. Кишакевич

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Результати нашої роботи свідчать, що ступінь виразності клімактеричних порушень у жінок з урогенітальними розладами має свої специфічні особливості. У першу чергу, вони полягають у переваженні сумарної частоти основних клімактеричних порушень, а також в істотних розбіжностях із боку рівня вегетативних порушень. Це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив урогенітальних розладів на клінічний перебіг клімактеричного синдрому.

Ключові слова: урогенітальні розлади, клімактеричний період.

У зв'язку зі збільшенням тривалості життя в сучасному суспільстві зріс інтерес до проблем здоров'я жінок старшої вікової групи. Встановлено, що універсальними «маркерами» естрогенного дефіциту, що розвивається в клімактерії, є не тільки вазомоторні порушення й емоційно-психічний дискомфорт, характерні для перименопаузи, але й атрофічні зміни в урогенітальному тракті: атрофічний вагініт, цистоуретрит, порушення контролю сечовипускання [1, 3].

В останні роки проблеми урогенітальної атрофії приділяється велика увага, що обумовлено крайй вираженим негативним впливом урогенітальних розладів на якість життя жінок у клімактерії й очікуваному збільшенні в найближчі роки популяції жінок, що страждають ними [1–4].

Незважаючи на той факт, що багато наукових колективів нашої країни і за рубежом працюють у даному науковому напрямку, не можна вважати всі питання цілком вирішеними. На нашу думку це стосується можливості корекції урогенітальних і клімактеричних порушень з використанням сучасної медикаментозної корекції.

Все вищевикладене з'явилося досить переконливою підставою для проведення дійсного наукового дослідження.

Метою роботи стало вивчення клінічних особливостей урогенітальних і клімактеричних порушень, а також їхній взаємозв'язок між собою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань нами було обстежено 150 жінок, яких було розподілено на дві групи: I група – 50 жінок з урогенітальними і клімактеричними розладами та контрольна група – 50 жінок такого ж віку без урогенітальних розладів при патологічному клімактеричному синдромі. Усі жінки I групи пред'являли специфічні скарги: сухість, сверблячка в піхві, диспареунія, рецидивуючі вагінальні виділення, часті, хворобливі сечовипускання в денний і нічний час, нетримання сечі при напрузі, неутримання сечі.

До комплексу клінічного обстеження були включені такі моменти: вивчення особливостей анамнезу, тривалість захворювання, наявність супутньої соматичної захворюваності; оцінка менопаузального індексу; загальний огляд: визначення індексу маси тіла, індексу обсягу талія/стегна, ступеня оволосіння, оцінка сухості шкіри і слизуватих та об'єктивне гінекологічне обстеження: оцінка сухості слизуватої оболонки піхви, ступеня диспауренії, огляд у дзеркалах і бімануальне дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані свідчать, що середній вік жінок контрольної й основної груп склав більш 48 років, причому без достовірних відмінностей по групах ($p > 0,05$). Основні особливості фонові генітальної патології свідчать, що в контрольній групі в поодинокому випадку (2,0%) мала місце патологія шийки матки, а в 16,0% – хронічний сальпінгофорит. У порівнянні з цим, в основній групі частота фонові гінекологічної захворюваності була набагато вище. Так, частіше інших зустрічалися хронічний сальпінгофорит (36,0%); цисто- і ректоцеле (28,0%); патологічні зміни шийки матки (26,0%) і міома матки (24,0%). З перенесених гінекологічних операцій були зроблені гістеректомія з придатками (24,0%); пластичні операції на піхві: піхвова гістеректомія, передня і задня кольпоррафія (22,0%); субтотальна гістеректомія без придатків (14,0%) і одностороння оваріоектомія (10,0%). Отримані дані наочно свідчать про перевагу поєднання урогенітальних і клімактеричних порушень у жінок з високою частотою початкової гінекологічної захворюваності, при тому, що в контрольній групі, де вони практично були відсутні, клімактеричні порушення мали місце без урогенітальних розладів.

Серед основних варіантів соматичної захворюваності можна виділити, у першу чергу, відсутність істотних розбіжностей між контрольною й основною групами, що дозволяє виключити специфічний вплив різної частоти екстрагенітальної патології на появу нейроендокринної й урогенітальної симптоматики. Тільки при одному варіанті нами встановлені істотні розбіжності: захворювання нирок (контрольна група – 14,0%; I – 32,0%), що підтверджує несприятливий вплив хронічної ниркової патології на розвиток урогенітальних розладів у клімактеричному періоді. Середня кількість соматичних захворювань на одну жінку у всіх групах коливалася в межах одиниці, а серед інших нозологічних варіантів можна відзначити наявність захворювань шлунково-кишкового тракту (контрольна група – 22,0%; I – 20,0%); нейроциркуляторної астенії (контрольна група – 20,0%; I – 22,0%) і тиреоїдної патології (контрольна група – 16,0%; I – 18,0%).

Отже, як показали основні результати клінічної характеристики обстежених жінок, необхідність виділення пацієнток з поєднанням клімактеричних і урогенітальних розладів у самостійну наукову задачу обумовлена рядом факторів: середній вік (близько 50 років); високий рівень супутньої гінекологічної і соматичної захворюваності, а також труднощі при розробці ефективних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Ці дані ще раз підтверджують актуальність обраного наукового напрямку.

Основною метою наших досліджень стало вивчення основних порівняльних моментів клінічного перебігу клімактеричного синдрому в жінок без і з уро-

генітальними розладами. У цьому аспекті, у першу чергу, була проведена оцінка частоти основних проявів клімактеричного синдрому по індексу Куппермана. Відповідно до отриманих результатів достовірні розбіжності між групами мали місце з боку всіх параметрів: приливи жару (контрольна група – $2,2 \pm 0,1$ і I – $6,3 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$); пітливість (контрольна група – $2,1 \pm 0,2$ і I – $3,5 \pm 0,3$ бала; $p < 0,05$); парестезії (контрольна група – $1,0 \pm 0,1$ і I – $2,4 \pm 0,2$ бала; $p < 0,01$); порушення сну (контрольна група – $1,4 \pm 0,1$ і I – $3,1 \pm 0,2$ бала; $p < 0,01$); дратівливість (контрольна група – $1,5 \pm 0,1$ і I – $3,0 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); депресивний настрій (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$ і I – $2,8 \pm 0,2$ бала; $p < 0,01$); порушення уваги (контрольна група – $1,4 \pm 0,1$ і I – $3,1 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$); слабкість (контрольна група – $1,0 \pm 0,1$ і I – $2,6 \pm 0,2$ бала; $p < 0,01$); болі в суглобах і кістках (контрольна група – $1,4 \pm 0,1$ і I – $3,6 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$) і серцебиття (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$ і I – $2,3 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$). На нашу думку перераховані вище розбіжності пов'язані з негативним впливом урогенітальних розладів на основні клінічні прояви клімактеричного синдрому.

Перераховані вище особливості істотно вплинули на розподіл ступеня тяжкості клімактеричного синдрому в динаміці післяопераційного періоду. Так, якщо в контрольній групі переважав легкий ступінь клімактеричного синдрому (52,0%), то в основній групі – тяжкі форми (44,0%). Рівень клімактеричних порушень середнього ступеня тяжкості знаходився у всіх групах в однакових межах (контрольна – 30,0% і I – 26,0%). Основні розбіжності були обумовлені такими симптомами: приливи жару, пітливість, порушення сну, депресивний настрій і слабкість, що докладно було викладено вище.

Отримані результати стали підставою для більш поглибленого вивчення частоти вегетативних порушень. Як свідчать отримані дані достовірні відмінності відсутні з боку таких показників, як коливання артеріального тиску; сіркопальні стани; приступи запаморочення та утруднений подих. Всі інші параметри мали достовірні розбіжності: зміни кольору шкірних покривів при хвилюванні (контрольна група – $1,5 \pm 0,1$ і I – $2,4 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); швидка втомленість (контрольна група – $2,4 \pm 0,2$ і I – $3,7 \pm 0,3$ бала; $p < 0,05$); емоційна нестійкість (контрольна група – $1,6 \pm 0,1$ і I – $3,8 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$); порушення сну (контрольна група – $2,0 \pm 0,2$ і I – $4,6 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$); зміни апетиту (контрольна група – $2,0 \pm 0,2$ і I – $3,2 \pm 0,3$ бала; $p < 0,05$); зміни самопочуття при зміні погоди (контрольна група – $1,6 \pm 0,1$ і I – $2,5 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); зміна кольору кистей та ступенів (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$ і I – $2,0 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); підвищення температури тіла без запальних захворювань (контрольна група – $1,0 \pm 0,1$ і I – $3,2 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$); головний біль (контрольна група – $2,0 \pm 0,2$ і I – $3,1 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); хворобливі спазми в пальцях рук, ніг та литкових м'язах (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$ і I – $2,1 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); приступи панічного страху і відчуття внутрішнього тремтіння (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$ і I – $2,1 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$); порушення функції шлунково-кишкового тракту (контрольна група – $2,0 \pm 0,2$ і I – $3,1 \pm 0,3$ бала; $p < 0,05$) та алергічні реакції (контрольна група – $1,1 \pm 0,1$ і I – $2,6 \pm 0,3$ бала; $p < 0,01$). Установлені розбіжності підтверджують необхідність виділення пацієнток із поєднанням клімактеричних і урогенітальних розладів в окрему групу для рішення самостійної наукової задачі, актуальність якої не викликає сумнівів.

Крім перерахованих вище клінічних моментів ми вважали доцільним більш докладно зупинитися на основних проявах урогенітальних розладів. При цьому, як свідчать отримані дані в основній групі частіше інших мали місце урогенітальні

розлади середнього ступеня тяжкості (48,0%) у порівнянні з легкими (28,0%) і тяжкими (24,0%) формами. Серед основних симптомів нетримання сечі (відповідно до тижневого щоденника сечовипускання) можна виділити перевагу поллакіурії (72,0%); атрофічного вагініту (62,0%) і цистальгії (52,0%) у порівнянні з диспареунією (32,0%) і ніктурією (30,0%).

Досить показовою є і частота стандартних тестів нетримання сечі: кількість епізодів нетримання сечі за тиждень ($20,4 \pm 1,3$ бала); кількість прокладок за тиждень ($13,3 \pm 1,3$ бала) і кількісний годинний прокладочний тест ($10,1 \pm 1,1$ бала).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати нашої роботи, ступінь виразності клімактеричних порушень у жінок з урогенітальними розладами має свої специфічні особливості. У першу чергу, вони полягають у переваженні сумарної частоти основних клімактеричних порушень, а також в істотних розбіжностях із боку рівня вегетативних порушень. Це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив урогенітальних розладів на клінічний перебіг клімактеричного синдрому і виділити цих жінок у самостійну групу для рішення актуальної задачі сучасної гінекології.

Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде

И. Т. Кишакевич

Результаты нашей работы свидетельствуют, что степень выраженности климактерических нарушений у женщин с урогенитальными расстройствами имеют свои специфические особенности. В первую очередь, они заключаются в преимущественном преобладании суммарной частоты климактерических нарушений, а также существенных расхождений со стороны вегетативных расстройств. Это позволяет сделать вывод о неблагоприятном влиянии урогенитальных расстройств на клиническое течение климактерического синдрома.

Ключевые слова: *урогенитальные расстройства, климактерический период.*

Urogenital frustration in the climacteric period

I. T. Kishakevich

Results of ours работи testify, that at women with urogenital frustration the specific features have degree of expressiveness of climacteric infringements. First of all, they consist in primary prevalence of total frequency of climacteric infringements, and also essential divergences from vegetative frustration. It allows to draw a conclusion on adverse influence urogenital frustration on a clinical current of a climacteric syndrome.

Key words: *urogenital frustration, the climacteric period.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Рыженко О.С. Коррекция урогенитальных расстройств при климактерическом синдроме // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 3. – С. 41–43.
2. Венцківський Б.М., Нізова Н.М., Татарчук Т.Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 1. – С. 49–57.
3. Вихляева Е.М. Климактерический синдром / Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляевой: Мед. информ. агентство, 2007. – С. 603–649.
4. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. – М., 2009. – 685 с.

Вплив реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки на стан репродуктивної функції жінок

М.Л. Кузьоменська

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
м. Київ

Аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

Ключові слова: лейоміома матки, хірургічне лікування, репродуктивний прогноз.

Не дивлячись на те, що вивченню лейоміоми матки присвячено безліч наукових робіт, ця проблема дотепер залишається недостатньо вирішеною. Міома матки відноситься до доброякісної пухлини статеві системи жінки, що найчастіше зустрічається, а її частота в структурі гінекологічної захворюваності складає від 20 до 44%, причому в 13–27% спостерігається в репродуктивному віці [1–3].

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинної і вторинної неплідності досить часто має місце у пацієнок з лейоміомою матки, досягаючи 60–70% [4–7]. Ця проблема набуває все більшу актуальність у зв'язку з омолодженням хворих на лейоміому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення цієї доброякісної пухлини жіночої статеві системи. Згідно з даними літератури [1–7], у жінок з неплідністю в 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте, питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [1–7].

У разі виключення всіх інших причин порушення репродуктивної функції постає питання про проведення органозберігаючих операцій, а саме міомектомії, але в кожному конкретному випадку перш за все доводиться вирішувати ряд питань про доцільність консервативно-пластичної або радикальної операції з урахуванням можливості відновлення функції ураженого органу, про операційний ризик при тому або іншому способі і про віддалені результати проведеного хірургічного лікування.

Не дивлячись на широке упровадження сучасних ендоскопічних технологій, значущість абдомінальних реконструктивно-пластичних операцій не втратила своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку, охочих зберегти репродуктивну функцію і страждаючих неплідністю або невиношуванням вагітності при лейоміомі матки великих і гігантських розмірів, атиповому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження. Виходячи з вищесказаного, слід зазначити, що аб-

домінальна міомектомія при поодиноких і множинних вузлах лейоміоми матки великих і гігантських розмірів залишається актуальною і дискусійною темою. У зв'язку з цим, очевидна необхідність вдосконалення хірургічної техніки реконструктивно-пластичних операцій на матці зовні і під час вагітності, а також періопераційного ведення хворих з даною патологією, що сприятиме зниженню відсотка рецидивів пухлини і збільшенню числа жінок, які реалізували в недалекому майбутньому свої репродуктивні плани після міомектомії.

Все викладене вище є переконливою підставою для проведення нашого наукового дослідження.

Мета дослідження – знизити частоту порушень репродуктивної функції жінок з лейоміомою матки шляхом оптимізації тактики ведення, вдосконалення міомектомії під час і поза вагітності, визначення репродуктивного прогнозу при поєднанні лейоміоми матки з іншими чинниками ризику порушення репродуктивної функції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням знаходилося 150 пацієнток репродуктивного віку від 19 до 45 років, яким було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітності, простежені найближчі та віддалені результати.

Всіх жінок було розподілено на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшло 50 пацієнток, які звернулись з клінікою загрози переривання вагітності при наявності лейоміоми матки.

Критеріями відбору для дослідження жінок із вагітністю та лейоміомою матки було: бажання жінки мати дітей; вузли лейоміоми, що перешкоджають виношуванню вагітності чи представляють небезпеку для здоров'я пацієнтки: великі, гігантські, атипово розташовані вузли, швидко їх збільшення під час вагітності, ознаки деструкції вузла, підтвержені даними УЗД. Практично у всіх випадках були симптоми загрози переривання вагітності. Пацієнток з дрібними вузлами, що перешкоджають виношуванню вагітності, в дослідження не включали. Відбір пацієнток проводили амбулаторно в науково-консультативному відділенні, призначали обстеження, необхідне для госпіталізації, в тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). При відсутності показань для екстреної госпіталізації призначали терапію, спрямовану на збереження вагітності та лікування виявлених інфекційних процесів, а потім планово госпіталізували їх на 14–15 тиж вагітності для підготовки до операції. При наявності великих, гігантських вузлів й кров'янистих виділень із статевих шляхів, що свідчить про переривання вагітності, що розпочалось, госпіталізували екстрено до гінекологічного відділення.

З 50 пацієнток 40 госпіталізовано в плановому порядку в терміні вагітності 14–19 тиж, 16 – екстрено в терміні вагітності 7–12 тиж.

Другу (II) клінічну групу складала 100 жінок з лейоміомою матки. Критеріями відбору було: великі й атипово розташовані вузли, неплідність або невиношування вагітності, бажання відновити репродуктивну функцію. Відділені результати простежено від 1 до 5 років.

Клінічні й лабораторні методи дослідження включали загальне стандартне обстеження хворих з використанням клінічних, біохімічних, мікробіологічних, гемо-

стазіологічних, функціональних та морфологічних методів, проводились дослідження, спрямовані на виявлення ППСШ (ПЛР), а також інструментальні (ультразвукові, ендоскопічні) методи дослідження.

Статистичне оброблення матеріалу проводили на персональному комп'ютері. В роботі використані стандартні методи статистичного аналізу. Достовірність відмінностей між групами щодо вивчених параметрів оцінювалась за допомогою непараметричних критеріїв статистики (Уїлксона–Манна–Уїтні) та t-критерія Ст'юдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що міомектомія під час вагітності, так і без неї є доцільною операцією, яка суттєво поліпшує репродуктивний прогноз хворих лейоміомою матки, і при дотриманні умов для виконання операції та відпрацьованої хірургічної тактики не шкодить здоров'ю пацієнток.

Показаннями до планової міомектомії під час вагітності є: атипове розташування вузлів (шиїчне, перешійчне, інтралігаментарне), що призводить до порушення функції тазових органів; великі та гігантські розміри вузлів; некроз вузла, підтверджений УЗД; неможливість переривання вагітності; деформація порожнини матки великим інтерстиціальним вузлом; розташування вузла на плаценті.

Плануванню вагітності при лейоміомі матки повинна передувати міомектомія, оскільки в 68,8% випадків при вагітності відмічалось швидке зростання вузлів, а у кожної п'ятої пацієнтки виявляється прогестеронзалежна пухлина (співвідношення рівня експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу 6,0 і вище).

Міомектомія дозволяє поліпшити репродуктивний прогноз у 70% жінок з міомою матки у перші 3 роки після операції, але не запобігає прогресуванню захворювання надалі, про що свідчить багаторазове підвищення експресії колагену IV типу в стінках судин міометрія з утворенням міоматозних проліфератів.

Несприятливими критеріями репродуктивного прогнозу є поєднання міоми матки з зовнішньо-внутрішнім ендометріозом, запальні захворювання органів малого тазу, тривалість неплідності більше 5 років, вік понад 30 років. В даних випадках доцільно використання допоміжних репродуктивних технологій впродовж 1 року після міомектомії.

Виконання міомектомії на фоні медикаментозної аменореї або післяопераційна аменорея, викликана 3–4 ін'єкціями а-ГнРГ, дозволяє отримати вагітність у 68,7% пацієнток з репродуктивними проблемами.

Отримані нами результати дозволяють пропонувати тактику ведення жінок під час вагітності. Так, при міомі матки великих розмірів, що перешкоджає виношуванню вагітності, але не закриває вузлами доступ до порожнини матки, оптимальним є переривання вагітності у термін до 12 тиж вагінальним доступом. Після цього ми проводили міомектомію поза вагітності, а потім – передгравідарну підготовку та планування вагітності. Обов'язковими умовами ми вважаємо згоду хворої на переривання вагітності або наявність клініки початку самовільного викидня, підтвержене даними УЗД. У тих випадках, коли пацієнтки не дають згоди на переривання вагітності в ранні терміни гестації та доступ до

порожнини матки неможливий, із-за гігантських розмірів шийчно-перешийчного вузла, при вираженій клініці початку переривання вагітності (яскраві кров'яністі виділення із статевих шляхів), в екстреному порядку показано черворозтин, міомектомія та видалення плідного яйця вагінальним доступом під контролем хірурга з боку черевної порожнини. Коли на фоні вагітності діагностована міома великих та гігантських розмірів з ознаками деструкції вузлів або їх атиповою локалізацією, що перешкоджає зростанню та виношуванню плода, при відсутності явних клінічних ознак загрози переривання вагітності і при небажанні жінки перервати вагітність, показана консервативна міомектомія після передопераційної підготовки.

Крім того поза вагітності потрібна точна діагностика порушень у різних ланках репродуктивної системи, стан ендометрія, кількість, розміри, локалізація міоматозних вузлів, стан придатків, наявність та характер супутньої патології. Передопераційна підготовка, спрямована на санацію інфекційних вогнищ, застосування імуномодуляторів, а також пери- і післяопераційне призначення 3–4 ін'єкцій а-ГнРГ, що дозволяє зменшити ризик хірургічного втручання та післяопераційних ускладнень. Власно міомектомія з правильним вибором хірургічного доступу, атравматичної техніки, адекватного шовного матеріалу та антибіотикопрофілактики. Показаннями до міомектомії є: швидке зростання пухлини; атипове розташування вузлів (шийчні, перешийчні, інтралігаментарні та підслизові); великі та гігантські розміри лейоміоми; маткові кровотечі, зумовлені лейоміомою; некроз вузла; неплідність при лейоміомі. Комплекс післяопераційної реабілітації, для сприяння кращій репарації тканин, а саме: застосування нестероїдних протизапальних препаратів, дезагрегантів, засобів, стимулюючих репарацію тканин, а також продовження імуномодулюючої терапії. Після цього показано переддравідарну підготовку з плануванням вагітності після відновлення менструального циклу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

Влияние реконструктивно-пластических операций при лейомиоме матки на репродуктивную функцию женщин

М.Л. Кузменская

Анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при лейомиоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушениями фертильности.

***Ключевые слова:** лейомиома матки, хирургическое лечение, репродуктивный прогноз.*

Influence of reconstructively-plastic operations at leiomyoma of uterus on reproductive function of woman
M. L. Kuzemsky

The analysis of the nearest and remote results of reconstructive - plastic operations at a leiomyoma of a uterus testifies to expediency and efficiency of the given intervention. Value of this operation is defined by an opportunity of creation of favorable conditions for pregnancy and realization of reproductive function at women with infringements fertility.

Key words: *a leiomyoma of uterus, surgical treatment, the reproductive forecast.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5 – С. 82–90.
3. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 73, № 4. – P. 593–596.

Профилактика непланируемой беременности у женщин с сердечно-сосудистой патологией

Д.С. Ледин

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Как показали результаты проведенных исследований, сочетанное использование гормональных контрацептивов и фитотерапии у пациенток с нейроциркуляторной астенией позволяет достаточно эффективно проводить профилактику непланируемой беременности на фоне отсутствия ухудшений со стороны центральной и периферической гемодинамики. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: непланируемая беременность, профилактика, сердечно-сосудистая патология.

Проблемы планирования семьи, регуляции деторождения тесно связаны с вопросами контрацепции [1, 2]. В Украине, также как и в других развитых странах, наиболее часто используются гормональный и барьерный методы профилактики нежеланной беременности. В то же время влияние этих способов контрацепции на состояние центральной и периферической гемодинамики изучены недостаточно, а имеющиеся публикации носят противоречивый характер. Так, с одной стороны, половые стероиды предлагают для улучшения микроциркуляции, а с другой – гормональные контрацептивы способствуют контаминации влагалища различными микроорганизмами, в результате чего существенно изменяется состояние системного и местного иммунитета.

Проблема экстрагенитальной патологии у женщин репродуктивного возраста в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной репродуктологии, а частота ее колеблется в пределах 40–60% [3, 4]. В структуре соматической заболеваемости одно из ведущих мест занимает нейроциркуляторная астенция, уровень которой растет из года в год, а эффективность предлагаемых лечебно-профилактических методик остается недостаточно высокой.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме контрацепции за последние годы, вопросы профилактики нежеланной беременности у женщин с нейроциркуляторной астенией, практически, не изучены, хотя их необходимость не вызывает сомнений.

Цель исследования – снизить частоту непланируемой беременности и побочных эффектов различных методов контрацепции у женщин с нейроциркуляторной астенией на основе разработки методики сочетанного использования гормональных контрацептивов и комплексных препаратов растительного происхождения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач было обследовано 30 соматически и гинекологически здоровых женщин репродуктивного возраста, использовавших для контрацепции механические средства – контрольная группа. Две основные группы составили 60 женщин репродуктивного возраста с нейроциркуляторной астенией: I группа – 30 женщин, использовавших механические средства контрацепции, биологический календарь и прерванный половой акт и II группа – 30 женщин, у которых использовали предлагаемую нами профилактику непланируемой беременности.

При разработке методики контрацепции у женщин с нейроциркуляторной астенией учитывали необходимость обеспечения высокого контрацептивного эффекта, устранение побочного влияния и улучшение состояния здоровья путем использования гормональной контрацепции в сочетании с фитотерапией.

Предлагаемый подход к профилактике непланируемой беременности у женщин с нейроциркуляторной астенией состоит из следующих моментов:

1. Оценка функционального состояния центральной и периферической гемодинамики для решения вопроса о конкретной методике контрацепции.

2. Назначение в течение первых 3 мес комбинированного орального контрацептива в циклическом режиме в сочетании с фитотерапией.

3. После 3 мес фитотерапия отменяется и проводится контроль после самостоятельного приема КОК и при отсутствии патологических изменений со стороны центральной и периферической гемодинамики прием КОК продолжается.

В качестве фитотерапии возможно использование отечественного препарата кратал, который содержит 0,867 г таурина; 0,043 г экстракта плодов боярышника густого и 0,087 г экстракта пустырника густого. Кратал обладает мягким антигипоксическим и антиагрегантным действием. Кроме того, препарат оказывает ингибирующее действие на ренин-ангиотензивную и калликреин-кининовую системы, положительное влияние на продукцию цАМФ и ингибирует процессы перекисного окисления липидов, а также улучшает функциональное состояние центральной и периферической гемодинамики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинического наблюдения за 30 пациентками с нейроциркуляторной астенией позволил установить, что контрацептивный эффект составил 100%, а коэффициент Перля – соответственно 1,96.

При оценке частоты и степени выраженности различных побочных эффектов была проведена их сравнительная оценка через 3, 6, 9 и 12 мес.

Полученные данные свидетельствуют, что частота тошноты через 3 мес от начала контрацепции составила 10,0%, однако в последующем отмечено прогрессивное снижение этого показателя до 3,3% по прошествии 12 мес от начала использования предлагаемой методики. Головная боль как побочное осложнение от используемых методик профилактики непланируемой беременности отмечалась через 3 мес от начала их использования в каждом десятом случае (10,0%), а по прошествии 9 и 12 мес сохранялась только у 1 пациентки (3,3%). Аналогичная закономерность была отмечена при анализе еще одного варианта побочной реакции – мас-

талгии. Так, спустя 3 мес она наблюдалась у 6,7% пациенток, причем в 3,3% сохранилась и по прошествии 1 года. Одним из наиболее распространенных побочных эффектов гормональной контрацепции является избыточная прибавка массы тела. Согласно полученным нами результатам через 3 месяца от начала применения методики профилактики непланируемой беременности уровень данного параметра составил 13,3%, а в последующем отмечено постепенное снижение данного побочного эффекта – до 6,7% через 9 мес и до 3,3% – по прошествии 1 года. Относительно высокая частота межменструальных кровомазаний (13,3%) наблюдалась через 3 мес от начала проводимой контрацепции. В дальнейшем данный побочный эффект сохранился только при последнем варианте в единичных наблюдениях (9 мес – 6,7% и 12 мес – 3,3% соответственно). Еще одним вариантом побочных негативных реакций была эмоциональная лабильность. Полученные нами результаты указывают, что у 10,0% пациенток с гормональной методикой контрацепции отмечена данная побочная реакция. Вместе с тем, через 9 и 12 мес ее уровень постепенно снижался до 6,7% спустя 9 мес и до 3,3% – через 1 год.

Особый интерес представляют данные о суммарной частоте различных побочных реакций. Так, через 3 мес данный показатель составляет 26,7%, а по прошествии 6 мес это параметр снизился до 16,7%. В последующем (9 и 12 мес) уровень побочных эффектов составил по 10,0%.

Очень важным клиническим аспектом используемой методики профилактики непланируемой беременности у пациенток с нейроциркуляторной астенией является изменение частоты сопутствующей гинекологической заболеваемости. Так, если различные нарушения менструального цикла имели место до начала контрацепции в 40,0% наблюдений, то по прошествии 3 мес этот показатель снизился до 26,7%, а спустя год – 6,7%. Анализируя эти данные в зависимости от конкретного варианта используемой контрацепции можно указать, что все эти пациентки были проведены на гормональных контрацептивах. Аналогичная закономерность сохранялась и при оценке частоты воспалительных процессов (до – 23,3%; через 3 мес – 20,0% и спустя 12 мес – 10,0%), а также патологических изменений шейки матки (с 13,3% до 6,7%). Полученные результаты свидетельствуют о позитивном воздействии предлагаемой методики профилактики непланируемой беременности на исходную гинекологическую заболеваемость пациенток с нейроциркуляторной астенией.

Подтверждением эффективности предлагаемой методики профилактики непланируемой беременности у пациенток с нейроциркуляторной астенией являются результаты дополнительных функциональных и лабораторных методов исследования.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, сочетанное использование гормональных контрацептивов и фитотерапии у пациенток с нейроциркуляторной астенией позволяет достаточно эффективно проводить профилактику непланируемой беременности на фоне отсутствия ухудшений со стороны центральной и периферической гемодинамики. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Профілактика непланованої вагітності у жінок з серцево-судинною патологією
Д.С. Ледін

Як показали результати проведених досліджень, поєднане використання гормональних контрацептивів і фітотерапії у пацієнок з нейроциркуляторною астенією дозволяє достатньо ефективно проводити профілактику непланованої вагітності на тлі відсутності погіршень з боку центральної і периферичної гемодинаміки. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: *непланована вагітність, профілактика, серцево-судинна патологія.*

Preventive maintenance of not planned pregnancy at women with a cardiovascular pathology
D.S. Ledin

As have shown results of the lead researches, combined use of a hormonal contraceptive and phytotherapy at patients with neurocirculatory asthenia allows to carry out effectively enough preventive maintenance of not planned pregnancy on a background of absence of deterioration on the part of central and peripheral hemodynamics. The received results allow to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

Key words: *not planned pregnancy, preventive maintenance, a cardiovascular pathology.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Ерофеева Л.В., Тарасова М.А. Комбинированные оральные контрацептивы и факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы // Проблемы репродукции. – 2007. – № 3. – С. 63–67.
2. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства. – М., 2005 – 34 с.
3. Платонова О.В. Дифференцированный подход к использованию контрацепции у женщин с тиреоидной патологией // Здоровье женщины. – 2001. – № 4. – С. 49–51.
4. Семянив М.В. Профилактика непланируемой беременности у женщин с хроническим вирусным гепатитом // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 3.

Влияние сочетания генитального эндометриоза и хронического сальпингоофорита на эндокринологический статус пациенток

Т.В. Лещева, Э.П. Прокопенко

Днепропетровский медицинский институт
Украинской ассоциации народной медицины

Изучены особенности гормонального и иммунного статуса у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и хроническим сальпингоофоритом, а также гормональной недостаточностью яичников. Установлены новые аспекты патогенеза данной патологии и усовершенствованы методы коррекции дисгормональных нарушений после оперативного лечения. Полученные результаты могут найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: эндометриоз, яичники, гормональный статус.

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–14]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 10].

Сведения о сочетании эндометриоза и бесплодия противоречивы. Частота нарушений репродуктивной функции при генитальном эндометриозе колеблется от 30 до 40% [3, 6]. Принято считать, что одной из основных причин бесплодия при этом заболевании является гормональная недостаточность яичников, проявляющаяся ановуляцией или недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла [11]. При этом одни авторы [6, 7] считают гормональную недостаточность яичников благоприятным фоном для развития эндометриоза, тогда как другие [9, 10] связывают овариальную недостаточность с патологическим влиянием эндометриоидных гетеротопий на разные звенья стероидогенеза в яичниках. Вместе с тем, имеются данные [1, 3, 13] о том, что у большинства женщин с эндометриозом имеется сочетание с хроническим сальпингоофоритом и неизмененный двухфазный менструальный цикл.

К настоящему времени недостаточно изучена взаимосвязь между гормональной недостаточностью яичников и иммунной системой. Известно, что некоторые компоненты иммунной системы (интерферон-гамма, интерлейкин-2, фактор некроза опухолей и др.) вовлечены в процесс атрезии фолликула и регрессии желтого тела [12]. Имеются данные [13, 14], что интерферон-гамма наряду с другими цито-

кинами тормозит синтез эстрадиола и прогестерона яичниками и снижает их чувствительность к гонадотропной стимуляции. В меньшей степени изучено влияние половых стероидных гормонов на иммунную систему. Так, по данным одних авторов [4, 5], эстрогены подавляют цитотоксическую активность естественных киллеров (NK-клеток). Другие авторы [1, 3] обнаружили стимулирующее действие эстрадиола на рост и активность NK-клеток, а по другим данным [9, 10] прогестерон понижает активность NK-клеток и тормозит синтез интерферонов.

Следовательно, сведения о влиянии половых стероидных гормонов на компоненты иммунной системы, участвующие в процессах пролиферации, недостаточны и противоречивы. Изучение взаимных влияний эндокринной и иммунной систем в патогенезе эндометриоза в сочетании с хроническим сальпингоофоритом является важной и актуальной научной задачей и определяет цель настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 271 женщина с жалобами на нарушение менструального цикла и/или бесплодие (из них 200 больных с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) и хроническим сальпингоофоритом (ХСО); 51 больная с нормогонадотропной недостаточностью яичников без эндометриоза и 20 больных с гипергонадотропной овариальной недостаточностью).

Возраст больных варьировал от 18 до 42 лет и в среднем составил $29,1 \pm 0,4$ года. Жалобы на бесплодие предъявляли 181 (91,0%) женщина, страдающая НГЭ и ХСО, из них первичное бесплодие имело место у 102 (56,4%); вторичное – у 79 (43,6%) женщин. Длительность первичного бесплодия, в среднем, составила $6,4 \pm 0,4$ года, вторичного – $4,8 \pm 0,4$ года. У 13 (7,2%) больных в анамнезе было невынашивание беременности, у 49 (27,1%) были искусственные аборт и у 7 (3,9%) – внематочная беременность.

Жалобы на обильные и болезненные менструации предъявляли 62 (31,5%) и 81 (40,7%) больная соответственно. Возраст менархе варьировал от 10 до 13 лет и, в среднем, составил $13,1 \pm 0,1$ года и достоверно ($p < 0,01$) превышал этот показатель у здоровых женщин ($12,3 \pm 0,2$ года). Полостным операциям по поводу гинекологических заболеваний была подвергнута 41 (20,6%) больная, причем резекция яичников была у 23 (11,6%) пациенток. Частые простудные заболевания в анамнезе отмечены у 133 (66,8%) обследованных; заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдали 20 (10,1%) и аутоиммунные заболевания имели место у 26 (13,1%) больных.

В группу сравнения вошла 51 женщин с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью яичников без НГЭ и ХСО, проявляющейся у 21 больной ановуляцией и у 30 – недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Все больные из группы сравнения предъявляли жалобы на бесплодие в течение $5,2 \pm 0,5$ года. Все 20 женщин с первично-овариальной недостаточностью предъявляли жалобы на вторичную аменорею длительностью более 1 года и бесплодие. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом и сохраненной фертильностью.

Наряду с общепринятыми клиническими, гинекологическими, лабораторными (оценка эндокринологического и интерферонового статуса, функциональная ак-

тивность НК-клеток) и эхографическими методами обследования по показаниям проводилось исследование глазного дна и полей зрения, обзорная рентгенография черепа, прицельная – турецкого седла, а также компьютерная томография гипофиза. Ни у одной больной не было выявлено рентгенологических или офтальмологических признаков объемного процесса гипоталамо-гипофизарной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что НГЭ и ХСО у 84,5% больных сочетается с нормогонадотропной недостаточностью яичников, проявляющейся ановуляцией (30,8%) или недостаточностью лютеиновой фазы цикла (69,2%). В крови женщин с ановуляцией и недостаточностью лютеиновой фазы при НГЭ и ХСО определяется более высокое содержание эстрадиола, чем у больных с овариальной недостаточностью, не связанной с данной патологией. При этом, имеет место прямая корреляционная зависимость между уровнем эстрадиола в крови и степенью тяжести заболевания, которая отрицательно коррелирует с уровнем прогестерона в крови во вторую фазу менструального цикла.

В периферической крови и перитонеальной жидкости больных с НГЭ и ХСО, сочетающимся с овариальной недостаточностью, определяются сниженные показатели цитотоксической активности НК-клеток и интерферонового статуса по сравнению с этими показателями у больных с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью, не связанной с НГЭ и ХСО. Способность лейкоцитов периферической крови продуцировать различные виды интерферона (альфа, бета и гамма) и цитотоксическая активность НК-клеток у больных с НГЭ и ХСО зависит от степени тяжести заболевания и типа гормональной недостаточности яичников. При этом наблюдается достоверная положительная корреляция между уровнем прогестерона и активностью НК-клеток в периферической крови и в перитонеальной жидкости и обратная зависимость между уровнем эстрадиола и способностью лейкоцитов к продукции гамма-интерферона. В крови больных с гипергонадотропной недостаточностью яичников определяется повышенная цитотоксическая активность НК-клеток.

Заместительная гормональная терапия половыми стероидными гормонами оказывает влияние на показатели интерферонового статуса и активность НК-клеток у больных с первично-овариальной недостаточностью: эстрогены способствуют снижению токсической активности НК-клеток и продукции лейкоцитами интерферонов, прогестерон стимулирует активность НК-клеток и продукцию лейкоцитами всех видов интерферона.

Восстановление полноценного овуляторного цикла у больных с НГЭ и ХСО после удаления эндометриодных гетеротопий зависит от типа овариальной недостаточности. У 62,2% больных с данной патологией в сочетании с недостаточностью лютеиновой фазы и у 34,6% больных с ановуляцией удаление эндометриодных гетеротопий приводит к восстановлению овуляторной функции яичников.

ВЫВОДЫ

Таким образом, патогенез наружного генитального эндометриоза и хронического сальпингоофорита связан с особенностями стероидогенеза в яичниках и зави-

сит от активности антипролиферативных факторов иммунной системы. Установленные в нашем исследовании связи между уровнем половых стероидных гормонов и антипролиферативными компонентами иммунной системы (интерфероновый статус, индекс цитотоксической активности НЛ-клеток) свидетельствуют о взаимном влиянии эндокринной и иммунной систем. Снижение способности естественных киллеров элиминировать эктопический эндометрий в брюшную полость, вероятно, связано с патологическим влиянием эстрогенов и является важным моментом в развитии наружного генитального эндометриоза и хронического сальпингоофорита. Вместе с тем, наличие в брюшной полости эктопического эндометрия, как хронического антигенного стимулятора, способно приводить к истощению резервных возможностей иммунной системы. Наружный генитальный эндометриоз и хронический сальпингоофорит способны вызывать овариальную недостаточность, влияя как на процесс созревания доминантного фолликула, так и на процесс овуляции.

Вплив поєднання генітального ендометріозу і хронічного сальпінгоофориту на ендокринологічний статус пацієнток
T.V. Lesheva, E.P. Prokopenko

Вивчені особливості гормонального і імунного статусу у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом і хронічним сальпінгоофоритом, а також гормональною недостатністю яєчників. Встановлені нові аспекти патогенезу цієї патології і вдосконалені методи корекції дисгормональних порушень після оперативного лікування. Отримані результати можуть знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: ендометріоз, яєчники, гормональний статус.

Combination influence genital an endometriosis and the chronic salpingooforites at endocrinological status of patients
T.V. Lesheva, E.P. Prokopenko

Features of the hormonal and immune status at patients with external genital an endometriosis and salpingooforites with hormonal insufficiency ovaries are investigated. New aspects of patogenesis the given pathology are established and methods of correction dysgormonal infringements after operative treatment are advanced. The received results can find wide application in practical public health services.

Key words: an endometriosis, ovaries, the hormonal status.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2003. – 317 с.
3. Аншина М.Б. История и эволюция методов лечения бесплодия // Проблемы репродукции. – 2005. – № 1. – С. 9–14.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 1999. – 240 с.
5. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних

- заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
6. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1997. – 544 с.
7. Волков Н.И., Беспалова Ж.В., Базанов П.А. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Журн. акуш. и женских болезней. – 2001. – Т. 1, вып. III. – С. 25–27.
8. Гладчук І.З. Ендоскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності // Укр. часопис малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т. 3, № 1. – С. 29–31.
9. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 241–261.
10. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
11. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 1998. – V. 24. – P. 331–332.
12. Audebert A.J.M. formes occultes et minimales de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2000. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
13. Badawy S.Z., Cuenca V., Frelich H. Endometrial antibodies in serum and peritoneal fluid of infertility patients with and without endometriosis // Fertil. Steril. – 2004. – V. 81. – P. 930–932.
14. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – V. 186, № 2. – P. 565–567.

Особенности функционального состояния тиреоидной и репродуктивной систем при генитальном эндометриозе

Б.М. Лысенко

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом и патологией щитовидной железы выявлены следующие клинические проявления: анемия, ожирение, позднее менархе, короткий менструальный цикл. У этих пациенток часто отмечено сочетание с миомой матки на фоне нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции, выражающейся в снижении функции яичников и функциональной активности щитовидной железы. Уменьшение свободного трийодтиронина наиболее выражено при эндометриозе и патологии щитовидной железы. Снижение функциональной активности щитовидной железы сочетается с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающейся снижением функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, эндометриоз.

Современные научные исследования убедительно доказали прямую зависимость состояния здоровья населения от экологической ситуации в регионе проживания [1, 2]. Интенсивное или длительное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, как правило, ведет к нарушению компенсаторно-приспособительных реакций организма человека, способствуя развитию различных патологических состояний [1, 2]. Особенно часто экологически обусловленные заболевания связаны с дефицитом природного микроэлемента – йода [3]. Так, по оценке ВОЗ (2004) около 2 млрд. жителей Земли постоянно испытывают существенный его недостаток, что приводит к росту распространенности йоддефицитных заболеваний, занимающих в настоящее время первое место по территориальной экспансии [4]. В Украине также остро стоит проблема этой патологии, так как ее частота среди женского населения за последнее десятилетие возросла в несколько раз [1].

Известно, что в организме одной из наиболее чувствительных и тонко реагирующих на разнообразные внешние воздействия систем является репродуктивная [2]. Представляется закономерным, что в условиях йоддефицита у женского населения в первую очередь страдает именно она: нарушается половое созревание и менструальная функция, снижается фертильность, растет частота гинекологической патологии, увеличивается риск осложненного течения беременности и родов, самопроизвольных аборт и мертворождений [1, 4].

Научные исследования по этой проблеме тиреоидной патологии и ее влияния на репродуктивную систему в большинстве случаев посвящены состоянию репродуктивного здоровья у девушек пубертатного возраста. Применительно к женщинам более старших возрастных групп имеющиеся литературные сведения чаще всего касаются манифестного гипотиреоза. Вместе с тем, опубликованные данные нередко противоречивы, неполны, неубедительны, обычно основаны на небольшом количестве наблюдений, несколько устарели, так как опубликованы десять и более лет назад.

Следует отметить, что в литературе, посвященной тиреоидной патологии, обычно рассматриваются функциональные взаимоотношения щитовидной железы и репродуктивной системы женщин, но практически отсутствуют данные о возможности развития эндометриоза, а также функциональном состоянии тиреоидной и репродуктивной системы при данном гинекологическом заболевании.

Целью настоящего научного исследования является изучение функционального состояния тиреоидной и репродуктивной системы при генитальном эндометриозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено обследование 26 женщин с различной тиреоидной патологией и эндометриозом – основная группа. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин в возрасте $38,1 \pm 1,2$ года, проходящих очередные профилактические осмотры.

В комплекс диагностических мероприятий были включены общеклиническое, клиничко-лабораторное и гинекологическое обследование, тесты функциональной диагностики, ультразвуковое исследование щитовидной и молочных желез, органов малого таза, определение гормонов передней доли гипофиза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитовидной железы (Т3 и Т4) и половых гормонов (эстрадиол и прогестерон) в сыворотке крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота эндометриоза при йоддефицитных заболеваниях (ЙДЗ) составляет 18,0%. Наиболее распространенным ЙДЗ при эндометриозе является узловатый зоб, частота которого составляет 33,0%; фокальных изменений щитовидной железы – соответственно 14,0%.

Большая часть женщин находится в возрастной категории старше 30 лет. Статистически значимых различий по возрасту между группами не выявлено ($p=0,2$).

Наиболее распространенными экстрагенитальными заболеваниями были болезни органов дыхания (30,0 и 18,0%) и желудочно-кишечного тракта (18,0 и 15,0%). Соматические заболевания встречаются с одинаковой частотой при ЙДЗ и без них, однако необходимо отметить, что заболевания печени, ожирение и анемия имели место только при ЙДЗ, а болезни почек наблюдались чаще у пациенток без патологии щитовидной железы.

При анализе возраста менархе выяснилось, что при ЙДЗ чаще наблюдается позднее менархе, но статистически значимых различий между группами не получено. Длительность менструального цикла при эндометриозе и ЙДЗ составляет 26 дней, а в группе контроля – 28 дней. При анализе длительности менструального цикла нами обнаружены статистически значимые различия в длительности между

групами ($p=0,045$). Статистически значимых различий в продолжительности менструации не выявлено.

По данным анамнеза обследованных женщин изучена репродуктивная функция пациенток, однако статически значимых различий нами не установлено.

При сочетании миомы и эндометриоза имеется тенденция к различию между группами ЙДЗ и без патологии щитовидной железы ($p=0,08$). Наиболее часто эндометриоз и ЙДЗ сочетаются с доброкачественными заболеваниями молочных желез (72,0%) и нарушения менструальной функции (18,0%). Кисты яичников наблюдались только при эндометриозе и ЙДЗ.

Для определения тиреоидного статуса пациенток с эндометриозом определяли уровень тиреоидных гормонов. Так, у женщин с эндометриозом и ЙДЗ уровень ТТГ выше, а содержание тиреоидных гормонов ниже, причем уровень св.Т3 статистически значимо различается в обеих группах ($p=0,0057$). Итак, снижение свободного трийодтиронина наиболее выражено при эндометриозе и ЙДЗ. Частота субклинического гипотиреоза при эндометриозе и ЙДЗ составляет 18,0%.

Для оценки функции гипоталамо–гипофизарно–яичниковой системы определялись уровни гонадотропных и половых гормонов. Полученные результаты свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом и ЙДЗ отличалась экскреция половых гормонов от обследованной группы контроля: повышение содержания ФСГ при одновременном снижении уровня эстрогенов и прогестерона. При проведении анализа связи (корреляции) тиреоидных и половых гормонов нами выявлена статистически значимая прямая корреляционная связь между уровнем св.Т3 и содержанием тестостерона ($R=0,7$ и $p=0,047$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенных исследований, у пациенток с эндометриозом и ЙДЗ выявлены следующие клинические проявления: анемия, ожирение, позднее менархе, короткий менструальный цикл. У пациенток с эндометриозом и ЙДЗ часто отмечено сочетание с миомой матки на фоне нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции, выражающейся в снижении функции яичников и функциональной активности щитовидной железы. Уменьшение свободного трийодтиронина наиболее выражено при эндометриозе и ЙДЗ. Снижение функциональной активности щитовидной железы сочетается с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающейся снижением функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особливості функціонального стану тиреоїдної і репродуктивної систем при генітальному ендометріозі

Б. М. Лисенко

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієток з ендометріозом і патологією щитовидної залози виявлені наступні клінічні прояви: анемія, ожиріння, пізніше менархе, короткий менструальний цикл. У цих пацієток часто відмічено поєднання з

міомою матки на тлі порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції, що виражається в зниженні функції яєчників і функціональної активності щитовидної залози. Зменшення вільного трийодтироніну найбільш виражене при ендометріозі і патології щитовидної залози. Зниження функціональної активності щитовидної залози поєднується з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарної системи, що супроводжується зниженням функції яєчників. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: захворювання щитовидної залози, ендометріоз.

Features of functional condition thyreoidal and reproductive system at endometriosis

B.M. Lusenko

Results of the lead researches testify, that at patients with an endometriosis and a pathology of a thyroid gland are revealed following clinical displays: an anemia, adiposity, later menarhe, short menstrual cycle. At these patients the combination to a myoma of a uterus on a background of infringement hypotalamo-hypofizare regulation expressing in decrease of function ovaries and functional activity of a thyroid gland is frequently marked. Reduction free three-iodtyronine is most expressed at an endometriosis and a pathology of a thyroid gland. Decrease in functional activity of a thyroid gland is combined with dysfunction hypotalamo-hypofizare system accompanying with decrease of function ovaries. The received results are necessary for taking into account in practical public health services at carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *diseases of a thyroid gland, an endometriosis.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Богатирьова Р.В. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 1997. – Т. 2, № 1. – С. 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т.2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2009. – С. 52–56.
4. Measure progress. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO, 2009. – P. 33–36.

Особенности соматической заболеваемости и психоэмоционального статуса у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития

О.В. Наустинная

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Как показали результаты проведенных исследований, девочки, рожденные с задержкой внутриутробного развития, имеют ряд отставаний в физическом, умственном и психоэмоциональном развитии по сравнению с девочками, родившимися без задержки внутриутробного развития. Особенно наглядно это просматривается при оценке морфотипов развития, частоты соматической заболеваемости и детальном неврологическом обследовании. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более детального изучения состояния репродуктивной системы у девочек в 12 лет, что позволит расширить имеющиеся данные о патогенезе патологии пубертатного периода.

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития, соматическая заболеваемость, патология.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек является основной нормальной демографической ситуацией в стране. В последние годы развитие детской и подростковой гинекологии имеет очень большое значение, так как именно в пубертатном периоде закладывается основа возможной гинекологической и соматической заболеваемости [2, 3].

Среди различных проблем современного акушерства задержка внутриутробного развития плода является одной из наиболее актуальных. Это обусловлено ростом экстрагенитальной патологии, неблагоприятным влиянием экологических факторов, увеличением частоты интраамниального инфицирования и др. [4–6]. Рождение детей с низкой массой тела часто сопровождается гипоксическими поражениями, отклонениями в постнатальной адаптации, нарушениями защитно-приспособительных механизмов и др. [1, 3]. По мнению ряда специалистов [3, 6] в своем последующем развитии такие дети предрасположены к эндокринопатиям, иммунодефицитным состояниям, отклонениям в нервно-психическом статусе и др.

В отечественной и зарубежной литературе [1, 3] все чаще поднимается вопрос о наличии взаимосвязи между развитием акушерской патологии у матери и состоянием репродуктивного здоровья девочек и девушек. В то же время, в современной литературе имеются лишь единичные публикации [1] и физическом и половом развитии девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития плода. Хотя здесь можно предположить о выявлении определенных закономерностей, кото-

рые позволяют расширить имеющиеся данные о патогенезе патологии пубертатного периода.

Все вышеизложенное явилось для нас основанием к проведению настоящего научного исследования.

Цель исследования – изучение особенностей соматической заболеваемости и психоэмоционального статуса у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 100 девочек пубертатного периода, которые были разделены на две группы:

- контрольная группа – 50 соматически и гинекологически здоровых девочек, которые родились через естественные родовые пути от матерей без акушерской и экстрагенитальной патологии;
- основная группа – 50 девочек, которые родились с задержкой внутриутробного развития.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке основных особенностей умственного и физического развития девочек обследованных групп было изучено становление статокинетических функций на протяжении первых двух лет жизни. Полученные результаты свидетельствуют о наличии существенных различий между контрольной и основными группами по ведущим параметрам. Так, девочки, рожденные с задержкой внутриутробного развития, стали позже держать головку лежа и в вертикальном положении; сидеть, ползать, стоять и ходить. Особенно наглядно эти различия просматривались при оценке начала прорезывания первых зубов, что чаще происходило в контрольной группе в 6 мес (66,0%), а в основной группе – спустя 8 мес (60,0%). Аналогичная закономерность отмечена и со стороны такого параметра, как произношение первых слов: контрольная группа – 1 год (66,0%), а основная группа – 1,5 года (46,0%). Эти результаты указывают на некоторое отставание в физическом развитии девочек, рожденных с задержкой внутриутробного развития.

Для более эффективной оценки умственного развития девочек был использован коэффициент развития (КР) также до 2-летнего возраста. Как свидетельствуют полученные данные через 6 мес КР более 100 баллов составил в контрольной группе 38,0%, а в основной значительно меньше (24,0%). Совершенно другая картина имела место при оценке КР менее 75 баллов: контрольная группа – 20,0% и основная – 38,0%. Через 12 мес более чем у половины девочек контрольной группы (58,0%) КР превышал 100%, в то время как в основной группе этот показатель был значительно ниже (34,0%). Аналогичная закономерность сохранилась и спустя 2 года после рождения. Полученные данные свидетельствуют о незначительном отставании в умственном развитии девочек, рожденных с задержкой внутриутробного развития.

Последующие результаты физического, полового и психоэмоционального развития девочек различных групп представлены также в сравнительном аспекте в возрасте 12 лет, т.е. до начала менструальной функции.

Анализируя основные атропометрические показатели девочек в 12 лет следует указать на наличие достоверных различий между контрольной и основной группами по следующим параметрам: вес (контрольная – $52,0 \pm 1,2$ кг и основная – $44,1 \pm 0,8$ кг; $p < 0,05$); окружность грудной клетки (контрольная – $70,8 \pm 1,1$ см и основная – $64,3 \pm 1,2$ см; $p < 0,05$); окружность бедра (контрольная – $48,8 \pm 1,2$ см и основная – $42,6 \pm 1,3$ см; $p < 0,05$). В этом же аспекте определенный интерес представляет сравнительная характеристика основных размеров таза девочек в 12 лет. Отличительной особенностью полученных результатов являются достоверно более низкие параметры у пациенток основной группы: D.spinarum (контрольная группа – $22,4 \pm 0,3$ см и основная – $20,1 \pm 0,2$ см; $p < 0,05$); D. cristarum (контрольная группа – $24,5 \pm 0,3$ см и основная – $22,8 \pm 0,2$ см; $p < 0,05$); D. trochanterica (контрольная группа – $27,5 \pm 0,4$ см и основная – $25,8 \pm 0,5$ см; $p < 0,05$) и соответственно S.externa (контрольная группа – $17,2 \pm 0,3$ см и основная – $15,8 \pm 0,2$ см; $p < 0,05$). Отставание размеров грудной клетки и бедер в сочетании со всеми основными параметрами таза свидетельствует о негативном влиянии задержки внутриутробного развития плода на физическое формирование девочек в пубертатном периоде.

В качестве подтверждения вышеописанных особенностей являются результаты структуры основных морфотипов девочек в 12 лет. Так, если в контрольной группе явно преобладала нормоскелетия (62,0%), то в основной группе чаще других встречалась макроскелетия с отставанием развития грудной клетки и таза (44,0%). Кроме того, у пациенток этой же группы обращает на себя внимание и относительно высокая частота интерсексуального (10,0%) и инфантильного морфотипов (10,0%), которые встречались в контрольной группе в единичных случаях (4,0%). При изучении возрастных особенностей развития молочных желез можно отметить достоверное увеличение среднего возраста телархе у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития (контрольная группа – $11,2 \pm 0,1$ года, основная – $11,9 \pm 0,1$ года; $p < 0,05$). Подтверждением этого является и соотношение размеров молочных желез в 12 лет. У девочек контрольной группы лобковое оволосение чаще всего наблюдалось по типу P3 (76,0%), а в основной этот показатель был значительно ниже (44,0%). По сравнению с этим, существенных различий подмышечного оволосения девочек различных групп в 12 лет не установлено.

Особый интерес представляют данные о сравнительной характеристике соматической заболеваемости девочек различных групп в 12 лет. В первую очередь необходимо отметить существенную разницу между группами в частоте респираторных вирусных инфекций (контрольная группа – 32,0% и основная – 72,0%); ЛОР-патологии (контрольная группа – 28,0% и основная 66,0%) и заболеваний легких (контрольная группа – 26,0% и основная – 62,0%). Среди остальных вариантов соматической заболеваемости следует указать на высокий уровень различных аллергических состояний (контрольная – 12,0% и основная – 32,0%); неврологической патологии (контрольная группа – 4,0% и основная – 28,0%) и дисбактериоза (контрольная группа – 6,0% и основная – 24,0% соответственно). Не вызывает сомнений тот факт, что более высокий уровень соматической заболеваемости у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития оказывает негативное влияние на формирование репродуктивной системы.

В связи с высоким уровнем неврологической патологии мы посчитали целесообразным более подробно остановиться на состоянии неврологического и психоэмоционального статуса. Как указывают полученные данные, у девочек контрольной группы из широкого спектра дизрафических признаков можно было выделить только два: плоская стопа (10,0%) и крыловидные лопатки (8,0%). В отличие от этого, у пациенток основной группы спектр различных дизрафических признаков был достаточно широким, однако выделить необходимо следующие: плоская стопа (38,0%); крыловидные лопатки (32,0%); сколиоз (32,0%); сочетание дизрафических стигм (30,0%) и частичная синдактилия (28,0%). Несколько реже имели место деформация грудной клетки и грудины (24,0%); большое количество родимых пятен (22,0%); стрии и нарушения пигментации (20,0%); низкое и готическое небо (20,0%), а также различные аномалии прикуса (20,0%). Полученные результаты согласуются с предварительными данными об отставании развития грудной клетки и таза у девочек, рожденных с задержкой внутриутробного развития.

При оценке частоты основных субъективных вегетативных симптомов у обследованных девочек в 12 лет необходимо отметить, что в контрольной группе чаще других встречались такие симптомы, как головная боль (8,0%) и боли в подреберье при длительном беге (10,0%). По сравнению с этим, в основной группе уровень всех субъективных симптомов был в несколько раз выше, однако наиболее высокая частота отмечена со стороны таких, как боли в подреберье при длительном беге (30,0%); головная боль (28,0%); повышенная раздражительность (22,0%); учащенное сердцебиение (20,0%) и боли в животе (20,0%). Все остальные варианты имели место несколько реже, однако значительно чаще по сравнению с контрольной группой. Среди объективных вегетативных симптомов у девочек контрольной группы следует указать на относительно высокую частоту холодных конечностей (12,0%) и быстрой смены окраски кожных покровов (10,0%). В основной группе уровень этих же симптомов был на порядок выше: холодные конечности (28,0%) и быстрая смена окраски кожных покровов (26,0%). Кроме того, в этой же группе можно выделить существенную значимость еще ряда объективных вегетативных симптомов: повышение сухожильных рефлексов (24,0%); обмороки (22,0%); повышенная влажность ладоней (20,0%) и тахикардия (20,0%).

Особый интерес представляют данные о суммарной оценке синдромов поражения нервной системы у обследованных девочек в 12 лет. Первоначально необходимо отметить, что в контрольной группе только в единичных случаях (2,0%) встречались синдром рассеянной микросимптоматики, миотонический синдром и синдром вегетативной дистонии, что соответствует общепринятым показателям в данной возрастной группе. Совершенно иную картину можно наблюдать в основной группе. Так, в каждом десятом случае были диагностированы миотонический синдром (10,0%), гипоталамический синдром (10,0%) и синдром рассеянной микросимптоматики (10,0%). Несколько реже наблюдались синдром вегетативной дистонии (8,0%) и гипертензивный синдром (6,0%). Все остальные варианты встречались практически в единичных случаях. Полученные данные подтверждают необходимость более детального исследований вегетативной нервной системы и проведения соответствующей коррекции неврологического статуса.

На заключительном этапе были проанализированы результаты психологического обследования девочек по методике Векслера в 12 лет. Полученные результаты

свидетельствуют о преобладании у пациенток контрольной группы среднего уровня (контрольная группа – 82,0% и основная – 68,0%) по сравнению со сниженным (контрольная группа – 16,0% и основная – 24,0%) и пограничным (контрольная группа – 2,0% и основная – 12,0% соответственно), что указывает на более высокую психологическую подготовленность к пубертатному периоду девочек контрольной группы.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, девочки, рожденные матерями с задержкой внутриутробного развития, имеют место ряд отставаний в физическом, умственном и психоэмоциональном развитии по сравнению с контрольной группой. Особенно наглядно это просматривается при оценке морфотипов развития, частоты соматической заболеваемости и детальном неврологическом обследовании. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более детального изучения состояния репродуктивной системы у девочек в 12 лет, что позволит расширить имеющиеся данные о патогенезе патологии пубертатного периода.

Особливості соматичної захворюваності і психоемоційного статусу у дівчаток, що народилися із затримкою внутрішньоутробного розвитку

О.В. Наустинна

Як показали результати проведених досліджень, дівчатка, народжені із затримкою внутрішньоутробного розвитку мають ряд відставань у фізичному, розумовому і психоемоційному розвитку в порівнянні з дівчатками, що народилися без затримки внутрішньоутробного розвитку. Особливо наочно це є видимим при оцінці морфотипів розвитку, частоти соматичної захворюваності і детальному неврологічному обстеженні. Отримані результати свідчать про необхідність детальнішого вивчення стану репродуктивної системи у дівчаток в 12 років, що дозволить розширити наявні дані про патогенез патології пубертатного періоду.

Ключові слова: *затримка внутрішньоутробного розвитку, соматична захворюваність, патологія.*

Features of somatic disease and psychoemotional status of the girls who have been born with a delay of intra-uterine development

O. V. Naustinnay

As have shown results of the lead researches, the girls who have been born with a delay of intra-uterine development have a number of backlogs in physical, intellectual and psychoemotional development in comparison with the girls who have been born without a delay of intra-uterine development. Especially evidently it is looked through at an estimation of morphotypes of development, frequency of somatic disease and detailed neurologic inspection. The received results testify to necessity of more detailed studying a condition of reproductive system at girls in 12 years that will allow to expand the available data about pathogenesis pathologies of pubertate period.

Key words: *a delay of intra-uterine development, somatic disease, a pathology.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Палагусенец А.Ю., Данкович Н.О. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток, які народилися з крупною масою тіла // Науковий вісник Ужгородського ун-та серія «Медицина». – 2007. – Вип. 13. – С. 170–172.
2. Вовк І.Б., Крупко-Большова Ю.О., Ромащенко О.В. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 4. – С. 36–38.
3. Гуркин Ю.А., Соломкина Н.Ю., Кропотин П.Н. Перспективы реабилитации в детской гинекологии // Пути развития современной гинекологии. – М., 2007. – С. 94–98.
4. Данкович Н.О., Палагусинец А.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 80–81.
5. Ромащенко О.В. Запальні захворювання органів малого тазу у юних жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 1. – С. 113–117.
6. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2007. – № 4. – С. 53–55.

Клинические и социальные факторы риска предменструального синдрома

Л.В. Пахаренко

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли медико-социальных факторов у пациенток с синдромом предменструального напряжения. Это необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: предменструальный синдром, факторы риска.

Синдром предменструального напряжения (СПМН) является одной из наиболее распространенных гинекологических эндокринных патологий у женщин репродуктивного возраста. По данным современной литературы [1–3] суммарная частота различных проявлений этого синдрома в популяции соматически здоровых женщин с колебаниями от 21 до 54%.

По мнению отечественных и зарубежных специалистов, рост частоты эндокринных гинекологических заболеваний, в частности СПМН следует рассматривать как общую тенденцию воздействия процессов урбанизации, социальной нестабильности общества, изменению в связи с указанными причинами, репродуктивного поведения, а также ростом общей заболеваемости населения [1–3].

Одним из наиболее часто встречающихся проявлений СПМН являются нейropsychические расстройства, которые нередко обуславливают конфликтные ситуации в семье и на работе, что еще больше усугубляет вредные последствия СПМН. В связи с тем, что СПМН страдают женщины детородного возраста, в расцвете умственных и физических возможностей организма, становится понятным социальное значение этой патологии [1–3].

Вместе с тем, в практическом здравоохранении СПМН диагностируется только при наличии выраженных клинических проявлений, тогда как для предупреждения эндокринной дисфункции необходимо формирование диспансерных групп и проведение терапии на ранних этапах заболевания. Задержка патогенетически обоснованной терапии усугубляет эндокринную дисфункцию и способствует развитию не только функциональных, но и морфологических расстройств в различных системах организма [1–3].

Несмотря на значимость проблемы, до настоящего времени патогенез СПМН остается недостаточно изученным. Не решены вопросы зависимости развития СПМН от гормонального статуса женщин, отсутствуют четкие критерии дифференциальной диагностики его различных форм. Значительные трудности представляет выбор рационального патогенетического лечения СПМН, поскольку существующие терапевтические подходы в большинстве своем носят симптоматический характер, и не являются достаточно эффективными.

Вышеизложенное определило актуальность проблемы и послужило теоретической основой для проведения настоящего исследования.

Целью настоящего научного исследования является изучение медико-социальных особенностей у женщин с СПМН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для определения клинико-патогенетических вариантов синдрома предменструального напряжения было выделено 2 группы обследованных: 100 пациенток с СПМН (основная группа) и 50 практически здоровых менструирующих женщин (контрольная группа).

Женщины, вошедшие в основную группу, имели различные проявления синдрома предменструального напряжения. Нами было выделено 20 основных симптомов синдрома предменструального напряжения, каждый из которых оценивался в баллах от 0 до 3.

Синдром оценивался в зависимости от количества симптомов, длительности и интенсивности заболевания. Была выявлена легкая, средняя и тяжелая форма синдрома предменструального напряжения. К легкой форме относили заболевание, при котором сумма баллов составляла от 3 до 6, средняя форма – от 7 до 12, к тяжелой проявлениям синдрома – от 13 до 18 баллов.

Методика клинического обследования женщин состояла из сбора анамнеза, объективного обследования и исследования с помощью клинико-лабораторных методов. Нами была разработана специальная анкета, куда записывали анамнестические данные из медицинских карт амбулаторного больного и историй болезни. Последние уточнялись и дополнялись при личных собеседованиях с женщинами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст пациенток, вошедших в диспансерную группу, колебался от 18 до 48 лет, и в среднем составил $31,4 \pm 2,1$ года, из них в основной группе $31,2 \pm 2,5$ и $31,7 \pm 3,3$ – в контрольной группе.

Проведенные исследования показали, что образовательный уровень пациенток диспансерной группы был достаточно высок: так женщины с высшим образованием составили 27,0% в основной и 28,0% в контрольной группе. У большинства женщин было среднее специальное образование 44,0% в основной и 46,0% в контрольной группе, среднее общее встречалось несколько реже – 24,0% и 22,0% соответственно и только 4,0% имели начальное образование.

Исследование социального статуса женщин с СПМН показало, что наибольший процент в основной группе занимали домашние хозяйки – 39,0%, в контрольной – 36,0%; 25,0% были служащими, из них 24,0% в основной и 26,0% в контрольной группе; 18,0% работали на промышленных предприятиях; 4,0% женщин были работницами сельского хозяйства и 14,0% обследованных были учащимися.

Оценка семейного статуса также не выявила достоверных различий в изучаемых группах. Так, в первом зарегистрированном браке состояло большинство женщин как основной (43,0%), так и контрольной группы (42,0%). Почти четверть женщин, как в основной, так и в контрольной группе не были замужем (25,0% и 28,0%) соответственно; 18,0% обследованных жили в гражданском браке. Осталь-

ные пациентки состояли во втором зарегистрированном браке (12,0%). Существенных различий по семейному положению у женщин основной и контрольной группы выявлено не было.

Вместе с тем интересно отметить, что больше половины (51,0%) женщин основной группы оценивают взаимоотношения в семье как «плохие» или затруднились их оценить, а в контрольной группе таких женщин было достоверно меньше (20,0%; $p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли медико-социальных факторов у пациенток с синдромом предменструального напряжения. Это необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Клінічні і соціальні чинники ризику передменструального синдрому Л.В. Пахаренко

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль медико-соціальних чинників у пацієнток з синдромом передменструальної напруги. Це необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: *передменструальний синдром, чинники ризику.*

Clinical and social risk factors at women with premenstrual syndrome L. V. Paharenko

Results of the spent researches testify to an essential role of mediko-social factors at patients with a syndrome of premenstrual pressure. It is necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: *premenstrual syndrome, risk factors.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 768 с.
2. Жаркий А.Ф. Гипоталамическая регуляция специфических функций организма женщины в норме и патологии. / А.Ф. Жаркий, С.В. Вдовин, Т.С. Вдовина. – Волгоград, 2005. – С. 39–49.
3. Комарова Ю.А. Патогенетические механизмы возникновения цефалгической формы предменструального синдрома у больных старших возрастных групп / Ю.А. Комарова, Э.М. Ильина, В.Е. Балан // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 3. – С. 37–40.

Влияние прерывания беременности в ранние сроки на развитие дисгормональных заболеваний молочных желез

О.А. Полюлях

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта являются: отягощенная наследственность по материнской линии, частые воспалительные заболевания придатков, первая прерванная беременность, наличие 2 и более аборт в анамнезе, заболевания печени и избыточная масса тела. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: дисгормональные заболевания молочных желез, прерывание беременности.

В Украине на сегодняшний день распространенность искусственных абортов на 1000 женщин фертильного возраста одна из самых высоких среди развитых стран, причем нередко аборт производится на фоне различной экстрагенитальной патологии или у женщин, имевших различные нарушения менструальной функции.

Аборт имеет серьезные последствия для репродуктивного здоровья женщины. Частота воспалительных осложнений и различных нарушений менструальной функции после аборта, встречаемости ряда гормонально-зависимых заболеваний колеблется от 15–16% на раннем этапе до 50–60% в позднем периоде, когда начинают преобладать гипоталамо-гипофизарные дисфункции и дисгормональные заболевания молочных желез [1–5].

В последние годы отмечается возрастающий интерес к проблеме профилактики заболевания молочных желез, что связано с неуклонным ростом этой локализации, занимающее лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женского населения.

Часто наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) (у 50% женщин), узловые формы мастопатии диагностируются у 20% пациенток позднего репродуктивного возраста, фиброаденомы – в 18% случаев, рак молочной железы – у 2% женщин, таким образом, около 75–80% женщин репродуктивного возраста страдают различными дисгормональными заболеваниями молочных желез, часто объединяемыми термином мастопатия [3, 4].

По рекомендации ВОЗ мастопатия определяется как фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы проявляю-

щихся на фоне гормональных нарушений. Кроме того, выделяют пролиферативные и регрессивные изменения в тканях молочных желез, причем пролиферативные процессы соответствовали прогестероновой, а регрессивные – эстрогеновой фазе менструального цикла, во время менструации все эти процессы заканчиваются и начинается обратное развитие тканей молочной железы [1–5].

На самых ранних сроках беременности (5–6 нед) гормональное влияние вызывает выраженную перестройку железы с развитием гиперплазии железистого компонента, а искусственное прерывание беременности резко прерывает пролиферативные процессы в молочной железе, гиперплазированная ткань подвергается обратному развитию, регрессивные изменения происходят неравномерно, что может приобрести патологический характер и явиться пусковым моментом развития диффузных мастопатий [4, 5].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме искусственного аборта и по проблеме патологии молочных желез, данные о возможности развития дисгормональных изменений в молочных железах (ДЗМЖ) после искусственного прерывания беременности, практически, отсутствуют.

Цель исследования – изучение факторов риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез после искусственного аборта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проведено обследование 100 пациенток, которым был произведен медицинский аборт по стандартной методике в сроках от 5 до 11,5 нед.

На основании анализа медицинской документации и диспансерного обследования женщин основной группы выявлена частота дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта, оценивалось значение факторов риска, с учетом полученных данных составили исследуемую группу 30 женщин с наиболее высоким риском развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта.

В процессе анализа установлено, что возраст обследованных женщин колебался от 18 до 42 лет, средний возраст $27,9 \pm 2,1$ года, является наиболее активным социальным возрастом, большое количество прерванных беременностей в этом возрасте связано с неблагоприятным социально-экономическим положением.

Основную группу женщин для выявления факторов риска ДЗМЖ после прерывания беременности разделили на заболевших женщин (50 женщин) и контрольную (50 женщин), в которой ДЗМЖ в течение одного года после прерывания беременности не были выявлены. В процессе анализа установлено: возраст в группе заболевших $28,2 \pm 0,5$ года, в то время как среди контрольной преобладали женщины в возрасте от 30 до 39 лет ($32,2 \pm 0,8$ года), что вероятно связано с различиями в половой активности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов показал, что у женщин основной группы имелась выраженная отягощенная наследственность по онкопатологии: 22,0% обследованных имели ближайших родственников со злокачественным заболеванием. У 10,0% родственников отмечалась онкопатология женской половой сферы, у 12,0% – злокачественные образования молочных желез у кровных родственников по ли-

нии матери, что по современным данным является фактором риска развития злокачественных заболеваний молочных желез.

В связи с этим можно отметить, что отягощенная наследственность по раку шейки матки отмечалась у женщин с патологией молочных желез и без нее в 10,0% и 12,0% случаев, соответственно.

Одним из наиболее частых неблагоприятных факторов является воспаление придатков матки, т.к. в результате воспаления дезорганизуется выработка половых гормонов. В нашем исследовании среди женщин после медицинского аборта частота воспалительных заболеваний придатков матки значительно больше в группе женщин с дисгормональной патологией молочных желез 66,0% женщин по сравнению с 14,0% без дисгормональной патологии молочных желез, перенесших прерывание беременности.

Немаловажной причиной, способствующей возникновению мастопатии, являются различные заболевания печени, желчевыводящих протоков и желчного пузыря, выявленные у 32,0% пациенток.

Только с третьего месяца после прерывания беременности появились овуляторные пики в тестах базальной температуры у 4,0% женщин. Восстановление менструального цикла и гормонального профиля у 8,0% женщин уже в 4 цикле, а восстановление овуляторных циклов происходит на 6 месяце всех обследованных женщин.

Определенную роль может играть ожирение (избыток массы $62,6 \pm 2,7\%$), особенно сочетающееся с диабетом (8,0%) и артериальной гипертензией (10,0%). Так, в нашем исследовании в группе заболевших женщин 48,9% женщин имели то или иное превышение веса, в то время как в контрольной группе этот показатель был только 38,03%.

По данным исследования среди женщин группы заболевших возраст первых родов находится в пределах 21–22 лет и позже, в то время как в контрольной преобладали более ранние роды.

Повышается риск возникновения мастопатии и рака молочных желез под влиянием таких неблагоприятных факторов, как отсутствие беременности или поздняя первая беременность. Так, среди женщин заболевших ДЗМЖ после аборта возраст первых родов был расположен в промежутке между 21–25 лет, в то время как среди не заболевших женщин первые роды были раньше, в промежутке между 19–21 годами, что говорит о защитном действии ранних родов на молочную железу.

Также преобладание нерожавших женщин в группе ДЗМЖ после аборта 18,0%, по сравнению с 2,0% среди не заболевших женщин говорит о благоприятном действии беременности на состояние молочных желез.

Искусственное прерывание беременности значительно повышает риск развития патологии молочных желез. По данным нашего исследования у женщины, которым произведено 3 искусственных аборта и более, риск развития дисгормональной патологии молочных желез в 7,2 раза выше.

Кроме того, интересно различное сочетание факторов, отмеченное у 68,0% женщин группы заболевших. Так, сочетание ожирения и заболеваний печени отмечено у 26,0% женщин группы заболевших, а ожирения и хронического сальпингоофорита у 32,0% женщин, ожирение и выраженная отягощенная наследственность по онкопатологии у 18,0% женщин, хронического сальпингоофорита с отягощенной наследственностью по онкопатологии у 8,0% женщин.

Итак, больше шансов возникновения дисгормональной патологии молочных же-

лез после искусственного прерывания беременности, если женщина имеет отягощенную наследственность по материнской линии, воспалительные заболеваниями придатков, первая беременность, закончившаяся медицинским абортom, сделала 2 и более абортom; заболеваниями печени имеет превышение массы тела более 10%.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта являются: отягощенная наследственность по материнской линии, частые воспалительные заболевания придатков, первая прерванная беременность, наличие 2 и более абортom в анамнезе, заболевания печени и избыточная масса тела. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Вплив переривання вагітності в ранні терміни на розвиток дисгормональних захворювань молочних залоз

О.А. Полюлях

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику розвитку дисгормональних захворювань молочних залоз після медичного аборту є: обтяжена спадковість по материнській лінії, часті запальні захворювання придатків, перша перервана вагітність, наявність 2 і більше абортів в анамнезі, захворювання печінки і надлишкова маса тіла. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: дисгормональні захворювання молочних залоз, переривання вагітності.

Influence of interruption of pregnancy in early terms on development dysgormonal diseases of mammary glands

O.A. Poljuljah

Results of the spent researches testify, that major factors of risk of development dysgormonal diseases of mammary glands after medical abortion are: the burdened heredity on a parent line, frequent inflammatory diseases of the appendages, the first interrupted pregnancy, presence of 2 and more abortions in the anamnesis, diseases of a liver and superfluous weight of a body. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: dysgormonal diseases of mammary glands, pregnancy interruption.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоцерковцева Л.Д., Климова Н.В., Агапова Н.А. Лечебно- диагностическая программа ведения больных с доброкачественными дисплазиями молочных желез. // Сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. – Сургут. – 2008. – Ч. 2. – С. 37–39.
2. Бубликов И.Д., Куликов Е.П., Варенов Б.М. Гормональный статус у больных с мастопатией // Вопросы онкологии. – 2008. – № 2. – С. 172–174.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., МИА, 2007. – 768 с.
4. Йен С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – М.: Медицина, 2008. – 456 с.
5. Кира Е.Ф., Бескровный С.В., Ильин А.Б. Мастопатия // Журнал акушерских и женских болезней. – 2008. – № 2. – С. 75–84.

Влияние гистерэктомии на функциональное состояние яичников

П. М. Прудников

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Полученные данные свидетельствуют, что частота возникновения и степени тяжести постгистерэктомического синдрома у женщин перименопаузального периода имеет прямую корреляционную зависимость от общесоматического статуса (наличие двух и более экстрагенитальных заболеваний, в том числе эндокринозависимой патологии) и объема оперативного вмешательства. Гистерэктомия приводит к существенным изменениям анатомических характеристик оставшихся яичников, выражающихся в увеличении объема, понижении экзогенности и исчезновении обычной «ультразвуковой» структуры яичников, что связано с нарушением кровоснабжения яичников во время операции. Спонтанное восстановление объема прооперированных яичников происходит от 9 до 12 мес после хирургического лечения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *постгистерэктомический синдром, состояние яичников.*

В настоящее время широко внедряются в клиническую практику оперативные методы лечения основных гинекологических заболеваний [1–4]. Определение рациональных показаний к операции, адекватное анестезиологическое пособие, использование точной техники, бурное развитие эндоскопической хирургии привели к тому, что оперативное вмешательство в гинекологии стало рассматриваться как довольно безопасная и эффективная лечебная процедура, обеспечивающая, а в ряде случаев, гарантирующая пациентке полное выздоровление [2, 3]. Эта клиническая и социальная ситуация привела к значительному росту числа оперативных вмешательств в гинекологии, в частности, гистерэктомий, доля которых составляет от 15 до 45% в структуре всех гинекологических операций [1–4].

Несмотря на незначительное число послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, отдаленные последствия гистерэктомии, а также анатомо-функциональное состояние яичников изучены недостаточно, что приводит к незначительной эффективности используемых реабилитационных мероприятий.

Все вышезложенное свидетельствует о необходимости изучения клинических аспектов постгистерэктомического синдрома, а также анатомо-функционального состояния яичников у женщин перименопаузального периода, что и явилось целью нашего научного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 150 женщин перименопаузального периода, средний возраст которых составил $46,9 \pm 1,1$ года. 120 жен-

щинам с различными гинекологическими заболеваниями была произведена гистерэктомия, причем 1 клиническую группу составили 60 пациенток, которым была выполнена гистерэктомия без придатков; 60 пациенток после гистерэктомии с придатками составили 2 клиническую группу, а в группу контроля вошли 30 женщин без оперативного лечения в анамнезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований нами установлено, что у женщин с индуцированной менопаузой, как в 1, так и во 2 группах наблюдения преобладали миома матки (1 группа – 88,3% и 2 – 85,0%); фоновая патология шейки матки (1 группа – 55,0% и 2 – 48,3%); воспалительные заболевания придатков (1 группа – 48,3% и 2 – 55,0%); эндометриоз (1 группа – 20,0% и 2 – 15,0%); ретенционные образования яичников (1 группа – 15,0% и 2 – 18,3%); нарушения менструальной функции (1 группа – 13,3% и 2 – 10,0%) и гиперплазия эндометрия (1 группа – 10,0% и 2 – 10,0% соответственно). Основными показаниями для проведения гистерэктомии явились миома матки и эндометриоз.

В настоящем научном исследовании мы посчитали целесообразным представить результаты клинического обследования пациенток 1 группы (гистерэктомия без яичников). Из них 40 пациенткам была произведена субтотальная гистерэктомия (подгруппа А) и 20 – тотальная (подгруппа В). Во всех случаях гистерэктомия проводилась традиционным абдоминальным доступом.

Показаниями для оперативного лечения явились: в 40 случаях (67,0%) миома матки; в 18 (30,0%) гиперпластический процесс эндометрия и в 28,0% – аденомиоз. Необходимо отметить, что более, чем у половины больных имело место сочетание двух или трех вышеперечисленных показаний для оперативного вмешательства, а послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений.

Следует отметить, что в дооперационном периоде 30 (50,0%) пациенток отмечали различные психоневрологические нарушения, проявляющиеся в виде раздражительности, тревоги, плаксивости и депрессии. У 14 (23,3%) женщин изменения психоэмоциональной сферы были связаны с ожиданием предстоящей операции, у 8,3% вегетоневротические изменения были расценены как климактерические проявления.

В предоперационном периоде всем пациенткам была проведена индивидуальная психологическая коррекция, заключающаяся в разъяснении сути предстоящей операции, снятии симптомов тревожности и гармонизации психологического состояния.

В раннем послеоперационном периоде (с 4 по 10 сутки) первые проявления постгистерэктомического синдрома (ПГС) были констатированы у 22 (36,7%) женщин, в последующий месяц – у 26 (43,3%) и в течение трех послеоперационных месяцев у 42 (70,0%) больных. В дальнейшем обратное развитие ПГС имело место только у 8 (19,0%) прооперированных. Суммарная частота ПГС составила 42 случая (64,0%). Анализ возникновения и степени тяжести ПГС показал следующее:

- тяжелая степень (32,4±2,1 балла ММИ) – 7 пациенток (17,0%);
- средняя степень (19,7±1,3 балла ММИ) – 18 больных (43,0%);
- легкая степень (6,1±0,9 балла ММИ) – 17 больных (40,0%).

У пациенток, страдающих гипертонической болезнью, фиброзно-кистозной мастопатией, ожирением, патологией желудочно-кишечного тракта и щитовидной железы

более часто встречались тяжелые и средние степени формы ПГС, чем у пациенток, имеющих другую экстрагенитальную патологию.

Наибольшую значимость среди экстрагенитальной патологии, на фоне которой возникал ПГС, имеют эндокриннозависимые заболевания: ожирение и патология щитовидной железы имели место у каждой второй пациентки; фиброзно-кистозная мастопатия – у каждой третьей. Кроме того, ПГС развивался чаще и имел более тяжелую картину у женщин, имеющих сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний.

Средние и тяжелые формы ПГС у пациенток, имеющих одно экстрагенитальное заболевание, регистрировались у 7 (16,7%), а имеющих два и более общесоматических заболеваний – у 18 (42,8%) больных.

Анализ влияния различных факторов на возникновение и степень тяжести ПГС выявил прямую зависимость от объема оперативного вмешательства.

Установлено, что чем больше объем операции, тем тяжелее протекает ПГС. У женщин после тотальной гистерэктомии без придатков ПГС развился в 100%, при этом средняя и тяжелая степени наблюдались у 15 (75,0%); после субтотальной гистерэктомии без придатков ПГС развился у 22 (55,0%), при этом средняя и тяжелая степень наблюдались у 10 (45,3%) пациенток.

Общее количество пациенток с ПГС, у которых возникли изменения в психической, эмоциональной и вегетативной сфере составила – 42 (70,0%). Наиболее часто встречались такие жалобы, как приливы от единичных до 10 раз в сутки, повышенная потливость, сердцебиение, раздражительность, плаксивость и депрессия.

Установлено, что ведущей клинической формой менопаузальных расстройств сразу после операции, была психоэмоциональная, у 29 (69,0%) прооперированных женщин и характеризовалась нарушением настроения, депрессией, снижением либидо и расстройством аппетита.

Нейровегетативные расстройства встречались у 17 (40,5%) обследованных и характеризовались приливами, повышенной потливостью, сердцебиением, головными болями, лабильностью артериального давления. Обменно-эндокринные расстройства проявились у 4 (9,5%) женщин, которых беспокоили сухость во влагалище, диспареуния, недержание мочи, боли в мышцах и костях.

Ультразвуковое исследование позволило изучить структуру и размеры яичников у обследуемых больных. Причем, в раннем послеоперационном периоде объем яичников по сравнению с дооперационным увеличивался на 60% в подгруппе А и на 70% в подгруппе В. При этом изменение объема яичников происходило за счет уменьшения числа и размеров фолликулов и повышения вследствие этого гомогенности яичников. Подобная структура яичников, по-видимому, предполагала уменьшение стероидогенеза, о чем свидетельствуют результаты проведенных эндокринологических исследований.

Такое увеличение объемов яичников, вероятно, возникает вследствие перевязывания одного из основных источников кровоснабжения яичников, что приводит к угнетению региональной гемодинамики, развитию ишемии и отеку яичников. Возможно, именно этот процесс приводит к снижению стероидогенеза в яичниках и развитию постгистерэктомического синдрома в первые 10 дней после операции.

Восстановление первоначального объема яичников происходит по истечению 6 месяцев, причем в подгруппе А (после субтотальной гистерэктомии) несколько быстрее, чем после тотальной гистерэктомии в подгруппе В.

ВЫВОДЫ

Таким образом, частота возникновения и степени тяжести постгистерэктомического синдрома у женщин перименопаузального периода имеет прямую корреляционную зависимость от общесоматического статуса (наличие двух и более экстрагенитальных заболеваний, в том числе эндокринозависимой патологии) и объема оперативного вмешательства. Гистерэктомия приводит к существенным изменениям анатомических характеристик оставшихся яичников, выражающихся в увеличении объема, понижении эхогенности и исчезновении обычной «ультразвуковой» структуры яичников, что связано с нарушением кровоснабжения яичников во время операции. Спонтанное восстановление объема прооперированных яичников происходит от 9 до 12 мес после хирургического лечения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса реабилитационных мероприятий.

Вплив гістеректомії на функціональний стан яєчників

П.М. Прудников

Отримані дані свідчать, що частота виникнення і міри тяжкості постгістеректомічного синдрому у жінок перименопаузального періоду має пряму кореляційну залежність від загальносоматичного статусу (наявність двох і більше екстрагенітальних захворювань, у тому числі ендокринозалежної патології) і об'єму оперативного втручання. Гістеректомія призводить до істотних змін анатомічних характеристик яєчників, що залишилися, виражаються в збільшенні об'єму, пониженні ехогенності і зникненні звичайної «ультразвукової» структури яєчників, що пов'язано з порушенням кровопостачання яєчників під час операції. Спонтанне відновлення об'єму прооперованих яєчників відбувається від 9 до 12 міс після хірургічного лікування. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу реабілітаційних заходів.

Ключові слова: *постгістеректомічний синдром, стан яєчників.*

Influence hysterectomy on a functional condition of ovaries

P.M. Prudnikov

The received data testify, that frequency of occurrence and a degree of weight posthysterectomy syndrome at women perimenopausal period has direct correlation dependence from somatic the status (presence of two and more extragenital diseases, including endocrinological pathologies) and volume of operative intervention. Hysterectomy results in essential changes of anatomic characteristics of the rest ovaries, expressing in increase in volume, downturn ehogenece and disappearance of usual «ultrasonic» structure ovaries, that is connected to infringement of blood supply ovaries during operation. Spontaneous restoration of volume operative ovaries occurs from 9 till 12 months after surgical treatment. The received results are necessary for using by development of a complex of rehabilitation actions.

Key words: *posthysterectomy syndrome, a condition ovaries.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейомиома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2002. – № 3. – С. 44–48.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 720 с.
3. Кожаневич С.В., Суханова А.А., Суменко В.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 1996. – № 1–2. – С. 22–26.
4. Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2000. – 860 с.

**Тезисы докладов
4 международного
симпозиума**

**«Перинатальная медицина –
безопасное материнство»**

2-3 июня 2011 года
г. Харьков

Тактика ведення пацієнок з урогенітальними розладами на тлі ендометріозу**О.М. Бойко****Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика**

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми генітального ендометріозу не можна вважати всі питання за повністю вирішені. На нашу думку, одним із найбільш актуальних питань є корекція урогенітальних розладів у пацієнок з генітальним ендометріозом. Це дозволить поліпшити результати лікування основної патології і якість життя пацієнок репродуктивного віку.

Нами вивчені клінічні прояви урогенітальних розладів, стан мікробіоценозу статевих шляхів і сечового міхура, а також психологічного статусу у жінок репродуктивного віку з генітальним ендометріозом. З'ясовані основні особливості порушення сечовипускання, функціональні стани сечового міхура і замикального апарату сечівника у жінок з урогенітальними розладами і генітальним ендометріозом. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, психологічними, мікробіологічними, ендокринологічними і функціональними методами досліджень у жінок з урогенітальними розладами і генітальним ендометріозом. Це дозволило розробити і впровадити практичні рекомендації по зниженню частоти і ступеня вираженості урогенітальних розладів у жінок репродуктивного віку з генітальним ендометріозом.

**Нарушення репродуктивної функції у пацієнок
позднього репродуктивного віку****І.І. Чермак****Національная медицинская академия последипломного образования****им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Проведенный анализ частоты и особенностей перенесенных гинекологических заболеваний и операций у 26,5% женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием позволяет предположить, что дальнейшее лечение, направленное на восстановление репродуктивной функции, у данного контингента больных будет сопряжено с определенными трудностями и окажется невысоким по эффективности. Это диктует необходимость усовершенствования существующих диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток позднего репродуктивного возраста с бесплодием.

**Влияние генитального эндометриоза на преждевременную
инволюцию репродуктивной системы****О.В. Чирва****Медицинский институт Сумского государственного университета**

Возникновение и развитие эндометриоза сопровождается, помимо нарушений менструальной и генеративной функций, сложными реакциями регулирующих систем, влекущими за собой изменения деятельности всего женского организма и характеризующими процесс его дезадаптации в новых условиях, резко ухудшающих общее состояние и качество жизни, а нередко приводящих к инвалидизации женщин репродуктивного возраста. Проведена оценка выраженности клинических проявлений, общего состояния и качества жизни больных с эндометриозом. Установлено клинично-функциональное состояние репродуктивной системы и молочных желез у женщин с эндометриозом.

Определены темпы инволюции организма больных с эндометриозом при различных вариантах лечебно-профилактических мероприятий. Разработаны и внедрены практичес-

кие рекомендации по снижению частоты преждевременной инволюции репродуктивной системы у женщин с эндометриозом.

Возможности оптимизации вспомогательных репродуктивных технологии у бесплодных супружеских пар

А.С. Дарий

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

В структуре репродуктивных потерь роль генетического фактора недостаточно раскрыта. Недооценка роли молекулярно-цитогенетических методов в определении хромосомной мутации приводит к несовершенству и в алгоритме диагностики хромосомной патологии на преконцепционном и пренатальном уровнях. Выделение генетического фактора, установление его природы – первоочередная задача при планировании беременности, в ходе ведения беременности и лечения бесплодия в программах ВРТ. Приоритетной целью в акушерстве и гинекологии является рождение здорового ребенка. Только корректная оценка генетического фактора позволит предотвратить рождение ребенка с хромосомной патологией.

Нами показана роль генетического компонента в структуре причин репродуктивных потерь у супружеских пар с различным репродуктивным анамнезом. Научно обоснована необходимость преконцепционного этапа генетического скрининга в комплексе прегравидарной подготовки. Показаны преимущества преимплантационной диагностики наследственной патологии при проведении вспомогательных репродуктивных технологий. Изучена эффективность современных молекулярно-цитогенетических методов пренатальной диагностики наследственной патологии в I триместре беременности. Разработан и внедрен алгоритм ведения прегравидарной подготовки и I триместра беременности у супружеских пар с различным репродуктивным анамнезом.

Особенности диагностики фето-фетального синдрома при многоплодной беременности

Е.В. Игнатенко

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Изучены особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности, которая протекает без и с фето-фетальным синдромом. Показаны различия клинического течения моно- и бихориальной двойни. Представлены эхографические и доплерометрические особенности компенсированного и декомпенсированного фето-фетального синдрома в динамике его развития. Предложена методика прогнозирования начальных проявлений фето-фетального синдрома на основе динамических эхографических исследований.

Особенности невынашивания у женщин с варикозной болезнью нижних конечностей

О.Н. Ищак

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Изучены особенности клинического течения I триместра беременности у женщин с варикозной болезнью нижних конечностей. Показаны особенности системного гемостаза

и эндокринологического статуса при самопроизвольном прерывании беременности в I триместре у пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей. Установлена взаимосвязь между клиническими, гемостазиологическими, эндокринологическими и эхографическими особенностями у пациенток с невынашиванием на фоне варикозной болезни нижних конечностей. Это позволило расширить имеющиеся данные о патогенезе невынашивания и предложить усовершенствованную методику профилактики невынашивания у пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей.

Особенности психовегетативных расстройств в климактерическом периоде

И. Т. Кишакевич

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для климактерического синдрома характерен высокий уровень психовегетативных расстройств. Установлена коррелятивная зависимость между степенью выраженности климактерических проявлений и психовегетативных расстройств у женщин. Это диктует необходимость сочетанного использования заместительной гормональной терапии и антидепрессантов.

Повышение эффективности диагностики и лечения женского бесплодия с использованием гистероскопии

Е. Н. Коробко

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Изучены особенности внутриматочной патологии среди причин женского бесплодия. Показано клиническое значение различной внутриматочной патологии в генезе женского бесплодия. Изучены особенности эндокринологического статуса пациенток с бесплодием на фоне различной внутриматочной патологии. Показаны сравнительные диагностические аспекты: клинические, эхографические и гистероскопические при диагностике женского бесплодия. Предложен алгоритм обследования пациенток с женским бесплодием с применением гистероскопии.

Особенности вспомогательных репродуктивных технологий и профилактика невынашивания у пациенток с доброкачественной патологией молочных желез

Д. А. Кошик

Одесский национальный медицинский университет

Женщины после ВРТ относятся к группе повышенного риска различных акушерских и перинатальных осложнений, в том числе и невынашивания беременности, особенно в случае исходной эндокринопатии вследствие дисгормональных заболеваний молочных желез. Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме ВРТ нельзя считать ее полностью решенной, особенно в плане тактики ведения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез и профилактики у них невынашивания в I триместре беременности. Установлены частота и показания для ВРТ у женщин с доброкачественной патологией молочных желез. Выявлены основные особенности нарушений эндокринологического статус-

са у пациенток с доброкачественной патологией молочных желез. Изучены основные особенности клинического течения предгравидарного периода, беременности и родов после ВРТ у женщин с доброкачественной патологией молочных желез. Усовершенствован алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты невынашивания после ВРТ у женщин с доброкачественной патологией молочных желез.

Варианты миграции аномально расположенной плаценты

С.А. Курицина

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет, высокий паритет, инфекции урогенитального тракта, структурные нарушения матки (рубец/ миома/ аномалии).

Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершенный (полная миграция) и незавершенный вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

Влияние различной локализации лейомиомы матки на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения

М.Л. Куземенская

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных клинико-функциональных исследований свидетельствуют, что женщины с наличием лейомиомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии. Этому способствует отягощенный прегравидарный фон, осложненное течение беременности, нарушения маточно-плацентарной, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояние нестойкого равновесия гормоносинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать–плацента–плод.

Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

Влияние местной и системной гормональной контрацепции на изменения микробиоценоза половых путей

Д.С. Ледин

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об отсутствии негативного влияния различных методов гормональной контрацепции на состояние микробиоцено-

за половых путей. Представлены основные преимущества и неблагоприятные эффекты местной и системной гормональной контрацепции на изменения биоценоза влагалища. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма профилактики непланируемой беременности, особенно у женщин с исходными нарушениями микробиоценоза половых путей.

Влияние генитального эндометриоза на изменения системного звена иммунитета

Б.М. Лысенко

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом характеризуются статистически значимым повышением титра антител к персистирующим вирусам в сравнении с группой контроля. Суммарный уровень активации персистирующих вирусов у больных генитальным эндометриозом превышает диагностический титр более чем в 3,5 раза, что свидетельствует о недостаточности противовирусного звена иммунитета.

Использование комплексной терапии у больных с аденомиозом репродуктивного возраста увеличивает время периода без рецидивов и снижает показатель частоты бесплодия.

Особенности ведения пациенток с женским бесплодием на фоне ановуляции

Н.А. Марьянчик

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Важным в исследованиях патогенеза эндокринных форм бесплодия явилось открытие взаимосвязи хронической ановуляции и инсулинорезистентности. Нарушенная чувствительность к инсулину часто встречается как у тучных пациенток, так и у женщин с нормальной массой и не зависит от индекса массы тела. Роль инсулина в патофизиологии данного состояния до конца не изучена. Недостаточно совершенны методы диагностики и лечения метаболических нарушений у пациенток в зависимости от массы тела. Выявление источника гиперандрогении сложно и не всегда возможно, что объясняется филогенетической общностью яичников и надпочечников, аналогичным спектром синтезируемых андрогенов и сходством клинической картины при гиперандрогении различного генеза. Изучение частоты и характера метаболических нарушений у женщин с хронической ановуляцией, гиперпролактинемией, гиперандрогенией, оказывающих неблагоприятное влияние на формирование, становление и функцию репродуктивной системы, приобретает не только теоретическое и практическое, но и социальное значение.

Изучены факторы влияющие на формирование стойких нарушений репродуктивной функции с развитием хронической ановуляции. Выявлены особенности развития и характер метаболических нарушений у женщин с хронической ановуляцией различного генеза. Проведен анализ частоты различных форм гиперпролактинемии неопухолевого генеза у женщин с нарушенной репродуктивной функцией. Разработаны и внедрены дифференцированные подходы к диагностике выявленных нарушений и оценить эффективность лечения бесплодия после их коррекции. Предложена и апробирована программа обследования и лечения бесплодия у пациенток с хронической ановуляцией.

Влияние миопии различной степени тяжести на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения**Л.Н. Мочалова****Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

На сегодняшний день большинство исследователей склоняется к мнению, что самостоятельные роды для женщин с неосложненной миопией достаточно безопасны. Однако при наличии таких осложнений, как центральная и периферическая хориоретинальная дистрофия или отслойка сетчатки в анамнезе решение принимается, как правило, в пользу операции кесарева сечения. До сих пор при выборе способа родоразрешения беременных с миопией часто отдается предпочтение абдоминальному родоразрешению. Однако нередко единственным обоснованием подобной тактики является сам факт миопии, что обуславливает чрезмерно высокую частоту кесарева сечения у данного контингента беременных. При этом отсутствует полноценный офтальмологический контроль за данной категорией женщин и решение о проведении кесарева сечения принимается при наличии у беременной миопии высокой степени, часто неосложненной.

Выявлены особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы родоразрешения женщин с миопией различной степени тяжести. Проведено сравнение состояния центральной и глазной гемодинамики у беременных с миопией различной степени тяжести. Разработан комплекс пренатальной профилактики периферической витриохориоретинальной дистрофии у беременных с миопией и оценена его эффективность. Обоснована возможность снижения частоты операции кесарева сечения у беременных с миопией применением длительной эпидуральной анестезии в родах. Разработан и внедрен алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты перинатальной патологии у женщин с миопией различной степени тяжести.

Вплив варикозного розширення вен нижніх кінцівок на розвиток плацентарної дисфункції**Ю.Б. Моцюк****Івано-Франківський національний медичний університет**

Серед широкого спектру соматичної захворюваності варикозна хвороба нижніх кінцівок займає останніми роками істотне місце. Несприятливий вплив цієї патології на клінічний перебіг вагітності і пологів пов'язаний, в першу чергу, з розвитком системних порушень гемостазу, тромбофілічних станів і зміною гемодинаміки у фетоплацентарному комплексі. Незважаючи на значне число наукових повідомлень по цих проблемах, питання плацентарної дисфункції у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок раніше не вивчалися, хоча їх необхідність і своєчасність не викликає сумнівів.

Показаний вплив варикозної хвороби нижніх кінцівок на розвиток перинатальної патології. З'ясовані особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, функціональними, ендокринологічними і гемостазіологічними особливостями у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок під час вагітності. Розроблений і впроваджений комплекс діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо зниження перинатальної патології у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

Тактика ведения нарушений менструальной функции у девочек, рожденных с задержкой внутриутробного развития***О.В. Наустинная*****Национальная медицинская академия последипломного образования****им. П.Л. Шупика, г. Киев**

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе все чаще поднимается вопрос о наличии взаимосвязи между развитием акушерской патологии у матери и состоянием репродуктивного здоровья девочек и девушек, особенно нарушения менструальной функции. В тоже время, в современной литературе имеются лишь единичные публикации о физическом и половом развитии девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития. Хотя здесь можно предположить о выявлении определенных закономерностей, которые позволят расширить имеющиеся данные о патогенезе нарушений менструальной функции.

Нами установлена частота и клинические проявления нарушений менструальной функции у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития. Выяснены эхографические особенности развития органов малого таза и молочных желез, особенности эндокринологического статуса и микробиоценоза половых путей у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

Разработан и внедрен алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при нарушениях менструальной функции у девочек пубертатного периода, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

Клинико-эндокринологические изменения у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез после артифициальных абортов***О.А. Полюлях*****Национальная медицинская академия последипломного образования****им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что одной из причин развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта являются изменения эндокринологического статуса, которые являются неблагоприятным фоном для возникновения данной патологии. При этом дисгормональные нарушения является как следствием доброкачественных заболеваний молочных желез, так и перенесенного артифициального аборта. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Повышение эффективности лечения бесплодия с использованием современных малоинвазивных технологий***М.В. Нименький*****Национальная медицинская академия последипломного образования****им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Современная эндохирургия бесспорно получила широкое распространение, тем не менее, вопрос корректного подхода к ее использованию в лечебных программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) остается дискуссионным. Фактор хирургической патологии противоречив, и его роль в женском бесплодии недостаточно изуче-

на. Дискуссии о выборе хирургической и/или консервативной тактики лечения женской фертильности не только продолжаются, но и приобретают особое значение в программах ВРТ. В вопросах хирургических осложнений беременности после программы ВРТ отсутствует единое мнение о тактике (наблюдаются колебания от «активной хирургии» до ее использования в недостаточной мере).

Мы рассмотрели значение хирургической патологии в структуре заболеваемости у женщин, обратившихся за помощью в проведении ВРТ. Изучена частота и структура хирургической составляющей гинекологической заболеваемости у женщин с нарушенной репродуктивной функцией. Оценены преимущества малоинвазивных хирургических методов в диагностике и лечении женского бесплодия. Разработан и внедрен алгоритм использования современной малоинвазивной хирургии с целью повышения эффективности программ ВРТ.

Клинико-эндокринологические аспекты предменструального синдрома

Л.В. Пахаренко

**Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре предменструального синдрома преобладает нейропсихическая форма (52,0%), менее распространена отечная форма (34,0%), наиболее редко встречающейся является цефалгическая форма (14,0%) заболевания.

Содержание эстрадиола и прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла в крови больных предменструальным синдромом достоверно выше, чем у здоровых женщин. Уровень прогестерона в крови женщин с предменструальным синдромом коррелирует с тяжестью заболевания. Наиболее высокие значения прогестерона наблюдают при цефалгической, наиболее низкие – при нейропсихической форме заболевания. Содержание пролактина и андрогенов в крови больных предменструальным синдромом не отличается от данных показателей у здоровых женщин. Содержание серотонина в крови женщин с нейропсихической формой предменструального синдрома находится в обратной зависимости от степени тяжести заболевания. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с предменструальным синдромом.

Особливості ведення жінок із ендометріозом на тлі хронічних запальних процесів репродуктивної системи

Е.П. Прокопенко

**Дніпропетровський медичний інститут Української асоціації
народної медицини**

В даний час хронічні запальні процеси статевих органів є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі жіночого безпліддя ця патологія займає одне з перших місць. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють запальні процеси, обтяжений репродуктивний анамнез, часта зміна статевих партнерів, медико-соціальні причини та ін. Не дивлячись на значне число наукових публікацій щодо проблем ендометріозу та запальних процесів статевих органів, наукові дослідження стосовно цих двох

патологій практично відсутні, а поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Нами вивчені основні варіанти ендометріозу у жінок репродуктивного віку за відсутності та наявності запальних процесів статевих органів.

З'ясовані основні ехографічні, ендокринологічні та мікробіологічні зміни у жінок репродуктивного віку з ендометріозом та запальними захворюваннями статевих органів. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними та мікробіологічними змінами у жінок репродуктивного віку при поєднанні ендометріоза та запальних захворювань статевих органів. Розроблені і упроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти ускладнених форм ендометріозу у жінок репродуктивного віку при поєднанні його із запальними захворюваннями статевих органів.

Влияние гистерэктомии в репродуктивном возрасте на изменения метаболизма

В.А. Рудь

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

На основании изучения процессов метаболизма, плотности костной ткани и фосфорно-кальциевого обмена, можно сделать вывод о наличии повышения процессов резорбции и ремоделирования (с преобладанием процессов резорбции) у пациенток после хирургического лечения (гистерэктомия без и с придатками) на фоне исключения или снижения функции яичников, что приводит к уменьшению плотности костной ткани. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Пути снижения невынашивания беременности у женщин с лейомиомой матки

Н.В. Рукомеда

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретает исходные фоновые гинекологические заболевания, особенно эндокринного генеза. Успехи современной эндокринной гинекологии к настоящему времени создали предпосылки к пониманию генеза нарушений репродуктивной системы и обеспечили возможность более глубокого понимания механизмов невынашивания беременности на фоне различных вариантов лейомиомы матки.

Нами изучены частота, структура и основные причины преждевременного прерывания беременности у женщин с лейомиомой матки. Выявлены особенности изменений эндокринологического и микробиологического статуса у женщин с лейомиомой матки динамике гестации. Установлена взаимосвязь между клиническими, эхографическими, эндокринологическими и микробиологическими изменениями в течение гестационного процесса у женщин с лейомиомой матки. Разработаны и внедрены практические рекомендации по снижению частоты невынашивания у женщин с лейомиомой матки на основе разработки дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий.

**Пути снижения вегетативных и сексуальных нарушений
у женщин в период перименопаузы****О.Г. Саченко****Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Развитие психосоматического направления и внедрение информативных методик обследования вызывают интерес к роли психических и сексуальных факторов в возникновении климактерических расстройств. Этот подход получил название психосоматического, а его проявления стали рассматривать как психосоматические. Психосоматический подход к диагностике и лечению различных психосоматических нарушений показал, что наибольшее значение он имеет на ранних стадиях их развития. Наличие в климактерическом периоде у женщин психосоматических и сексуальных нарушений, сложность адекватной оценки и коррекции их, позволяют считать этот вопрос одним из важных на современном этапе.

Нами проведена оценка особенности психосоматических и сексуальных нарушений у женщин перименопаузального периода. Установлена индивидуально-психологическая типология женщин и дана оценка ее значению в патогенезе климактерических расстройств. Представлена оценка значения и эффективности различных методов коррекции в зависимости от клинических проявлений климактерических расстройств. Исследовано соматическое состояние и сексуальное здоровье после применения различных методов терапии климактерических расстройств. Разработана психосоматическая модель индивидуального прогнозирования развития климактерического синдрома с помощью математического моделирования для подбора метода психопрофилактического воздействия.

**Рубец на матке после кесарева сечения: эхографические
и морфологические особенности****И.М. Шлапак****Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при оценке состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе диагностическая точность трансабдоминального ультразвукового исследования составила 70,0%, трансвагинального ультразвукового исследования ? 78,0%, магнитно-резонансной томографии ? 60,0%, доплерометрии ? 56,0%; при несостоятельности рубца на матке клинические признаки наблюдались в 47,0% случаев. При морфологической оценке нижнего сегмента не выявлено зависимости морфологической структуры нижнего сегмента матки от временного интервала между операциями.

**Особенности абдоминального родоразрешения у женщин
с бесплодием в анамнезе****Б.Г. Салдадзе****Медицинский институт Сумского государственного университета**

Особую группу риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений при абдоминальном родоразрешении составляют женщины с бесплодием различного генеза. В последние годы повышается эффективность лечения бесплодия различного генеза за счет широкого использования вспомогательных репродуктивных технологий. Вместе с тем, беременные женщины с бесплодием различного генеза имеют повышенный риск развития различных

акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувальні заходи не завжди ефективні.

Нами встановлено частоту, причини і структуру акушерської і перинатальної патології у жінок з безпліддям різного генезу. Виявлено основні показання до абдомінального родорозрешення жінок з безпліддям різного генезу. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, ендокринологічними, функціональними і мікробіологічними змінами у жінок з безпліддям різного генезу, родорозрешених шляхом операції кесарева розтину. Розроблено тактику ведення пацієнток з безпліддям різного генезу до і після абдомінального родорозрешення.

**Частота і причини захворюваності
жінок – медичних працівників
А.С. Шельгін**

**Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, г. Київ**

Специфіка трудової діяльності медичних працівників пов'язана з впливом професійних факторів, здатних викликати захворювання, призводити до втрати працездатності, інвалідності, а в ряді випадків бути безпосередньою загрозою життю. Проблема захисту репродуктивного здоров'я медичних працівників багатогранна, і її рішення передбачає взаємодію різних напрямків охорони здоров'я і соціальної політики держави з урахуванням національних особливостей і міжнародних стандартів. Незважаючи на важливість проблеми, в літературі недостатньо доказаних даних про професійну захворюваність жінок – медичних працівників, що безумовно впливає суттєво на стан їх репродуктивного здоров'я.

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту професійної захворюваності медичних працівників різного рівня – лікарів і медсестер. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувальних заходів.

**Шляхи зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з
різними формами безпліддя**

А.М. Шлемкевич

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ
ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів**

Останнім часом частіше відбуваються пологи жінок, які лікувалися з приводу різних форм безпліддя, що пов'язане з широким впровадженням сучасних діагностичних і лікувальних технологій, особливо з використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). В умовах сьогодення немає єдиної думки щодо того, чи є різні причини безпліддя чинником ризику акушерських і перинатальних ускладнень. З одного боку, не стільки наявність безпліддя, скільки несприятливий преморбідний фон негативно впливає на перебіг і результат вагітності. Проте, на думку більшості авторів, наявність початкового жіночого безпліддя є серйозним чинником ризику, особливо для жінок, які тривалий час лікувалися і змушені були використовувати ДРТ. Причини високого рівня акушерської і перинатальної патології у жінок з безпліддям різного генезу в умовах сьогодення все ще вивчені недостатньо і трактуються різними дослідниками неоднозначно.

Відсутній диференційований підхід до профілактики акушерських і перинатальних ускладнень залежно від причин безпліддя.

Результати проведених досліджень свідчать, що використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі з використанням диференційованого підходу, дозволяє зменшити частоту не лише репродуктивних втрат, але і основних акушерських і перинатальних ускладнень, що є вирішенням важливої проблеми сучасного акушерства.

Шляхи зниження маткових кровотеч у жінок з метаболічним синдромом

В.Я. Скрипник

Івано-Франківський національний медичний університет

Проблема маткових кровотеч є однією з найбільш важливих в сучасному акушерстві у зв'язку з високим рівнем материнської смертності і захворюваності. Серед основних причин такої тенденції виділяють наступні: збільшення частоти екстрагенітальної патології, початкових дисгормональних порушень, хронічне інфікування та ін. Особливу групу ризику по розвитку маткових кровотеч складають жінки з соматичною захворюваністю. Останніми роками в структурі екстрагенітальної патології особливе місце займають різні ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром, що характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних яєчників, які часто взаємозв'язані і доповнюють один одного. В той же час, вагітні жінки з метаболічним синдромом мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Нами встановлені частота, причини і структура маткових кровотеч у жінок з метаболічним синдромом. З'ясовані особливості і характер скорочувальної активності матки при розродженні через природні пологові шляхи жінок з метаболічним синдромом. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, гемостазіологічними і функціональними змінами у жінок з метаболічним синдромом за наявності і відсутності маткових кровотеч. Розроблений і впроваджений алгоритм тактики ведення жінок з метаболічним синдромом після розродження.

Особливості ведення жінок із гіперпластичними процесами ендометрія на тлі гіпотиреоза

Е.В. Степанова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Серед основної патології репродуктивної системи в перименопаузальному періоді посідають гіперпластичні процеси ендометрія. Основними причинами розвитку різних варіантів гіперпластичних процесів ендометрія є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності та ін. Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій по проблемах гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Нами вивчені основні варіанти гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного періоду без і з гіпотиреозом. З'ясовані основні ехографічні і ендокринологічні

зміни у жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія без і на фоні гіпотиреозу. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, ехографічними і ендокринологічними змінами у жінок репродуктивного періоду при поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу. Розроблені і впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти ускладнених форм гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного періоду при поєднанні їх з гіпотиреозом.

Современные аспекты диагностики осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

В.С. Страховецкий

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

Несмотря на успехи и достижения современной гинекологии, гнойно-воспалительные заболевания придатков матки в настоящее время характеризуются ростом частоты заболевания, склонностью к длительному рецидивирующему течению и генерализации процесса. Необратимые изменения в придатках матки, вынужденные объемы операций приводят в большей части случаев к потере специфических функций женского организма, к инвалидизации. Распространение гнойно-воспалительного процесса за пределы внутренних половых органов, развитие местного и разлитого перитонита вынуждает выполнять радикальные вмешательства у женщин с нереализованной репродуктивной функцией. Разрозненность исследований по систематизации и оценке эффективности методов диагностики и лечения разлитого перитонита с учетом особенностей его течения у больных гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) обусловило целесообразность выполнения данной работы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее информативным в отношении выявления экстрагенитальных очагов гнойного воспаления при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки является сочетание бимануального исследования и УЗИ (0,84). Изолированное УЗИ обладает большей чувствительностью (0,6), чем диагностическая лапароскопия. Спаечно-инфильтративный процесс, парез кишечника нивелируют эффективность визуальной диагностики при лапароскопии у пациенток с пельвиоперитонитом до 0,37, с разлитым перитонитом до 0,29. Рентгенография брюшной полости обладает высокой чувствительностью только в отношении выявления кишечной непроходимости (0,98). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических мероприятий у пациенток с гнойным поражением придатков матки.

Дисгормональные нарушения у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы

Т.М. Титенко

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

В настоящее время здоровье детей и подростков является объективным критерием социального благополучия общества. К сожалению, современные исследования констатируют нарастающее ухудшение показателей здоровья у подрастающего поколения. Особую тревогу вызывает многократное увеличение в последние годы числа функциональных расстройств репродуктивной системы и девочек-подростков.

В последние годы получили развитие исследования роли щитовидной железы в процессах полового созревания. При этом отмечается высокая частота отклонений в темпах полового созревания и становления менструальной функции при патологии щитовидной железы. Однако проблема ассоциированной тиреоидно-гонадной патологии у подростков изучена недостаточно. Доказано, что явные формы тиреоидной патологии всегда сопровождаются нарушениями полового развития, а вопрос о влиянии субклинических форм патологии щитовидной железы продолжает активно обсуждаться. До сих пор не очерчены формы поражения щитовидной железы при различных вариантах нарушений полового развития. Нет единого мнения о характере взаимоотношений гипоталамо-гипофизарно-гонадной и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидными системами. Сведения же о секреции гонадотропинов и пролактина при дисфункциях щитовидной железы противоречивы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при наличии патологии пубертатного периода очень важное значение имеет морфо-функциональное состояние щитовидной железы и содержание тиреоидных гормонов. При разработке комплекса прогностических и лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать основные изменения тиреоидного обмена и содержание гормонов гипофиза, гипоталамуса и яичников. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости терапии, направленной и на нормализацию метаболических и ликворо-динамических процессов в центральной нервной системе.

Пути снижения невынашивания у женщин групп высокого риска

Ж.С. Ткаченко

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, г. Киев

В основе репродуктивных потерь I триместра беременности лежат различные этиологические факторы. Большинство из них генетически обусловлены. Несмотря на значительное число научных публикаций, посвященных проблеме невынашивания, эта тематика остается наиболее дискуссионной и противоречивой. Еще больше вопросов возникает в связи с программами ВРТ. Значение молекулярно-цитогенетических исследований в выявлении и диагностике хромосомной патологии в материале самопроизвольных и индуцированных абортс I триместра беременности недостаточно изучено. Отсутствует сравнительная характеристика хромосомных мутаций, выявляемых в материале самопроизвольных абортс при самостоятельной беременности и полученной после программы ВРТ. Информации о значимости молекулярно-цитогенетических методов в диагностике скрытых хромосомных аномалий, а также в случаях выявления мозаичных клонов с хромосомной мутацией, крайне недостаточно.

Нами установлена частота и структура хромосомных мутаций при спонтанных абортс в I триместре беременности. Проанализирован спектр хромосомных мутаций, лежащих в основе репродуктивных потерь I триместра беременности. Проведена сравнительная характеристика хромосомных мутаций при беременности, наступившей самостоятельно и в результате программы ВРТ. Продемонстрированы преимущества флуоресцентной гибридизации *in situ* (FISH) в пренатальной диагностике. Разработан и внедрен алгоритм диагностики и тактики ведения пациенток при репродуктивных потерях в I триместре беременности.

Современные факторы риска слабости родовой деятельности
С.Я. Ткачик
Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Одним из основных вариантов АРД является слабость родовой деятельности (СРД), лечение и профилактика которой вызывает определенные трудности. Недостаточная изученность патогенетических механизмов развития АРД и СРД чрезвычайно затрудняет возможность целенаправленного прогнозирования, а следовательно, и профилактики этих осложнений родового акта.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме АРД и СРД нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане возможности прогнозирования этого серьезного осложнения.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при слабости родовой деятельности не было выявлено «ярких» клинико-анамнестических факторов. Однако, основываясь на разработанной нами модели, дородовая профилактика слабости родовой деятельности представляется действенной: хроническая артериальная гипертензия; гемоконцентрация; патологический прелиминарный период – возможные точки приложения профилактических мероприятий. Предлагаемая методика прогнозирования является простой и общедоступной для практического здравоохранения.

Плацентарная дисфункция у женщин с внематочной беременностью в анамнезе
П.Р. Волосовский
Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

К сожалению, в последние годы частота внематочной беременности, в том числе и после вспомогательных репродуктивных технологий, продолжает нарастать, что связано не только с научно-техническим прогрессом, но и повышением уровня инфицированности урогенитальной системы, начиная с пубертатного периода. Все это вызывает состояние «хронического стресса», во время настоящей беременности, частота осложнений которой выше по сравнению с общей популяцией. Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме беременности и родов у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом целый ряд научных задач далеки от разрешения. По нашему мнению, одной из таких задач является снижение акушерской и перинатальной патологии у женщин с внематочной беременностью в анамнезе. Публикации в данном направлении являются единичными, не систематизированными и носят фрагментарный характер, что не позволяет достаточно эффективно решать данную научную задачу.

Результаты проведенных научных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин, перенесших внематочную беременность являются достаточно актуальной научной задачей. При этом у беременных этой группы, особенно после ВРТ, развивается плацентарная недостаточность сочетанного генеза (нарушения микроциркуляции, эндокринная недостаточность и высокий уровень микробного обсеменения), основные эхографические проявления которой начинаются с 18–20 нед и прогрессивно нарастают вплоть до родоразрешения. Высокий уровень акушерской и перинатальной патологии обусловленный, в первую очередь, нарушениями в системе мать–плацента–плод, что является причиной высокой частоты абдоминального родоразрешения.

Особенности беременности и родов при низкой плацентации
Н. Урсаки
Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Низкая плацентация является достаточно частым и в тоже время одним из наиболее неблагоприятных в плане прогнозирования исхода беременности и родов для плода патологических состояний. Признаки дистресса плода выявляются в два раза чаще, а преждевременная отслойка плаценты приводит к обязательному досрочному родоразрешению.

Благоприятный исход беременности и родов при данном варианте плацентации определяется как преемственностью на этапах ante- и интранатальной охраны плода, так и тщательной разработкой семиотики страдания плода при родоразрешении. Вместе с тем, многие вопросы диагностики низкой плацентации, а также оценка клинической значимости лабораторного и ультразвукового исследования остаются малоизученными.

Нами изучены частота и факторы, обуславливающие низку плацентацию. Показана роль динамического ультразвукового исследования в ранней диагностике низкой плацентации. Дана оценка морфо-функциональному состоянию фетоплацентарного комплекса у женщин с низкой плацентацией. Определена прогностическая значимость факторов пре-, интра- и постнатального риска и разработать алгоритм комплексного обследования женщин с низкой плацентацией. Разработан и внедрен комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при низкой плацентации, а также оптимальные сроки и методы родоразрешения.

Особенности ведения женщин с воспалительными процессами половых органов и острым аппендицитом
Т.В. Василенко
Днепропетровский медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины

Из известных этиологических аспектов развития совместного воспаления органов малого таза и червеобразного отростка в литературных источниках чаще указывается на наличие функционально-анатомической связи между ними, поддерживающей их воспаление. Наличие гинекологических заболеваний при остром аппендиците затрудняет их дифференциальную диагностику и выявление первичного очага, вследствие схожей симптоматики, что в свою очередь ведет к неадекватному лечению и осложнениям. Все это создает необходимость выработки критериев органосохраняющих операций при сочетанной патологии.

Нами выявлено влияние длительного применения внутриматочного контрацептива на риск развития деструктивных форм острого аппендицита. Установлены факторы риска развития гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков, сочетающихся с острым аппендицитом. Изучена структура осложнений в раннем послеоперационном периоде в зависимости от характера воспалительной патологии и степени деструкции червеобразного отростка. Разработан и внедрен алгоритм ведения больных с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков, сочетающихся с острым аппендицитом.

Эндометриоз в анамнезе – как фактор риска плацентарной дисфункции**В.Д. Воробий****Национальная медицинская академия последипломного образования****им. П.Л. Шупика, г. Киев**

В современных условиях наблюдается тенденция к увеличению распространенности генитального эндометриоза, особенно среди женщин молодого репродуктивного возраста, что существенно снижает качество их жизни. Частота бесплодия при данной патологии достигает 80%, причем в настоящее время нет единого мнения о причинах бесплодия при данном заболевании, особенно при сохраненном двухфазном менструальном цикле и проходимых маточных трубах.

Гормональный гомеостаз, способствующий нормальному развитию плода и плаценты, обеспечивается единой системой мать–плацента–плод, где эндокринная функция каждого из ее звеньев обладает относительной самостоятельностью и, вместе с тем, находится в функциональной взаимосвязи, позволяющей определить резервы фетоплацентарного комплекса (ФПК).

В патогенезе возникновения и развития патологического процесса ведущая роль принадлежит нарушениям нейроэндокринной регуляции ФПК, в связи с чем определение белковых и стероидных гормонов особенно важно для диагностики патологического состояния, оценки степени его тяжести и возможности мобилизации приспособительных реакций.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе является достаточно серьезной научной проблемой. Одно из наиболее важных направлений – изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса и разработка диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особенности ВРТ у супружеских пар с мужским фактором бесплодия, профилактика невынашивания в I триместре**беременности****И.Л. Захаренко****Одесский национальный медицинский университет**

Женщины после вспомогательных репродуктивных технологий относятся к группе повышенного риска различных акушерских и перинатальных осложнений, в том числе и невынашивания беременности, особенно в случае исходных нарушений репродуктивного здоровья, в том числе и у мужчин. Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме вспомогательных репродуктивных технологий нельзя считать ее полностью решенной, особенно в плане тактики ведения пациенток с мужским фактором бесплодия, а также профилактики у них невынашивания.

Нами установлена частота ВРТ у супружеских пар с мужским фактором бесплодия. Выявлены основные особенности нарушений репродуктивного здоровья мужчин с бесплодием и последующими ВРТ у женщин. Изучены основные особенности клинического течения предгравидарного периода, беременности и родов у женщин с ВРТ по поводу мужского фактора бесплодия. Усовершенствован алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты невынашивания в I триместре беременности у женщин с ВРТ по поводу мужского фактора бесплодия.

**Современные клинико-этиологические особенности
неспецифических инфекционных заболеваний влагалища
Г.А. Барановская**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что характерные клинические признаки («творожистые» выделения, запах «гнилой» рыбы, выраженная диффузная гиперемия слизистой) регистрируются лишь при моноформах заболевания (кандидоз, бактериальный вагиноз, неспецифический вульвовагинит), а образование различных бактериальных и бактериально-грибковых ассоциаций микроорганизмов в вагинальном биотопе приводит к изменению клинической картины и формированию малосимптомных форм заболевания.

Возможности тромбгеморрагических осложнений после лапароскопических операций на придатках матки

А.А. Волошин

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

На протяжении последних десятилетий количество выполняемых лапароскопических операций в гинекологической практике неуклонно возрастает, что связано с преимуществами этих операций: минимальной операционной травмой, благоприятным течением послеоперационного периода, сокращением сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности пациенток, более полным восстановлением функции репродуктивной системы.

Наиболее частыми показаниями к лапароскопии являются патологические процессы маточных труб, доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников, генитальный эндометриоз, лейомиома матки, трубная беременность, пороки развития половых органов, трубная стерилизация. Истинная частота тромбэмболических осложнений после лапароскопических операций остается неуточненной. Не до конца ясны и механизмы развития этих осложнений.

Повышение внутрибрюшного давления при лапароскопии приводит к нарушению сердечной деятельности, снижению артериального кровотока в органах брюшной полости, компрессии нижней полой вены и ограничению возврата из нижних конечностей, расширению венозных сосудов, что в своей совокупности в той или иной мере повышает риск тромбообразования.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске тромбгеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопических операций на придатках матки. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ведение беременности и родов при аномальной плацентации

Т.В. Шевченко

Медицинский институт Сумского государственного университета

Среди причин, оказывающих влияние на повышение интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АПП), т.е. локализацию ее в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода. Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса сохранения или протонирования беременности при кровотечениях, возникающих вслед-

ствии АРП. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций поддержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности. Однако многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

Нами выявлены факторы риска патологического течения беременности при атипичной локализации плаценты в матке. Выделены сроки и варианты миграции плаценты, скорость ее смещения от маточного зева при ультразвуковом исследовании. Изучены особенности течения беременности и исходы родов для матери и плода при аномалиях плацентации. Исследовано морфофункциональное состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с аномальным расположением плаценты. Разработан и внедрен алгоритм лечебно-диагностических мероприятий у беременных с аномалией плацентации.

Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез и болевой синдром

М.С. Шельгин

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Известно, что гормональные нарушения, которые развиваются в организме, приводят к ускоренной пролиферации эпителия молочных желез и возникновению группы заболеваний, описываемых под общим названием фиброзно-кистозной болезни, мастопатии, дисгормональным заболеванием молочных желез или фиброаденоматозом. Мастопатия занимает ведущее место в структуре заболеваний молочной железы, а ведущим признаком фиброзно-кистозной болезни у 85–90% больных является болевой синдром. При этом характерна пролиферация эпителия и соединительной ткани, гиперплазия и дисплазия клеточных элементов.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о ведущей роли болевого синдрома при развитии ФКБ у пациенток репродуктивного возраста. Использование предлагаемой методики позволяет повысить эффективность лечения, а особенно снизить частоту болевого синдрома. Это дает нам право рекомендовать данную методику для использования в практическом здравоохранении.

Профилактика и лечение раневой инфекции в акушерстве

Д.О. Багрий

**Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Изучены основные особенности развития раневой инфекции в акушерстве на современном этапе. Установлено негативное влияние изменения микробиоценоза половых путей на состояние местного иммунитета. Предложены методы профилактики и лечения раневой инфекции в акушерстве с учетом состояния местного иммунитета и динамики изменений биоценоза родовых путей после родоразрешения. Внедрение разработанного алгоритма позволяет снизить частоту патологии репродуктивной системы после осложненных родов и развившейся раневой инфекции.

Особливості ведення вагітності і пологів у жінок з маловоддям***І.Є. Басюга*****Івано-Франківський національний медичний університет**

Дані про перебіг вагітності і пологів при маловодді недостатньо відображено в літературі. У сучасних умовах зростання частоти маловоддя пов'язане із збільшенням числа інфікованих жінок репродуктивного віку, імунodefіциту і гормональних порушень. Маловоддя є однією із специфічних ознак внутрішньоутробного інфікування, частота якого постійно збільшується і досягає 5-7%. В зв'язку з цим представляє великий практичний інтерес виявлення частоти, чинників ризику, особливостей перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, стан плода і новонародженого при маловодді різного генезу: бактеріальний і вірусний.

Вивчені особливості перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, стан новонароджених при хронічному маловодді на тлі різної етіології інфекції. Представлена оцінка функціонального стану фетоплацентарного комплексу при хронічному маловодді різного генезу. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, функціональними, ендокринологічними і мікробіологічними особливостями у вагітних з хронічним маловоддям при різній етіології інфекції.

Це дозволило розробити алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів і принципи раціонального ведення вагітності і пологів при хронічному маловодді різного генезу.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО
ім. П.Л. ШУПИКА**

Випуск 20, книга 4, частина 1

Головний редактор: член.-кор. НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**
Науковий редактор: д.мед. н., професор **Ю.П. Вдовиченко**

Рецензенти:

В.Г. Коляденко – член.-кор. НАМН України, професор;
З.А. Шкіряк-Нижник – д.мед.н., професор.

*Друкується згідно зі свідоцтвом про внесення академії
до державного реєстру видавців – серія ДК, № 1337*

Формат 60x84/16 . Гарнітура Peterburg.
Папір офсетний, друк офсетний.
Обл.-вид. арк. 10,16. Ум. друк. арк. 11,96.