

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА,
ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТОЛОГІЇ»
*3-5 травня 2012 року, м. Судак***

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ И ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА

Р. Я. Абдуллаев, О. В. Грищенко, О. В. Доленко, С. А. Пак

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин репродуктивного возраста занимают одно из ведущих мест в общей структуре гинекологической заболеваемости. Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике, лечении и профилактике этих заболеваний, их частота варьирует в пределах 65,0-80,0% и не имеет тенденции к снижению. Изучение возможностей трансвагинальной эхографии в диагностике воспалительных заболеваний верхнего отдела гениталий и тубоовариальных образований малого таза является актуальным и приоритетным направлением в лучевой диагностике.

Целью исследования явилось определение дифференциальных критериев диагностики острых сальпингоофоритов, тубоовариальных образований малого таза с использованием трансвагинальной триплексной эхографии и цветного доплеровского картирования (ЦДК).

Проведено клиничко-лабораторное исследование, трансвагинальная триплексная эхография, доплерография у 95 женщин репродуктивного возраста. I группу составили 30 (31,5%) больных с острым сальпингоофоритом и наличием выраженных болевых ощущений внизу живота, II группу составили 25 (26,3%) больных с тубоовариальным образованием малого таза и умеренно выраженными, тянущими болями внизу живота. Контрольную группу составили 40 (42,1%) здоровых женщин без патологических изменений в области гениталий. Ультразвуковые исследования выполнялись на аппаратах ULTIMA PA фирмы «Радмир» и SONO-ASE 8000 фирмы «Medison» с применением микроконвексного мультисекторного и трансвагинального датчиков (4-9 МГц и 10 МГц) и использованием ЦДК по общепринятой методике.

Анализ результатов трансвагинальной триплексной эхографии и доплерографии позволил определить следующие эхографические критерии и особенности кровотока при сальпингоофоритах: 1) шарообразная форма яичников – 30 (100,0%); 2) увеличение размеров яичника и утолщение стенок трубы – 26 (86,6%); 3) утолщение белочной оболочки – 17 (56,6%); 4) пристеночные включения различной формы и размеров – 19 (63,3%); 5) снижение эхогенности стромы – 28 (93,3%); 6) невозможность полноценной визуализации фолликулов – 24 (80%); 7) внутрисветовые пузырьки газа – 8 (26,6%); 8) свободная жидкость в малом тазу – 14 (46,6%); 9) болезненность при трансвагинальном исследовании – 26 (86,6%). При ЦДК и ЭК выявляется васкуляризация в стенках сактосальпинкса. Размеры яичников при диффузном остром сальпингоофорите в среднем составляли: длина – $43,5 \pm 4,2$ мм; ширина – $37 \pm 3,1$ мм; переднезадний размер – $31,0 \pm 3,4$ мм. Индекс резистентности (RI) составил 0,51-0,58, максимальная скорость кровотока (V_{max}) – более 43 см/с.

Эхографические признаки тубоовариального образования следующие: 1) наличие конгломерата с отсутствием достоверного разграничения яичника и маточной трубы – 25 (100,0%); 2) расположение по заднебоковой поверхности матки, в позадматочном пространстве – 21 (84,0%); 3) форма неправильная или овоидная – 23 (92,0%); 4) структура кистозно-солидная – 3 (12,0%), кистозная – 21 (84,0%); 5) гетерогенная структура содержимого полостей – 24 (96,0%); 6) множественные перегородки – 14 (56,0%); 7) пузырьки газа – 12 (48,0%); 8) свободная жидкость в малом тазу – 17 (68,0%); 9) боль при трансвагинальном исследовании – 19 (76,0%). Эхограммы характеризуются выраженным полиморфизмом: смешанной эхогенностью и неоднородной внутренней структурой. Содержимое образований может содержать средне- и мелкодисперсную взвесь. Перегородки являются или стенками маточных труб или частично сохраненной тканью яичника.

Изучение возможностей трансвагинальной триплексной эхографии и цветного доплеровского картирования позволяет выявить и обозначить критерии диагностики острых диффузных сальпингоофоритов и тубоовариальных образований малого таза и определить дальнейшую тактику лечения, ведения и реабилитации женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

ДИСБАЛАНС ПРОДУКЦИИ ВАЗОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЛАЦЕНТЕ И ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В. В. Авруцкая, И. И. Крукиер, А. С. Дегтярева, А. А. Никашина

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Одной из важнейших проблем акушерства и неонатологии в настоящее время являются преждевременные роды, оказывающие значительное влияние на уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Данная патология беременности, как правило, сопровождается плацентарной

недостаточностью (ПН). Клинические проявления ПН выражаются в недостаточной инвазии трофобласта в спиральные артерии матки и нарушении продукции факторов, обеспечивающих дилатацию плацентарных сосудов. Интенсивность маточно-плацентарного кровообращения служит основным фактором, определяющим поступление кислорода к плоду, и при его недостаточном содержании в плацентарной ткани нарушается течение метаболических процессов. Большое значение в формировании осложненной гестации и нарушениях маточно-плацентарного комплекса имеет дисбаланс вазоконстрикторов и вазодилататоров. Доказана способность плацентарного трофобласта, эндотелия сосудов плаценты и пуповины продуцировать оксид азота (NO), который, кроме вазорелаксирующего эффекта, обладает свойствами вторичного мессенджера. Известно, что NO может оказывать на клетки и токсический эффект, связанный с образованием очень реакционного свободно-радикального соединения пероксинитрита и его производных, что приводит к ингибированию митохондриальных ферментов, снижению выработки АТФ, повреждению ДНК и, в конечном итоге, к развитию апоптоза.

Вышеизложенное послужило основанием для изучения продукции NO, пероксинитрита и его производных (нитрозоглутатиона и нитротирозина), а также активности NO-синтазы у женщин при физиологической и осложненной беременности. Обследовано 56 женщин, из них 20 пациенток с физиологическим течением гестации составили контрольную группу и 36 – с преждевременными родами (34-37 недель) – основную.

Концентрацию пероксинитрита и других нитропроизводных определяли в экстрактах плаценты и околоплодных водах спектрофотометрически с использованием молярных коэффициентов экстинкции. Содержание метаболитов оксида азота (NOx) определяли классической реакцией Грисса, активность NO-синтазы измеряли по увеличению продукции NO из L-аргинина в присутствии НАДФН.

Результаты собственных исследований показали, что при преждевременных родах наблюдалось уменьшение содержания NOx и активности NO-синтазы в плаценте и околоплодных водах относительно физиологических величин. Возникающая в этих условиях дисфункция эндотелия, как наиболее ранняя фаза повреждения сосудов, связана, прежде всего, с дефицитом синтеза NO – важнейшего регулятора сосудистого тонуса, от которого также зависят и структурные изменения сосудистой стенки. Содержание пероксинитрита и тиоловых производных было, наоборот, увеличено как в экстрактах плаценты, так и в околоплодных водах у женщин основной группы, причем повышение содержания пероксинитрита было значительным, что позволило нам использовать определение его уровня в качестве прогностического маркера преждевременных родов.

Выявленный дисбаланс в продукции изученных показателей не только увеличивает вазоспазм, но и генерирует образование свободных радикалов, в свою очередь, усиливающих отрицательные последствия кислородной недостаточности, возникающей в этих условиях, что свидетельствует о несомненном их вкладе в нарушение плацентарной гемодинамики. Обнаруженный критерий позволяет своевременно, до появления клинических признаков плацентарной недостаточности, начать терапию, направленную на сохранение беременности.

«ЛЮБОВЬ РОМАНТИЧНА, БОЛЕЗНЬ НЕТ: ОПЫТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ МОЛОДЕЖИ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «КЛИНИК, ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ»

И. В. Бабенко-Сорокопуд

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.

Сохранение репродуктивного потенциала подрастающего поколения – одна из актуальных вопросов медицины нашего государства. Частота незапланируемой беременности у несовершеннолетних девушек остается в Украине высокой. Налаженность гинекологической профилактической и лечебно-консультативной помощи в условиях «Клиник, дружественных к молодежи» («КДМ») способствует укреплению всех составляющих репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

Целью настоящего исследования было изучение состояния проблемы использования барьерной контрацепции среди подростков и молодежи, а также повышение уровня информированности и формирования мотивации к сохранению репродуктивного здоровья с привлечением к деятельности «КДМ» учащуюся молодежь.

Сотрудниками «КДМ» в рамках проекта «Любовь романтична, болезнь нет!» проводился ряд лекций-тренингов с озвучиванием не только этапов становления сексуальности, негативных последствий незащищенных половых контактов (факты и статистика), но и предоставлением информации о профилактике

инфекций, передающихся половым путём, и нежелательной беременности с применением барьерного контрацептива – фарматекс. После этого проведено анкетирование 63 девушек и 31 юноши в возрасте от 15 до 18 лет. Ими была заполнена анонимная анкета, имеющая пункты, где необходимо было указать личные суждения; пункты, предполагающие выбор предлагаемых ответов; пункты, несущие информационный блок. В заключительной части анкеты были даны адрес и контактные телефоны отделения «КДМ», где подростки могли быть анонимно проконсультированы по любым интересующим их вопросам у следующих специалистов: гинеколог, сексолог, психолог, терапевт, психотерапевт. В работе была предпринята попытка оценить значимость ряда факторов риска сохранения репродуктивного здоровья на основе вопросов и утверждений, предложенных в анкете, отражающих возможные воздействия обстоятельств (раннее начало половой жизни, незащищенный половой контакт, неосведомленность о контрацептивах). Были затронуты вопросы о степени доверия подростков, попавших в фрустрирующую ситуацию (непланируемая беременность), к родителям, врачу и готовности получения помощи.

Установлено, что социальная незрелость подростков, низкий уровень информированности и доверия к специалистам и родителям способны повысить риск нарушения репродуктивной функции, в частности, и здоровья, в целом, что явилось основанием заключения соглашения специалистами «КДМ» с учебными заведениями о проведении профилактических тренингов в течение учебного года для учащихся и студентов, с привлечением подготовленных клиникой по специально разработанной программе волонтеров из числа молодежи.

Таким образом, в игровой интерактивной форме, путем эффективной передачи информации сверстникам о влиянии на состояние репродуктивного здоровья образа жизни, важности отсрочки полового дебюта в подростковом возрасте, о средствах контрацепции, вреде прерывания беременности, вероятности инфицирования вирусом иммунодефицита человека и вирусом папилломы человека, волонтерами была сформирована активная жизненная позиция на пользу здоровья.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

И. П. Белинская

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск.

По данным отечественной и зарубежной литературы, в настоящее время наметилась тенденция к росту количества пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы (МВС). Наиболее частыми причинами госпитализации женщин в отделение патологии беременности являются инфекционно-воспалительные заболевания почек. Обращает на себя внимание тот факт, что количество беременных с хроническим пиелонефритом за последние 10 лет увеличилось в Украине примерно в 6 раз и встречается в 16-20% случаев. Таким образом, инфекционные заболевания МВС во время беременности – серьезная проблема для врачей, занимающихся вопросами деторождения, охраны материнства и детства.

Цель исследования – изучить факторы риска у женщин с острым пиелонефритом в период гестации с наличием хронических заболеваний почек в анамнезе.

Нами проведен анализ особенностей течения беременности у 84 женщин, имеющих острые воспалительные заболевания МВС. Исследования проводились на базе родильного отделения Луганской многопрофильной больницы №3. Изучались анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные данные беременных. Средний возраст женщин составил $26,0 \pm 0,6$ лет. При изучении данных анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что количество женщин, начавших половую жизнь в раннем возрасте (15-19 лет) составляет 22 (26,1%) случая. Наследственность по данной патологии отягощена у 12 (14,3%) пациенток. Нами отмечен отягощенный акушерский анамнез у обследуемых. Так, искусственные аборты были у 15 беременных – 17,8% случаев, самопроизвольные аборты случались у 5 (5,9%) пациенток обследуемой группы женщин. Данный факт может расцениваться как подтверждение патологического влияния искусственных абортов на развитие инфекционной патологии мочевыделительной системы. Изучение паритета показало, что первобеременными являлись 37 (44,0%) пациенток, повторнобеременными были 47 (56,0%) женщин. Эти результаты являются основанием для предположения, что острый пиелонефрит, в основном, возникает при повторных беременностях. Также у беременных был отягощен гинекологический анамнез: хронический сальпингоофорит (27,3%), инфекции, передающиеся половым путем (9,5%), воспалительные заболевания шейки матки различной этиологии (26,1%), что косвенно может указывать на особенности местного иммунитета у женщин с инфекциями МВС. При обследовании женщин с острым пиелонефритом в период гестации нами

виявлено 45,2% випадків бактеріурії. При проведенні ультразвукового дослідження нирок нами зареєстровано порушення уродинамики (19,1%), мочецистий діатез (13,0%), мочекаменна хвороба (5,9%), гідронефроз (10,7%), нефропатія (4,7%). Ураховуючи ці дані, ми підтверджуємо той факт, що застою мочі в чашечно-лоханочній системі нирок призводить до розмноження патологічних мікроорганізмів і розвитку гострого пієлонефриту.

Таким чином, факторами ризику розвитку гострого запального процесу у пацієнток з хронічними захворюваннями нирок в період вагітності є – раннє початок статевих стосунків (до 19 років), успадкованість, наявність в анамнезі штучних абортів, повторні вагітності жінки, запальні захворювання жіночих статевих органів (хронічний сальпінгофорит, інфекції, передаються статевим шляхом, запальні захворювання шийки матки різної етіології), бактеріурія, порушення уродинамики сечових шляхів, наявність патологічних змін у нирках.

СТАН КЛІТИННОГО І ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ КРАУРОЗІ ВУЛЬВИ У ДІВЧАТ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

В. О. Бенюк, В. Я. Голота, Н. О. Мироненко, Л. С. Джураєва

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Для визначення стану загального та місцевого імунітету хворі на крауроз вульви були розподілені на дві підгрупи: група А – 50 дівчат віком від 4 до 9 років та група В – 53 дівчинки віком від 10 до 12 років. Контрольну групу склали 30 дівчаток, які розподілені на підгрупу контролю *a* (15 дівчат віком від 4 до 9 років) та підгрупу контролю *в* (15 дівчат віком від 10 до 12 років). Результати імунологічних досліджень свідчать, що у дівчат з краурозом вульви, розподілених за віком в підгрупи А та В не виявлено достовірних змін вивчених показників стану клітинної ланки імунної системи як між собою, так і в порівнянні з результатами аналогічного обстеження пацієнток контрольних підгруп (*a*, *в*), співставних за віком.

Функціональна активність поліморфно-ядерних лейкоцитів як у дівчат молодшого (4-9 років), так і більш старшого віку (10-12 років) не мала достовірних відмінностей ($p > 0,05$), водночас, ці ж показники не відрізнялись достовірно ($p > 0,05$) і при співставленні з даними обстеження пацієнток контрольних підгруп *a* та *в* (з урахуванням віку). Концентрація в сироватці крові рівнів імуноглобулінів IgM та IgG у дівчат різних вікових підгруп із краурозом вульви не відрізнялась як між собою ($p > 0,05$), так і у співставленні з результатами обстеження пацієнток контрольних груп. При проведенні визначення рівнів sIgA, sIgG, sIgM у піхвових виділеннях у дівчат із краурозом вульви встановлено, що у дівчат старшої підгрупи В спостерігалось достовірне підвищення в 1,39 разу концентрації sIgA в виділеннях із піхви ($0,53 \pm 0,14$ г/л проти $0,38 \pm 0,17$ г/л у контролі, $p < 0,05$), у той час як вміст IgA знаходився в межах норми ($1,41 \pm 0,09$ г/л). Концентрація IgM зростала у 3 рази, а IgG – у 1,8 рази порівняно із співставними контрольними показниками.

Отже, отримані нами дані свідчать, що у дівчат із краурозом вульви більш старшої вікової групи (9-12 років) і, відповідно, при більш тривалому розвитку захворювання на тлі хронічного вульвовагініту встановлено підвищення IgG в сироватці крові (1,5 рази). Водночас, саме у дівчат підгрупи В спостерігалась активація місцевого гуморального імунітету: підвищення sIgA (в 1,39 разу), IgM (в 3,00 рази) та IgG (в 1,80 разу) порівняно з підгрупою контролю. Аналіз результатів досліджень, а саме лізоциму в піхвових виділеннях дівчат підгрупи А, показав, що саме в них встановлено достовірно високий рівень даного показника ($0,058 \pm 0,010$ г/л) порівняно з аналогічним більш старших за віком дівчат підгрупи В ($0,039 \pm 0,008$ г/л) та підгрупи контролю (*a*) ($0,023 \pm 0,008$ г/л) ($p < 0,05$).

Підвищення рівня лізоциму у виділеннях із піхви дівчат з краурозом вульви (підгрупа А) можна пояснити формуванням реакцій неспецифічного захисту у відповідь на запальне захворювання (хронічний рецидивуючий вульвовагініт) в дебюті захворювання. Водночас, на початку формування дистрофічних змін з боку слизової вульви спостерігається підвищення рівня лізоциму, як реакції-відповіді неспецифічного локального імунного захисту при формуванні краурозу вульви.

Отримані дані свідчать про зв'язок між тривалістю захворювання та ступенем порушення місцевої імунної реактивності, як однієї із суттєвих патогенетичних ланок у розвитку краурозу вульви в препубертатному віці.

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ У ЖІНОК З КАНДИДОЗНО- ГЕРПЕТИЧНОЮ МІКСТ-ІНФЕКЦІЄЮ

В. О. Бенюк, О. А. Щерба, О. А. Диндар, Л. Д. Ластовецька, П. О. Лихолай

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Серед хронічних захворювань статевих органів широкого розповсюдження набувають змішані інфекції. За даними ВООЗ, щорічно реєструється більше 2 млн. випадків захворювань на вульвовагінальний кандидоз. У 70% хворих виявляється кандидоз у поєднанні з іншою інфекційною патологією. Згідно з офіційними даними, в Україні фіксується 15 випадків генітального герпесу на 100 тис. населення, однак реальна статистика набагато вища. У США цей показник зріс на 35%, у Росії – досяг 31%. Це складає проблему як для пацієнтів, так і для суспільства в цілому.

Метою дослідження стало визначення впливу кандидозно-герпетичної мікст-інфекції (КГМІ) на функціональний стан слизової оболонки піхви за методом визначення електрокінетичної активності клітин плоского епітелію піхви.

Під спостереженням знаходились 138 жінок з КГМІ піхви віком від 20 до 45 років, з клінічними проявами вульвовагініту змішаної етіології. Верифікація діагнозу КГМІ проводилась на підставі характерних скарг і клініко-лабораторного обстеження. Тривалість захворювання склала від 3 до 8 років ($4,5 \pm 0,6$), з частотою рецидивів від 2 до 12 на рік ($6,2 \pm 1,3$). У контрольну групу увійшло 20 гінекологічно здорових жінок відповідного віку. За даними анамнезу, у пацієток основної й контрольної груп статистично значущої різниці в частоті нозологічних форм генітальної та екстрагенітальної патології не виявлено.

За результатами наших досліджень у жінок з КГМІ наявність запального процесу в піхві пов'язана з електрокінетичною активністю ядер клітин і рухливістю плазмолем. У разі наявності запального процесу в піхві, відсоток рухливих клітинних ядер і плазмолем стає нижчим, ніж середній відповідний показник в контрольній групі практично здорових жінок. На відміну від здорових жінок ($55 \pm 4\%$), відсоток рухливих ядер клітин плоского епітелію піхви у жінок з КГМІ дорівнював $27 \pm 4\%$, що свідчить про зменшення інтенсивності метаболізму в клітинах слизової оболонки піхви в умовах кандидозно-герпетичного вульвовагініту. Відсоток нерухомих клітин у групах дослідження показав зворотну кореляційну картину. При проведенні дослідження індекс рухомих і нерухомих клітин на 1 хвилині дослідження у контрольній групі склав $55/45\%$, у пацієток з КГМІ – $27/73\%$; на 10 хвилині дослідження у контрольній групі – $25/75\%$, у групі жінок з КГМІ – $6/94\%$; на 20 хвилині дослідження індекс рухомих/нерухомих клітин слизової оболонки піхви у контрольній групі був $15/85\%$, у хворих з КГМІ – $0,7/99,3\%$.

У групі жінок, хворих на КГМІ піхви, середнє значення швидкості пробігу ядра клітини склало $2,000 \pm 0,045$ мкм/с, амплітуда зсуву ядер дорівнювала $1,300 \pm 0,023$ мкм, амплітуда плазмолем – $1,600 \pm 0,045$ мкм, коефіцієнт амплітуди зсуву плазмолем до амплітуди зсуву ядер – $1,200 \pm 0,019$ мкм, що відрізнялось від показників у здорових майже в 2 рази ($15,000 \pm 0,032$ мкм/с, $2,100 \pm 0,035$ мкм, $3,500 \pm 0,035$ мкм, $1,660 \pm 0,026$ мкм відповідно).

Таким чином, показники електрокінетичної активності клітин плоского епітелію піхви під дією електричного поля за наявності асоційованої кандидозно-герпетичної мікст-інфекції зменшуються, що свідчить про дестабілізацію клітинних та субклітинних мембран.

СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И. Е. Брауде, А. В. Агеева

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

Тромбофлебит – острое воспаление стенок вены с образованием тромба в ее просвете.

В развитии заболевания имеет значение ряд факторов: застойные (при варикозной болезни вен нижних конечностей, вследствие экстравенозной компрессии вен и интравенозного препятствия току крови); воспалительные (постинфекционные, посттравматические, постинъекционные, иммунно-аллергические); при нарушении системы гемостаза (при онкологических заболеваниях, болезнях обмена веществ, патологии печени).

Клиническая картина тромбоза и тромбофлебита вен нижних конечностей имеет различные проявления. Острый тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей чаще развивается в большой, нежели в малой,

подкожной вене и ее притоках и является, как правило, осложнением варикозного расширения вен. Первым проявлением заболевания служит боль в тромбированном участке вены. По ходу уплотненной вены появляется гиперемия кожи, инфильтрация окружающих тканей, развивается картина перифлебита. Пальпация тромбированного участка вены болезненна. Возможно ухудшение общего самочувствия, проявляющееся симптомами общевоспалительной реакции – слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, а в тяжелых случаях – до 38-39°C. Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены.

Наиболее характерным клиническим признаком острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей является внезапно возникающая боль, усиливающаяся при физическом напряжении (ходьбе, стоянии). Затем возникает отек тканей, сопровождающийся чувством распирания и тяжести в конечности, повышением температуры тела. Кожные покровы дистальнее места тромбоза обычно цианотичны, блестящие. Температура пораженной конечности выше на 1,5-2°C по сравнению со здоровой. Пульсация периферических артерий не нарушена, ослаблена или отсутствует. На 2-3-й день от начала тромбоза появляется сеть расширенных поверхностных вен.

Существует множество методов обследования венозной системы нижних конечностей: ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование, флебография, КТ-флебография, фотоплетизмография, флебосцинтиграфия, флебоманометрия. Однако среди всех инструментальных методов диагностики максимальной информативностью обладает ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока. На сегодняшний день метод является «золотым» стандартом диагностики патологии вен. Метод неинвазивен, позволяет адекватно оценить состояние вены и окружающих ее тканей, определить локализацию тромба, его протяженность и характер тромбоза (флотирующий, неокклюзивный пристеночный, окклюзивный), что крайне важно для определения дальнейшей лечебной тактики.

В тех случаях, когда ультразвуковые методы недоступны либо малоинформативны (тромбоз илеокавального сегмента, особенно у тучных больных и у беременных), применяют рентгенконтрастные методы. В нашей стране наибольшее распространение получила ретроградная илиокаваграфия. Подключичным или яремным доступом диагностический катетер проводится в нижнюю полую и подвздошные вены. Вводится контрастное вещество и выполняется ангиография. При необходимости из этого же доступа можно выполнить имплантацию кава-фильтра. В последние годы начали применяться малоинвазивные рентгенконтрастные методики – спиральная компьютерная томоангиография с 3D-реконструкцией и магнитно-резонансная томоангиография.

Из лабораторных исследований заподозрить венозный тромбоз позволяет обнаружение критических концентраций продуктов деградации фибрина (D-димер, РФМК – растворимые фибрин-мономерные комплексы). Однако исследование не специфично, поскольку РФМК и D-димер повышаются и при ряде других заболеваний и состояний – системные болезни соединительной ткани, инфекционные процессы, беременность и т.д.

К наиболее опасным осложнениям тромбозов и тромбофлебитов относится тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Клиническая картина этого осложнения во многом определяется объемом эмболической окклюзии. В случае массивной тромбоэмболии (легочный ствол и/или главные легочные артерии) возникает синдром острой сердечно-легочной недостаточности с болями в груди и внезапной потерей сознания. При осмотре больных обычно выявляют цианоз кожи лица, набухание и пульсацию яремных вен, учащенное и поверхностное дыхание, артериальную гипотензию, тахикардию. Наряду с этим эмболия сегментарных и даже легочных артерий обычно проявляется легочно-плевральным синдромом. В таких случаях отмечают неспецифические симптомы: боли в груди, усиливающиеся при дыхании, гипертермию, кашель.

В настоящее время современным методом профилактики рецидива тромбоэмболий является постановка кава-фильтра.

Рассмотрим случай тромбофлебита, осложненного ТЭЛА во время беременности, постановку кава-фильтра:

Беременная, 23 года, с диагнозом: острый подвздошный флеботромбоз справа. Беременность 34 недели. ТЭЛА мелких ветвей справа.

Из анамнеза: данная беременность вторая. 2009 год – роды срочные, беременность и роды протекали без осложнений. На учете по данной беременности с 15 недель, в 34 недели беременность осложнилась развитием острого подвздошного флеботромбоза справа, ТЭЛА мелких ветвей справа, в связи с чем в экстренном порядке была госпитализирована 11.01.12 в гинекологическое отделение КРУКТМО для установки кава-фильтра и пролонгирования беременности. В стационаре предоперационно проведено полное клинико-биохимическое обследование, дополнительные методы обследования сосудистой систе-

мы: ультразвуковая доплерография, ретроградная илиокаваграфия, кардиопульмонография, резонансная томоангиография.

При обследовании в просвете бедренной вены визуализировались гетерогенные тромботические массы с началом реканализации, головка тромба располагалась пристеночно – 15 мм выше слияния ветвей бедренной вены, фиксированы. Подколенная вена – в просвете гетерогенные тромботические массы, 15-20% реканализации, в верхней трети голени расположены тромботические массы, проходимость снижена. Большая подколенная вена не дилатирована, проходима, клапаны состоятельны.

После осмотра консилиума врачей решено произвести установку кава-фильтра «Осот».

Операция: после асептической обработки операционного поля под местным обезболиванием система заведена в нижнюю полую вену, после выполнения серийной каваграфии в супраренальный отдел нижней полой вены заведен кава-фильтр. Катетер селективно проведен в правую, а затем в левую легочную артерию. Заключение: в ренальном и супраренальном отделе нижней полой вены тромботических масс нет. В супраренальный отдел нижней полой вены заведен и установлен противотромбоэмболический кава-фильтр. Имеются признаки тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии справа.

В послеоперационном периоде полностью выполнялись рекомендации сосудистого хирурга, было рекомендовано родоразрешение через естественные пути. До момента родоразрешения беременность протекала без отрицательной динамики.

В сроке гестации 39 недель родоразрешена через естественные родовые пути, роды и послеродовой период протекали физиологично. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в настоящее время проблема лечения пациентов с тромбозами вен нижних конечностей является актуальной. Это связано с преимущественным возникновением заболеваний в работоспособном возрасте, частой инвалидизацией пациента, особенно после перенесенного тромбоза глубоких вен вследствие развития посттромбофлебитического синдрома, риском летального исхода при развитии ТЭЛА. Всем пациентам необходима консервативная терапия, основу которой составляют антикоагулянтные препараты, препятствующие прогрессированию процесса или развитию ретромбоза. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови пациентам необходимо применение пентоксифиллина по схеме, который обуславливает скорое уменьшение или исчезновение отека, болей в пораженной конечности. Оперативные методы лечения показаны при наличии угрозы ТЭЛА. Для предупреждения повторного ТЭЛА и при наличии противопоказаний (сердечная недостаточность) к оперативному лечению рекомендовано эндоваскулярное введение и установка в нижнюю полую вену кава-фильтра. Данный пример доказал, что установка кава-фильтра дала возможность сохранить, пролонгировать беременность и родоразрешить женщину через естественные родовые пути.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

Н. С. Вереснюк, М. Б. Баран, Н. П. Слічна, С. О. Шурпяк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів.

В умовах сьогодення все більш актуальними стають питання впливу лейоміоми на фертильність, перебіг вагітності та виникнення акушерських ускладнень. За даними різних авторів, поширеність лейоміоми матки під час вагітності складає від 0,1 до 12,5%.

Мета: проаналізувати особливості перебігу вагітності та пологів у пацієнток з лейоміомою з метою оптимізації їх ведення.

Під спостереженням перебували 72 вагітні віком від 22 до 44 років з діагностованою лейоміомою матки, що становило 2,0% серед усіх вагітних, госпіталізованих у ЛОКПЦ в 2011 році. Середній вік жінок складав $33,8 \pm 5,5$ років, при цьому основну частку (43,1%) склали вагітні у віці від 31 до 35 років. Пацієнтки були розподілені на 2 групи. До першої групи увійшли 33 (45,8%) вагітні в терміні до 22 тижнів вагітності, які знаходились на лікуванні в гінекологічних відділеннях. Другу групу склали 39 (54,2%) пацієнток пологових відділень та відділення патології вагітності. У 4,2% пацієнток в анамнезі мала місце консервативна міомектомія. Слід відзначити, що у 34,7% випадках лейоміому матки було діагностовано під час даної вагітності. Розміри вузлів коливались від 1,5 см до 13 см, кількість – від 1 до 8. Переважна більшість вузлів розташовувалась інтрамурально та субсерозно. У 26,4% обстежених вагітних мало місце пізні менархе (15 і більше років), що є фактором ризику виникнення лейоміоми. Артифіційні аборти, згідно даних літератури, можуть бути провокуючим чинником розвитку лейоміоми. В анамнезі у 16,7% обстежених пацієнток мали місце самовільні викидні, у 13,9% – артифіційні аборти, у 6,9% – передчасні пологи, у 15,3% – безплідність. Вагітність внаслідок екстракорпорального запліднення

настала у 9,7% пацієнток. Першовагітних було 34,7%. Серед пацієнток з лейоміомою першої групи у 15,2% вагітність завершилась самовільним викиднем, у 36,4% – завмиранням, у 3,0% випадків мала місце ектопічна вагітність. В одному випадку у пацієнтки в терміні вагітності 16-17 тижнів у зв'язку з некрозом шийково-перешийкового вузла розмірами 128x102 мм та частковим відшаруванням нормально розташованої плаценти (ділянка відшарування 68x11 мм) було виконано операцію Порро. У решти 14 пацієнток вагітність прогресує. Серед 39 вагітних другої групи прееклампсія різного ступеня мала місце у 7,7%, синдром затримки розвитку плода – у 12,8% випадках. У 15,9% пацієнток розвинувся дистрес плода. Для вагітних з лейоміомою матки характерними є аномалії розташування плаценти та неправильні положення плода. У нашому дослідженні у 2,6% пацієнток другої групи мало місце центральне передлежання плаценти, у 10,3% – часткове відшарування нормально розташованої плаценти. У 7,7% вагітних пологи відбувались в сидничному передлежанні, у 2,6% – в поперечному положенні плода. Передчасними пологами завершилась вагітність у 17,9% пацієнток. Звертає на себе увагу значний відсоток передчасного розриву плідних оболонок у вагітних з лейоміомою матки (33,3%). Більшість пацієнток другої групи були розроджені шляхом кесаревого розтину (64,1%), при чому у кожній п'ятій пацієнтки лейоміому матки було діагностовано інтраопераційно. У 28,0% випадків одночасно з кесаревим розтином було виконано консервативну міомектомію. У 2 пацієнток в ході операції кесаревого розтину у зв'язку з великими розмірами (9 см та 10 см) та перешийковим розташуванням вузлів було виконано надпівову ампутацію матки без додатків. У 35,9% пацієнток пологи відбулись через природні пологові шляхи, у 3 з них розвинулась вторинна слабкість пологової діяльності.

Отже, пацієнтки з лейоміомою матки складають групу високого ризику з виникнення материнських та перинатальних ускладнень, а тому вимагають детального обстеження та нагляду з ранніх термінів вагітності, а також особливої уваги акушерів-гінекологів ще на етапі планування вагітності.

ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ-НОСІЙОК ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ ВИСОКОГО ОНКОГЕННОГО ПОТЕНЦІАЛУ

Н. В. Гецько

Ужгородський національний університет, м. Ужгород.

Взаємозв'язок онкогенних типів вірусу папіломи людини з неоплазіями шийки матки достатньо визначений, і їх наявність встановлена у 99% випадків захворювань на рак шийки матки. Папіломавірусна інфекція (ПВІ) відноситься до сексуально-трансмисивних захворювань, особливо поширених серед молодого контингенту.

Було досліджено стан покривного епітелію шийки матки у 20 вагітних-носієнок вірусу папіломи людини високого онкогенного потенціалу (основна група) та 20 здорових вагітних (контрольна група). Вагітним проводились загальноклінічні та функціональні методи діагностики, які визначені наказами МОЗ України, та додатково визначалось носійство ПВІ методом полімеразно-ланцюгової реакції.

При порівнянні груп вагітних у основній групі виявлено значне переважання умовно-патогенної флори над лактобацилами у мазках і, як наслідок, значно гірші результати цитологічного скринінгу. Цитоморфологія оцінювалась по Паппаніколау. Серед основної групи обстежуваних тип I мазка не зустрічався (контрольна група – 18 жінок), тип II – 17 жінок основної та 2 жінки контрольної групи, тип IIIa – 3 жінки основної групи. При аналізі результатів цитологічних мазків основної групи: лейкоцитоз перевищував нормативні значення у 10-20 разів, бактеріальна флора представлена коковою флорою та кандидами, переважання проміжних та парабазальних клітин та зменшена кількість поверхневих клітин, значна кількість метаплазованих клітин з наявністю цитолізу, дегенерація клітин залозистого епітелію, значна кількість слизу, зустрічались гістіоцити та макрофаги, койлоцитоз, дизкаріоз ядер окремих клітин. Пап-тест у всіх обстежуваних був негативним. Після лікування дизбіозу статевого тракту антибактеріальними та антимікотичними препаратами у вигляді різноманітних місцевих вагінальних супозиторіїв на тлі лактопрепаратів перорально та у поєднанні з місцевим застосуванням свічок генферон у дозовій дозі 1 млн. Од проводились контрольний мазок та цитоморфологія. При контрольному обстеженні (через 8 тижнів) виявлено нормалізацію лактофлори у 18 обстежуваних основної групи, тип I цитологічного мазка виявлено у 18 вагітних, тип II – у 2 жінок, тип IIIa не виявлявся.

Отримані результати свідчать про високий ризик розвитку та прогресування дисплазії шийки матки під час вагітності у жінок, що інфіковані ПВІ, особливо при відсутності вчасного лікування та профілактики.

ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО КОЛЬПИТА У ПАЦИЕНТОК С ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЭСТРОГЕНСОДЕРЖАЩЕЙ ТЕРАПИИ

О. В. Грищенко, В. В. Бобрицкая, А. Ю. Железняков

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.

Возрастные изменения женской репродуктивной системы порождают необходимость поиска как системных, так и локальных методов терапии инволютивных дистрофических тканевых изменений. Одним из патологических состояний пре- и постменопаузального периода, требующего терапии, является атрофический кольпит. Дефицит эстрогенов в постменопаузе вызывает прекращение пролиферативных процессов во влагалищном эпителии, истончение слизистой, что приводит к легкой ее ранимости и сухости. Исчезновение лактобацилл активизирует вегетирующую во влагалище непатогенную флору.

Наиболее частые клинические симптомы атрофического вагинита – сухость, зуд и жжение во влагалище, диспареуния, рецидивирующие вагинальные выделения, контактные кровянистые выделения, опущение стенок влагалища. Диспареунию при атрофическом вагините также рассматривают как следствие гипоксии влагалищной стенки, а рецидивирующие вагинальные выделения в условиях асептического воспаления объясняют возможным появлением лимфореи.

Лечение атрофического кольпита заключается в восстановлении трофики слизистой оболочки влагалища в сочетании с антибактериальным воздействием.

Довольно обширный контингент женщин нуждается в терапии атрофических процессов слизистой влагалища при наличии противопоказаний к эстрогенсодержащим препаратам, что порождает необходимость поиска негормональных препаратов, обладающих репаративными, противовоспалительными и антисептическими свойствами.

Клинический интерес представляет препарат на основе календулы (*Calendula Officinalis L.*), в частности, свечи, содержащие экстракт данного растения. Календула содержит салициловую и пентадециловую кислоты, которые обладают бактерицидным, ранозаживляющим, противовоспалительным действием, вызывают гибель стрептококков и стафилококков. Клинический интерес представляют вагинальные суппозитории на основе экстракта календулы и масляного субстрата – вагикаль, содержащее действующее вещество *Calendula officinalis* 150 мг, вспомогательные вещества. Большое количество экстракта календулы позволяет получить максимальное количество действующих веществ: флавоноиды, сапонины, каротиноиды, тритерпеновые спирты. Их фармакологическое действие взаимно дополняется и обеспечивает противовоспалительный эффект, ускоряет процесс грануляции и эпителизации, действует фунгистатично, цитотоксично, а также осуществляет защитную функцию, антибиотическое, а также иммуностимулирующее действие.

Целью работы было исследование клинической эффективности свечей вагикаль при лечении атрофического кольпита у женщин менопаузального периода.

Под наблюдением находились 35 женщин в возрастном периоде 58-70 лет с клиническими проявлениями синильного кольпита. Проводилось исходное клиническое обследование пациенток, микробиологические исследования, рН-метрия, расширенная кольпоскопия. Были исключены специфические инфекции, проведены бактериоскопия влагалищных выделений, кольпоскопия, цитологическое исследование.

Препарат вагикаль назначали по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 10 дней. Проводилось контрольное микробиологическое исследование, рН-метрия, расширенная кольпоскопия, кольпоцитология. При гинекологическом осмотре и кольпоскопическом исследовании у всех пациенток констатированы атрофические изменения влагалищного эпителия. Атрофические изменения имели четкое соответствие длительности менопаузы. У женщин с менопаузой менее 5 лет определялась сухость слизистой, участки истончения, без выраженной сосудистой сетки, участки воспалительной реакции. У женщин с менопаузой 6 лет и более наблюдались атрофические процессы с явлениями воспалительной реакции. Клинически это выражалось в бледности слизистой оболочки, ее истончении, усилении ангиогенеза в виде сосудистой сетки, изъязвлениями. Проба Шиллера была слабоположительной, окрашивание неоднородное, с размытыми контурами. Цитологические исследования подтверждали диагноз атрофического кольпита: отмечалось резкое уменьшение количества поверхностных клеток.

Контрольные клинические исследования проводили через 12-15 дней от начала лечения. Следует отметить субъективное улучшение самочувствия пациенток, исчезновение чувства зуда, сухости влагалища. Качество жизни значительно повысилось ввиду улучшения сексуальной составляющей, отсутствия диспареунии.

Поскольку клинические симптомы атрофического вагинита связаны не с изменением вагинального микроценоза, а с возрастными особенностями изменения кровотока влагалищной стенки, очевидно, что препарат имеет также результатом улучшение микроциркуляции. Возможно также, что изменения вагинального микроценоза являются закономерной ответной реакцией на дефицит эстрогенов в организме, и

нормализация флоры после применения суппозитория вагинального является более природной, чем какое-либо применение синтетических антибиотиков или антисептиков.

При контрольном бактериологическом исследовании обнаружено уменьшение колонизации условно-патогенной флоры до титров 10^2 - 10^3 степени; при расширенной кольпоскопии слизистая оболочка блестящая, бледно-розовая, сосудистая сеть не выражена, петехий, изъязвлений нет. Окрашивание при пробе Шиллера однородное, проба слабоположительная. Цитологическое исследование показало увеличение количества поверхностных клеток.

Таким образом, вагинальные суппозитории вагинального могут успешно применяться в лечении атрофических процессов слизистой оболочки влагалища у женщин менопаузального периода, в том числе имеющих противопоказания к применению синтетических эстрогенсодержащих препаратов. Клинический эффект заключается в улучшении трофики слизистой, уменьшении патологических явлений ангиогенеза, сухости, бактериального вагинита.

Свечи вагинального также могут применяться в период перименопаузы при имеющихся урогенитальных проявлениях дефицита эстрогенов для подготовки к операциям с влагалищным доступом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕНОГЕСТА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

А. Л. Громова¹, М. В. Макаренко¹, О. В. Тянь¹, А. М. Громова²

¹Киевский городской родильный дом №5, г. Киев.

²ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава.

Цель исследования: оценить эффективность непрерывного режима приема диеногеста 2 мг (визан, «Байер») в купировании синдрома хронической тазовой боли, обусловленной эндометриозом, в сравнении с золотым стандартом терапии – агонистами ЛГ-РГ (диферелин 3,7, «Ипсен-фарма»).

Материалы и методы исследования: 63 женщины фертильного возраста с лапароскопически подтвержденным наружным генитальным эндометриозом и хроническим болевым синдромом были рандомизированы для терапии диеногестом 2 мг (1 группа) и диферелином 3,7 мг (2 группа) в течение 6 месяцев. В первой группе было 36 женщин, во второй – 27. В обеих группах лечение начинали на 2 день следующего за операцией менструального цикла и продолжали в течение 6 месяцев. Интенсивность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до операции, через 3 и 6 месяцев после начала гормонотерапии. В исследование были включены пациентки с 2-3 стадией распространения эндометриоза по классификации FIGO.

Из исследования досрочно были исключены 1 пациентка из первой группы и 2 из второй. Причиной досрочного прекращения приема диеногеста было усиление мигренозной головной боли у женщины с менструальной мигренью в анамнезе, во второй группе – тяжелые приливы у одной женщины и депрессивное расстройство у второй. Завершили исследование 60 женщин (95,2%).

Частота кровотечений/кровомазаний за период наблюдения была достоверно меньшей у женщин 2 группы. Большая часть женщин 1 группы (26) достигли аменореи к 3 месяцам лечения.

До проведения первого этапа лечения (лапароскопическое иссечение/коагуляция очагов эндометриоза) пациентки обеих групп оценивали интенсивность болей примерно одинаково: тазовые боли в течение менструального цикла – $6,8 \pm 1,4$ и $6,6 \pm 1,3$ баллов по ВАШ в первой и второй группе соответственно; глубокая диспареуния – $7,6 \pm 1,3$ и $7,4 \pm 1,4$ баллов; во время гинекологического исследования – $7,9 \pm 1,1$ и $8,0 \pm 1,2$ баллов. Не было выявлено достоверных различий в интенсивности болевого синдрома у пациенток со 2 и 3 стадией эндометриоза.

После оперативного лечения интенсивность болевого синдрома оценивали на 10 сутки после операции. Подавляющее большинство пациенток отметило уменьшение тазовых болей и боли во время гинекологического исследования, различий между группами не было. Интенсивность тазовой боли по шкале ВАШ составила $5,2 \pm 1,3$ и $5,4 \pm 1,5$ баллов в первой и второй группе больных соответственно, боли во время гинекологического исследования – $6,3 \pm 1,9$ и $6,1 \pm 2,0$ балла.

На 3 месяце лечения пациентки обеих групп отмечали уменьшение всех видов боли – тазовой боли, глубокой диспареунии и боли во время гинекологического исследования. Так, тазовые боли пациентки первой группы оценили в $2,6 \pm 0,6$ баллов, второй группы – $2,4 \pm 0,7$; глубокую диспареунию – $3,2 \pm 1,1$ и $4,3 \pm 1,3$ балла соответственно, боль при гинекологическом исследовании – $5,61 \pm 1,3$ и $5,0 \pm 1,4$ баллов. Достоверных различий между группами не было. К 6 месяцу исследования показатели интенсивности тазовой боли и глубокой диспареунии также достоверно не отличались у женщин обеих групп. Так, показатели тазовой

боли у женщин первой группы составили $1,9 \pm 0,4$ баллов, у женщин второй группы – $2,0 \pm 0,6$; глубокой диспареунии – $2,8 \pm 0,7$ и $2,6 \pm 0,6$ баллов соответственно. Показатели болезненности при гинекологическом исследовании также были идентичными у женщин обеих групп. При ультразвуковом исследовании отмечено практически идентичное состояние эндометрия у женщин обеих групп – линейный эндометрий. Размеры яичников и частота выявления крупных фолликулов были больше у женщин первой группы. Имелась тенденция к более быстрому восстановлению цикла после отмены лечения у женщин 1 группы – через $1,9 \pm 0,7$ месяца, чем у женщин второй группы – $2,9 \pm 0,3$ месяца.

Таким образом, лечение синдрома хронических тазовых болей, обусловленных эндометриозом, одинаково эффективно при назначении непрерывного приема диеногеста и депонированных форм агонистов ЛГ-РГ. При этом лечение диеногестом более экономически выгодно.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Л. Громова¹, О. В. Тянь¹, М. В. Макаренко¹, Ю. М. Уваров²

¹Киевский городской родильный дом №5, г. Киев.

²Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород.

Цель: оценка информированности женщин по вопросам профилактики и раннего выявления заболеваний молочных желез, выявление роли гинеколога. Проводилось интервьюирование, гинекологическое и маммологическое исследования у 125 женщин перименопаузального возраста.

Из 125 обследованных женщин 84 (67,2%) имели различные доброкачественные гиперпластические процессы молочных желез, 41 (32,8%) – входили в группу риска. Информацию о методах самообследования и необходимости маммографического скрининга после 40 лет имела 61 (48,8%) женщина. Только 18 (14,4%) женщин получали информацию о возможностях ранней диагностики рака молочной железы от медицинских работников, 19 (15,2%) – из средств массовой информации. Все интервьюируемые отметили, что никто из медицинских работников не давал им данных о самообследовании молочных желез и маммографии без специальной просьбы. Самообследование считали для себя информативным 42 женщины (68,9%). Только 30 женщин старше 40 лет были направлены гинекологом на скрининговое маммографическое исследование. Информацию от медицинских работников о необходимости маммографического скрининга после 40 лет не имело подавляющее большинство женщин. О необходимости профилактического ультразвукового исследования после 35 лет не знала практически ни одна женщина. Подавляющее большинство интервьюируемых были бы согласны участвовать в маммографическом скрининге, если бы врач объяснил им его необходимость – 119 (95,2%), причем 86 (68,8%) женщин готовы были оплачивать этот метод исследования. Исследование молочных желез при профилактических осмотрах у гинеколога проводилось менее, чем у половины женщин – 59 (47,2%).

Таким образом, даже те женщины, которые входят в группу риска по развитию рака молочной железы, недостаточно информированы о необходимости маммографического скрининга и самообследования молочных желез, не получают своевременного направления на скрининговую маммографию. Более половины из них не проходят полноценный профилактический осмотр у гинеколога – не осматриваются молочные железы.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ ВАГІТНИХ З ГЕСТОЗОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ

О. А. Диндар, І. В. Майданник

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Своечасне прогнозування, діагностика, профілактика і лікування ускладнень вагітності є найважливішим завданням у системі заходів, спрямованих на охорону здоров'я матері та дитини. Гестози вагітних є одним з найбільш важких ускладнень гестаційного процесу, обумовлених показниками акушерської та перинатальної патології. Згідно даних літератури, у 2-8% вагітностей діагностується гестоз. Що стосується України, то частота вагітностей і пологів, ускладнених пізнім гестозом, варіює від 10 до 15% від загальної кількості.

На сьогоднішній день показники вегетативного гомеостазу та варіабельність серцевого ритму у вагітних з гестозом вивчено недостатньо. Тому визначення їх у динаміці захворювання та виявлення причин їх

відхилення є одним із важливих підходів до патогенетичних механізмів розвитку гестозу та розробки нових діагностичних критеріїв. При аналізі клінічного перебігу пізніх гестозів ми звернули увагу на те, що у 39,3% вагітних спостерігається наявність надлишкової маси тіла (індекс маси тіла (ІМТ) >25 кг/м²) (Кетле, 1988 р.).

Метою нашого дослідження була оцінка симпато-вагального дисбалансу та артеріального тиску (АТ) у вагітних з пізнім гестозом, що проводилась за допомогою добового моніторингу варіабельності серцевого ритму (ВСР).

Нами обстежено 107 вагітних жінок з пізнім гестозом (основна група) та 27 з фізіологічним перебігом вагітності, що склали контрольну групу. Вагітних основної групи для порівняльного аналізу було розподілено на підгрупи: перша (I) – 65 жінок з пізнім гестозом без ожиріння, друга (II) – 42 вагітні з пізнім гестозом та надлишковою масою тіла. За віковими критеріями групи були статистично однорідними, середній вік вагітних склав $26,1 \pm 3,2$ років.

З наведених у таблиці 1 основних показників стану кардіоваскулярної системи видно, що показники маси тіла та ІМТ були достовірно вищими ($p < 0,001$ та $p < 0,01$ відповідно) у вагітних з гестозом та підвищеним трофологічним статусом в порівнянні з жінками контрольної групи та з вагітними без надлишкової маси тіла, але з перебігом вагітності, ускладненим пізнім гестозом. При аналізі показників частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) встановлено, що в основній групі спостереження вони є достовірно вищими, ніж у жінок контрольної групи ($p < 0,001$). Підвищення систолічного й діастолічного АТ свідчить про наявність артеріальної гіпертензії (АГ) у даній категорії вагітних.

Таблиця 1

Основні кардіоваскулярні показники (M \pm m)

Показники	Контрольна група, n=27	I підгрупа, n=65	II підгрупа, n=42
Вік (роки)	25,4 \pm 2,8	26,1 \pm 3,5	26,9 \pm 3,2
Маса (кг)	58,18 \pm 4,20	61,64 \pm 4,52	

Таблиця 2

Частотний аналіз ВСР ($M \pm m$)

Параметри	Контрольна група, n=27	I підгрупа, n=65	II підгрупа, n = 42
TP (m^2)	986,30 \pm 416,84		

Фармакологічні дослідження підтвердили ефективність мазі клізвazol на моделі інфекційно-травматичного вагініту у шурів, яка не поступалася препаратам порівняння. Отримані експериментальні дані свідчать про доцільність подальших клінічних випробувань нової вітчизняної комбінованої мазі клізвazol при неспецифічних бактеріально-грибкових вагінітах.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Л. В. Желтоноженко, В. К. Чайка

Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, г. Донецк.

Актуальность рассматриваемой нами проблемы связана с тем, что наблюдающиеся у подростков в последние годы раннее начало половой жизни, рост сексуальной активности, отсутствие контрацептивной культуры приводят к увеличению числа воспалительных заболеваний гениталий и, в том числе, эктопии шейки матки. Поскольку эта категория молодых и, как правило, нерожавших женщин, сохранение их репродуктивного потенциала имеет очень большое значение. При выявлении у подростков эктопии шейки матки особо важным является поиск более щадящих нехирургических методов лечения.

Целью исследования явилось изучение эффективности использования медицинского озона в лечении осложненной эктопии шейки матки у девочек-подростков.

Под нашим наблюдением находилось 35 девочек-подростков в возрасте 15-18 лет, живущих половой жизнью, с диагнозом: эктопия шейки матки, цервицит, дисбиоз влагалища. Диагноз устанавливался на основании данных расширенной кольпоскопии, бактериоскопии, цитологического исследования мазков, исследования микрофлоры влагалища методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием системы «Фемофлор». В группу исследования вошли пациентки с нормальной кольпоскопической картиной, 2 типом цитологического мазка, умеренным дисбиозом влагалища. Группу исключения составили девочки-подростки, имеющие инфекции, передающиеся половым путём, в том числе вирус папилломы человека.

Патогенетический эффект озонотерапии определяется высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона. Медицинский озон при его местном использовании проявляет: антимикробное, фунгицидное и противовирусное действие; иммуномоделирующее действие путем повышения пролиферации лимфоцитов и физиологической активности фагоцитарных клеток; улучшение местного кровообращения за счет стабилизации клеточных мембран; антигипоксическое действие путем восстановления кислородно-транспортной функции крови. Озонирование оливкового масла выполняли по известной методике (О.В. Масленников, К.Н. Конторщикова, 2003).

Всем больным назначался 10-дневный курс вагинальных 10-15 минутных аппликаций тампонами, пропитанными оливковым маслом, предварительно озонированным озоно-кислородной смесью с барботажной концентрацией озона в ней 5,0 мг/л. Курс вагинальных аппликаций после месячного перерыва повторяли. После проведенного полного курса лечения и далее 1 раз в 3 месяца на протяжении 1 года проводили контрольное исследование микрофлоры влагалища, кольпоскопию, цитологическое исследование мазков. У 29 (82,9%) пациенток после проведенной озонотерапии отмечалась нормализация микрофлоры влагалища, через 6 месяцев у 27 (77,1%) кольпоскопическая картина показала частичную эпителизацию, через год у 25 (71,4%) девочек отмечена полная эпителизация шейки матки.

Таким образом, учитывая повышение в последнее время устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, высокую степень алергизации организма, иммунодефицитные состояния, озонотерапия позволяет избежать полипрагмазии, добиться положительных результатов без деструктивных методов лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БИОВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

А. А. Касёнкин, Ю. В. Яцкив, О. А. Писарева

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет»; Луганская областная клиническая больница; г. Луганск.

Актуальной проблемой в современном акушерстве остается разработка и обоснование тактики ведения беременных с пневмонией в связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности, а также значительными экономическими затратами на её лечение. Распространённость пневмоний среди беременных в Украине составляет 0,78-2,70% случаев на 1000 родов. Все беременные с пневмонией в обязательном порядке под-

лежат госпитализации в стационар, что определяется высоким процентом летальных случаев. Особенностью лечения больных данной группы является ограничение медикаментозных назначений и состояние иммуносупрессии. В связи с этим, цель работы – изучить целесообразность применения иммуноглобулинов в лечении вирусно-бактериальных пневмоний у беременных.

В исследование включено 46 беременных в сроке гестации 32-37 недель с подтвержденным диагнозом вирусно-бактериальной пневмонии, которые находились на лечении в родильном отделении областной больницы. Женщины были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 26 беременных, которые получали терапию согласно национальным рекомендациям; во 2-ю – 20 беременных, при лечении которых, кроме базисной терапии, был включен препарат поливалентных иммуноглобулинов для внутривенного введения биовен («Биофарма», Украина). Биовен вводился в дозе 50 мл в сутки внутривенно капельно в течение 5 дней. Антибактериальная терапия назначалась эмпирически. Антибиотиком выбора явился спирамицин. Оценка эффективности проводилась на 7 сутки по клинико-лабораторным критериям. Математическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики. Разница показателей считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследований показали, что на 7 день от начала лечения в 1-й группе субъективно отмечали улучшение состояния 8 (30,0%) беременных, во 2-й – 17 (85,0%) $p < 0,05$; одышка сохранялась у 12 беременных (46,0%) в 1-й группе и 5 женщин (25,0%) – во 2-й ($p > 0,05$). Жалобы на боли в грудной клетке, общую слабость предъявляли 9 (34,0%) женщин 1-й группы и 4 (20,0%) беременных 2-й группы ($p > 0,05$). Частота дыхательных движений составила $24,6 \pm 1,4$ в 1-й группе и $20,4 \pm 1,7$ – во 2-й группе ($p < 0,05$), частота сердечных сокращений – $107,4 \pm 4,3$ и $96,6 \pm 3,8$ соответственно ($p < 0,05$). Положительная динамика при контрольном рентгенологическом исследовании органов грудной полости отмечалась в 1-й группе в 59,0%, во 2-й – 85,0% случаев ($p < 0,05$). В 1,2 раза чаще во 2-й группе наблюдалась нормализация температуры тела к 7 суткам от начала лечения. Длительность антибактериальной терапии у женщин 1-й группы составила $12,4 \pm 1,5$ дней, в то же время как во 2-й – $8,6 \pm 1,3$ дня ($p < 0,05$). Уровень лейкоцитоза в крови у женщин 1-й группы на 7 сутки составил $9,7 \pm 0,8 \cdot 10^9/\text{л}$, во 2-й – $7,6 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$).

Дыхательная недостаточность (ДН) I степени наблюдалась у 8 (30,8%) в 1-й группе беременных и у 6 (30,0%) – во 2-й ($p > 0,05$). У 7 (26,9%) беременных 1-й группы и у 2 (10,0%) беременных 2-й группы ($p > 0,05$) ДН прогрессировала к III степени тяжести, что обусловило показание к искусственной вентилизации лёгких, которая проводилась неинвазивным методом. Длительность проведения составила от 3 до 12 суток, однако – $10,6 \pm 1,8$ суток в 1-й группе против $5,8 \pm 1,6$ – во 2-й группе ($p < 0,05$). Следует отметить, что побочных аллергических реакций на введение препарата у пациенток 2-й группы не отмечалось.

Таким образом, включение в комплексное лечение вирусно-бактериальных пневмоний у беременных иммуноглобулина позволило пролонгировать беременность, уменьшить длительность антибактериальной терапии и период респираторной поддержки, повысить эффективность лечения на 16,9%, что указывает на целесообразность данного метода терапии.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ В ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІЙ ПРОГРАМІ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

І. Т. Кишакевич, О. М. Островська, Л. Г. Бойчук, С. С. Стоцький, В. В. Маклецова

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ.

Гістероскопія на сьогоднішній час є невід'ємною частиною роботи акушер-гінекологів при вирішенні питання діагностики внутрішньоматкової патології, розширяючи діагностичні можливості при виявленні такої патології, як поліп та гіперплазія ендометрію, субмукозні вузли. При цьому даний метод дозволяє вибрати тактику лікування пацієнтки, проводити оперативні маніпуляції і здійснювати контроль ефективності терапії.

Гістероскопія в багатьох випадках дозволяє уникнути лікувально-діагностичного вишкрібання, яке є травмуючою процедурою, та дозволяє взяти біопсію з підозрілої ділянки з найменшим травматичним ушкодженням, дозволяє застосовувати органозберігаючі методи хірургічного лікування, знижує ризик післяопераційних ускладнень, тому на сьогодні гістероскопію визнано «золотим стандартом» в лікувально-діагностичній програмі при внутрішньо-порожнинній патології матки.

Метою нашого дослідження було дати оцінку та порівняти результати клініко-гістероскопічного обстеження та гістологічного висновку отриманого матеріалу (біоптатів ендометрію) для більш точної верифікації гістероскопічного діагнозу.

Нами обстежено 50 жінок перименопаузального періоду, які поступили в гінекологічний стаціонар з дисфункціональними матковими кровотечами.

Вперше дана патологія виявлена у 68% жінок, в 20% пацієнток даний діагноз був верифікований впродовж року, в зв'язку з чим вони отримували симптоматичну та гормонотерапію, решта 12% жінок протягом 5 років відмовлялися від обстеження та лікування.

З анамнезу встановили, що у 62% були порушення менструального циклу, у 32% – запальні процеси додатків матки та шийки матки, 68% жінок відмічали штучні аборти в анамнезі, 13% – безпліддя, 12% – викидні.

Поряд з цим, відмічено значний відсоток жінок, які в анамнезі мали екстрагенітальні захворювання, серед них – гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, захворювання щитовидної залози, захворювання шлунково-кишкового тракту.

Ультразвукове дослідження дозволило встановити наявність субмукозних вузлів у 16 жінок, гіперпластичних змін ендометрію – у 12, поліпоз – у 10.

В той час гістероскопія дозволила діагностувати поліп ендометрію – у 13 жінок, у 19 жінок – субмукозну міому матки, крім того аденоміоз – у 6, атрофію ендометрію – у 4, гіперплазію ендометрію – 8.

Всім жінкам в процесі даної діагностичної програми було проведено гістерорезектоскопію, видалення поліпів та субмукозних вузлів з наступним гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. Діагностична ефективність становила 97%. У 3% випадках гістологічний висновок не збігався з гістероскопічною картиною (при гіперплазії ендометрію).

Така висока діагностична цінність гістероскопії зумовлена інформативною біопсією, яка взята із сумнівної ділянки під візуальним контролем.

Проведене обстеження нам дозволило не тільки провести правильну діагностику у 97% жінок, але і забезпечити адекватне лікування.

Майже всі пацієнтки були виписані протягом 1-2 дня, причому в жодній жінки не було післяопераційного ускладнення, що свідчить про зручність, безпечність та економічність даного методу.

СЕЗОННЫЕ КОЛЕБАНИЯ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ГРУДНОГО МОЛОКА ЖЕНЩИН БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. Н. Ключкова, А. В. Тихонова, С. П. Пахомов

Национальный исследовательский Белгородский государственный университет, г. Белгород.

Состояние здоровья новорожденных во многом находится в зависимости от характера вскармливания – естественное или искусственное. В последнее время отмечается ухудшение обстановки в области грудного вскармливания, а именно, укорочение сроков кормления и ухудшение качественного состава молока, что подтверждается данными других авторов.

Целью настоящего исследования явилось изучение качественного состава грудного молока женщин Белгородской области в зависимости от сезона родоразрешения.

Обследование проводилось на базе Белгородского областного перинатального центра. Изучалось грудное молоко женщин на 3-и сутки после самопроизвольных родов. Всего изучено 128 образцов молока, по 32 образца за каждый сезон на базе лаборатории Белгородской областной клинической больницы Св. Иоасафа. Определялся белковый, электролитный, иммунный состав молока.

В результате исследования было установлено, что по большинству показателей достоверных различий не отмечалось. Но были выявлены достоверно более низкие показатели кальция (4,48 ммоль/л), калия (14,49 ммоль/л), натрия (17,94 ммоль/л), белка (20,38 г/л), иммуноглобулина G (0,96 г/л) и железа (9,30 мкмоль/л) в весенний период. Более высокие показатели весной были отмечены для содержания хлоридов (15,40 ммоль/л), холестерина (0,82 ммоль/л) и триглицеридов (8,47 ммоль/л). Аналогичная ситуация отмечалась в различиях этих показателей и в осенний период. Следовательно, биохимический состав грудного молока женщин имеет сезонные особенности, которые необходимо учитывать при введении докорма у детей первого года жизни.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВПЧ–ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Н. О. Колеко, В. В. Макогонова

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск.

Ежегодно в мире регистрируется около 0,5 млн. новых случаев цервикального рака и, согласно прогнозу, в отсутствие активного вмешательства к 2020 г. это число увеличится более чем на 700000 случаев. В структуре общей онкологической заболеваемости женщин в Украине рак шейки матки (РШМ) составляет 6%, занимая третье место после рака молочной железы и рака эндометрия.

Особую категорию риска составляют молодые женщины с воспалительными заболеваниями и эктопией цилиндрического эпителия, инфицированные вирусом папилломы человека (ВПЧ), так как хронический воспалительный процесс способствует дистрофическим изменениям в многослойном плоском эпителии, инфльтрации стромы лейкоцитами и лимфоцитами, уменьшению количества гликогена, нарушению дифференцировки клеток. К сожалению, в настоящее время не существует статистических данных о распространенности ВПЧ-инфекции среди молодых женщин, которая является фактором риска РШМ. В свою очередь, физиологическая эктопия до 23 лет не подлежит лечению абляционными методами, хотя известно, что зона трансформации является идеальным местом для внедрения и персистенции ВПЧ.

Цель работы – изучить частоту и характер ВПЧ-инфекции у молодых женщин с эктопией цилиндрического эпителия.

Обследовано 30 женщин до 23 лет, средний возраст которых составил $19,1 \pm 0,2$ лет. При этом осложненная и неосложненная эктопия шейки матки выявлены в 56,6% и 43,4% случаев соответственно. Проведены кольпоскопия, бактериоскопическое, бактериологическое исследования, цитологический тест по Папаниколау, диагностика по методу полимеразной цепной реакции качественным и количественным методом с помощью которого выявляли ДНК ВПЧ основных филогенетических групп – А9 (16, 31, 33, 35, 52, 58), А7 (18, 39, 45, 59), А5/А6 (51/58).

В результате исследования установлено, что *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealiticum* в концентрации $>10^4$ КОЕ/мл были выделены у 17 женщин (56,6%). Вместе с этим, ВПЧ А9 – у 16 (53,3%) женщин, ВПЧ А7 – у 13 (43,3%) женщин, ВПЧ А5/6 – у 1 (3,4%) пациентки. Цитологически отсутствуют атипические клетки, количество лейкоцитов у данного контингента от 20 до 30 в поле зрения, при этом вирусная нагрузка в 33,3% наблюдений соответствовала средней (3-5lg), высокая ($>5lg$) выявлена в 13,3% наблюдений. Таким образом, высокоонкогенные штаммы ВПЧ-инфекции были установлены у 96,7% молодых женщин. Для исключения элиминации вирусной инфекции через 6 месяцев проведено повторное обследование, где нами была выявлена персистенция вирусной инфекции у 5 (17,2%) женщин, инфицированных высокоонкогенными штаммами А9, А7.

Полученные результаты позволяют предположить развитие диспластических изменений шейки матки через 5-6 лет в 17,2% случаев у данной категории пациенток и требуют разработки эффективных методов лечения и наблюдения с целью профилактики рака шейки матки, что подтверждается данными современной литературы.

ДОЦІЛЬНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ПОСИСТЕМНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ У ЖІНОК З НЕПЛІДДАМ

І. І. Корчинська¹, В. О. Склярова², В. Г. Козицька³, О. Ю. Боженко³

¹Жіноча консультація № 21 МКП, клініка репродукції «Альтернатива»; ²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини; ³Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини, м. Львів.

Застосування ультразвукової діагностики в практиці лікаря акушер-гінеколога є рутинним методом обстеження, який дає деталізацію діагностичних завдань. Однак, при обстеженні пацієнток з непліддям, виникають додаткові запитання, які потребують якісного обстеження не тільки органів малого тазу, але й, по можливості, всього організму.

Нами з 2008 року застосовується комплексний ультразвуковий огляд всіх пацієнток з непліддям, які звернулись у Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини і клініку репродукції «Альтернатива». Огляд проводили на 5-7 день циклу, після попередньої очистки кишківника з оцінкою стану жовчевого міхура, печінки, підшлункової залози, щитовидної залози, молочних залоз, селезінки, нирок, наднирників, матки і придатків матки. За 3 роки обстеження 418 пацієнток варто відмітити збільшення частоти виявлення автоімунного тироїдиту, вузлового зобу, сечокам'яної хвороби, фіброзно-кістозної мастопатії, дискінезії жовчовивідних шляхів. Особливо відмічені ультразвукові зміни у вигляді хронічної інтоксикації печінки в поєднанні з ознаками автоімунного тироїдиту та клініко-лабораторними ознаками паразитарного ураження організму. Даний підхід значно пришвидшує системну діагностику пацієнток з непліддям, деталізує наступний план дообстежень, лікування і консультацій суміжних спеціалістів, що покращує надання медичної допомоги пацієнтам.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ФОНІ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ

О. О. Корчинська, Г. В. Ігнат

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

Гіпергомоцистеїнемія відіграє значну роль в порушенні імплантації, інвазії трофобласта та повноцінного функціонування матково-плацентарно-плодового комплексу протягом усього терміну вагітності.

Мета роботи – виявлення змін шляхом ультразвукового, доплерометричного, макро- та мікроскопічного дослідження плацент при різних ускладненнях вагітності, що можуть пояснити роль гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ) в патогенезі плацентарної дисфункції.

Проведено дослідження 40 плацент, отриманих від породіль, яким було надано акушерську допомогу в акушерському стаціонарі. З них у 30 жінок діагностовано гіпергомоцистеїнемію. У залежності від ускладнення вагітності 30 пацієток з діагностованою ГГЦ розподілено на III основні групи. I основну групу склали 10 породіль із підтвердженим діагнозом передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП); II – 10 пацієток, вагітність яких ускладнилася тяжкими та середньої важкості пізніми гестозами, III – 10 породіль з діагностованою затримкою внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), IV (контрольну) – 10 жінок із фізіологічним перебігом вагітності та пологів.

При проведенні УЗД нами виявлено, що під час гестації у вагітних основної групи характерне більш часте низьке прикріплення плаценти: в 6 жінок I групи, в 4 вагітних – I, II і III групи проти 1 випадку в групі контролю ($p < 0,001$).

При проведенні доплерометричного дослідження в основних групах у більшості випадків мало місце поєднання порушень у матковій артерії, при зростанні систоло-діастолічного співвідношення (С/Д) в 1,4 рази і в пупкових артеріях.

Товщина материнської частини плаценти зменшена відповідно IV групи ($3,40 \pm 0,08$ см) до $1,05 \pm 0,04$ см – в I групі, $1,45 \pm 0,08$ см – в II та $1,25 \pm 0,10$ см – в III групі ($p < 0,01$). Зменшення показників товщини плаценти у I, II та III групах порівняно з нормою свідчить про її стоншення, що зв'язано з заміщенням нормальної плацентарної тканини сполучною внаслідок ішемії.

В товщі материнської частини візуалізувались в великій кількості інфаркти білого кольору, різнокаліберні кальцинати, петрифікати (особливо ці зміни виражені в плацентах II та III груп).

При гістологічному дослідженні в стромі ворсин ознаки фібриноїдної дистрофії було виявлено в 2 (20%) плацентах I групи, в 3 (30%) – II групи та 4 (40%) – III групи.

В плацентах жінок IV групи такого явища не спостерігалось. При мікроскопії плацент кальцинати було виявлено в усіх групах: I група – 8 (80%), II – 9 (90%), III – 7 (70%), IV – 3 (30%). Однак відмінності мала поширеність цього явища в плацентах: у випадках ускладнень вагітності, патогенез яких схильні пов'язувати із тромбофілічними станами (ПВНРП, ЗВУР плода, гестози різного ступеня важкості), кальцинати є більш розповсюдженими, ніж при фізіологічній вагітності.

Таким чином, ступінь вираженості ГГЦ відповідає важкості перебігу акушерської патології.

Однотипність виявлених змін є свідченням спільного патогенезу ускладнень вагітності (ПВНРП, гестози, ЗВУР плода), основна дія яких розміщена в зоні контакту трьох епітеліальних систем – ендотелію маткових судин, судин ворсинок та епітелію міжворсинкового простору.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ В МОЧЕ КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Н. Ю. Куликова, Т. В. Чаша, А. Н. Можаяева, Г. Н. Кузьменко

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России, г. Иваново.*

В структуре заболеваемости отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» частота ишемической нефропатии (ИН) в 2005 году составила 95%, в 2009 году – 72%. Преобладала ИН I степени (более 60%). Тяжелая ИН отмечалась более чем у четверти (28%) детей в 2005 году и менее чем у 5% – в 2009 году.

Выполнено обследование 118 доношенных новорожденных, находящихся в отделении реанимации и

интенсивной терапии: 60 детей – с ИН I, 35 – с ИН II и 23 – с ИН III степени тяжести. Контрольную группу составили 40 здоровых новорожденных. Для уточнения преимущественной локализации процесса в почках и оценки степени повреждения структурно-функциональных элементов нефрона устанавливали активность ферментов в моче на 1-й и 5-7-й дни жизни: щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтрансферазы (ГГТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), β -глобулиногеназы и холинэстеразы (псевдохолинэстераза, ХЭ). Активность ГГТ, ЛДГ, ЩФ и ХЭ определяли кинетическим и фотометрическим методами на биохимическом анализаторе «Сапфир 400» (Япония) с использованием наборов реактивов фирмы DiaSys (Германия). Активность β -глобулиногеназы оценивали на спектрофотометре «SOLAR PV 125 TC» (Беларусь). Активность ферментов в моче определяли в расчете на 1 мг выделенного с мочой креатинина (в мЕ/мг креатинина).

ИН проявлялась сниженным диурезом (олигоанурия или анурия); отеком синдромом I-III степени; мочевым синдромом в виде протеинурии, гематурии и цилиндрурии (гиалиновые и зернистые цилиндры); значения креатинина и мочевины сыворотки крови выше 90 мкмоль/л и 8,0 ммоль/л соответственно.

Развитие ИН у новорожденных сопровождалось изменением активности ферментов в моче. При ИН всех степеней тяжести с 1-х суток жизни происходит повреждение проксимальных и дистальных канальцев нефрона, о чем свидетельствовало повышение активности ГГТ, ЛДГ, ЩФ и β -глобулиногеназы в моче; при ИН II и III степени имело место также повышение активности ХЭ в моче (при II – умеренное с 5-х суток, при III – выраженное с 1-х суток жизни), что указывает на повреждение клубочкового аппарата почек.

Нами был предложен способ ранней диагностики ИН III, сущность которого состоит в том, что у новорожденных, находящихся в критическом состоянии, на 1-е сутки жизни в разовой порции мочи определяют активность ХЭ и при ее активности 10 мЕ/мг креатинина или более диагностируют острую почечную недостаточность. Предлагаемый способ обладает высокой точностью (93%) и его использование дает возможность врачу своевременно начать адекватную терапию.

Кроме того, мы разработали способ оценки эффективности лечения ИН у новорожденных путем определения в моче активности ГГТ и ХЭ. При снижении активности данных ферментов относительно исходного уровня лечение оценивается как эффективное, а при отсутствии такового – как неэффективное. Этот метод дает возможность врачу своевременно провести коррекцию терапии, улучшить исход заболевания и снизить летальность.

Таким образом, определение активности ферментов в моче позволяет своевременно диагностировать ишемическую нефропатию у новорожденных, находящихся в критическом состоянии, и оценить эффективность проводимой терапии.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ

В. В. Курочка, О. А. Диндар, Г. І. Макаренко

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.

Герпесвірусна інфекція – найпоширеніша вірусна інфекція людини. За даними ВООЗ, близько 90,0% населення земної кулі мають антитіла до вірусу простого герпесу. Кількість жінок, хворих на генітальний герпес, щороку зростає більше ніж на 10,0%, у 75,0% з них спостерігаються рецидиви. При лікуванні даної патології виникає багато проблем, оскільки досягти повної елімінації вірусів з організму неможливо. Велику роль відіграє патогенетична терапія, призначена за результатами виявлених порушень в імунному статусі хворого і спрямована на корекцію дефектів імунної відповіді.

Метою дослідження було оцінити протирецидивуючу ефективність препарату протекфлазід при лікуванні хворих з клінічними проявами генітального герпесу і його вплив на показники імунного статусу пацієнтів.

У дослідження включено 45 (основна група) жінок у віці від 18 до 43 років, що не менше 3 разів протягом останнього року мали симптоми генітального герпесу та 20 гінекологічно здорових жінок (контроль). Для оцінки впливу препарату протекфлазід на імунний статус жінок з генітальним герпесом визначали рівні основних імунокомпетентних клітин організму до лікування і через 1 місяць після його закінчення. Протекфлазід застосовували по 10 крапель 3 рази на добу протягом 3 місяців і ще 3 місяці – по 5 крапель 3 рази на добу. Піхвові тампони з розчином протекфлазиду 1:10 використовували протягом 14 днів.

Серед обстежених основної групи у 29 жінок спостерігалася важка форма перебігу генітального герпесу – більше 5 рецидивів на рік, у 16 – середня форма (3-5 рецидивів). Тривалість захворювання становила від 2 до 7 років. Жінки скаржились на печію, свербіж у зоні ураження, болючість, парестезії, посилення піхвових виділень, які виникали за 2 доби до появи висипу. Герпетичний висип з'являвся на малих та великих статевих губах, вульві, промежині; через 3-5 днів утворювалися ерозії, реепітелізація яких відбувалась на 8-11 добу. У 35,6% хворих спостерігалось порушення психоемоційного стану, у 15,6% – дизуричні явища у вигляді частого та болючого сечовиділення.

При обстеженні у пацієнтів з генітальним герпесом спостерігається зниження рівня лейкоцитів в порівнянні з контрольною групою ($4,80 \pm 0,30 \times 10^9/\text{л}$; та $7,54 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$ відповідно), підвищення вмісту лімфоцитів ($39,91 \pm 1,34\%$ та $32,00 \pm 0,32\%$). У жінок основної групи зафіксовано зниження відносного і абсолютного вмісту CD16+ на відміну від групи контролю (відносний показник – $13,79 \pm 0,64\%$ та $17,74 \pm 0,23\%$; абсолютний показник – $0,33 \pm 0,04 \times 10^9$ та $0,45 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$). Також змінювався рівень IgM на відміну від здорових жінок ($1,49 \pm 0,08$ г/л та $1,74 \pm 0,01$) та відмічалось зниження індексу CD4+/CD8+ ($1,17 \pm 0,09$ та $1,50 \pm 0,01$), що свідчить про дисбаланс Т-клітинної ланки імунітету.

В результаті проведеної терапії у пацієнтів з рецидивуючим генітальним герпесом вдалося досягти збільшення вмісту рівня лейкоцитів ($6,86 \pm 0,20 \times 10^9/\text{л}$), підвищення відносного і абсолютного показника CD16+-клітин, індексу CD4+/CD8+ ($1,49 \pm 0,10$), нормалізації імуноглобулінів класу М ($1,62 \pm 0,09$ г/л), а також зниження вмісту лімфоцитів ($37,26 \pm 1,10\%$). У 77,8% жінок терміни ремісії збільшилися в 4-5 рази (від 4 до 12 місяців), у 22,20% – в 2,5 рази (від 3 до 6 місяців).

Таким чином, практично у всіх пацієнтів вдалося досягти збільшення межрецидивного періоду в 2-4 рази, що дозволяє характеризувати протирецидивний ефект протезфлазиду високим. Лікування протезфлазидом у хворих з генітальним герпесом усуває дисбаланс імунної системи та нормалізує імунологічну реактивність організму, збільшує тривалість періоду ремісії, тим самим, покращує якість життя жінок з даною патологією.

НАРУШЕНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ УГРОЗЕ ПЕРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

М. А. Левкович, В. А. Линде, В. О. Андреева, Д. Д. Нефедова, Т. Г. Плахотя

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Преждевременное прерывание беременности является одной из наиболее важных проблем в современной медицине, оказывающей отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье женщины. На протяжении последних десятилетий лидирующим фактором, приводящим к осложненному угрозы прерывания течению беременности, являются персистирующие бактериальные и вирусные инфекции. В условиях этиологической значимости факторов риска особое значение имеет состояние иммунного гомеостаза. На сегодняшний день очевидно, что в исходе беременности важную роль играют иммунологические взаимоотношения между материнским организмом и плодом, однако причины нарушения клеточных и цитокин-опосредованных механизмов, обеспечивающих физиологическое течение беременности и приводящих к акушерской патологии, до настоящего времени остаются недостаточно изученными. В этой связи, целью исследования явилось выявление патогенетически значимых изменений иммунной системы при угрозе прерывания беременности инфекционного генеза для снижения частоты перинатальных осложнений.

Было обследовано 110 пациенток в I триместре, из них 56 женщин – с выявленной урогенитальной инфекцией и угрозой прерывания беременности и 54 женщины – с физиологическим течением беременности. Методом проточной цитофлюориметрии, используя реагенты фирмы Immunotex (Франция), определяли уровень экспрессии CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, CD54+, CD11b+, CD95+, CD25+, CD69+, CD71+, CD282+, CD284+, HLA-DR+, AnnexinV+, AnnexinV+PI+. Определение содержания в сыворотке крови и цервикальной слизи IL-1 β , IL-4, IL-6, TNF- α , IFN- γ проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы Цитокин (С-Петербург, Россия), IL-8, IL-12 (Bender Medsystems, Австрия).

Выявлено, что у беременных с урогенитальной инфекцией ведущим в формировании адаптивного иммунного ответа при угрозе прерывания беременности является увеличение клеток с супрессорно-цитотоксической активностью, повышение маркеров активации CD69+, CD25+, HLA-DR+ на их поверхности, повышении CD25+ на поверхности NK клеток, повышение маркеров апоптоза лимфоцитов CD95+, AnnexinV+, AnnexinV+PI+, увеличение экспрессии молекул адгезии CD11b+, CD54+, повышение количества TLR-2 и TLR-4 рецепторов на мононуклеарах периферической крови, усиление продукции провоспалительных цитокинов IL-1, IL-8, IL-6, IL-12, TNF- α , IFN- γ в сыворотке крови и цервикальной слизи. Выраженность воспалительного процесса родовых путей при урогенитальной инфекции обусловлена дисбалансом продукции IL-8, IL-6, IL-12, IFN- γ в цервикальной слизи, что имеет большое значение в генезе угрозы прерывания беременности.

Таким образом, ведущим патогенетическим фактором репродуктивных потерь инфекционного генеза является нарушение иммунного гомеостаза на системном и локальном уровне, верифицируемое дисбалансом этапов дифференцировки, активации эффекторных функций иммунокомпетентных клеток. Выявленные иммунные сдвиги позволят разработать алгоритмы прогнозирования невынашивания беременности, что приведет к предупреждению перинатальных и плодовых потерь.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПОШИРЕНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ВАГІТНИХ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Н. Ю. Леміш, Р. М. Міцода

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

Вагітність на фоні цукрового діабету є загрозою як для матері, так і для плоду. Вона ускладнює перебіг цукрового діабету, сприяє розвитку важких ускладнень вагітності, призводить до розвитку ембріопатій, може бути причиною гіпоксії та внутрішньоутробної загибелі плоду.

Метою дослідження було вивчити частоту захворюваності на цукровий діабет у вагітних Закарпатської області на підставі аналізу статистичних звітів про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям в Закарпатській області за 2006-2011 рр.

Встановлено, що впродовж аналізованого періоду частота цукрового діабету у вагітних області подвоїлася (з 6,10% до 12,10% на 10000 родів). При цьому, найстрімкіше зростання (у 7,1 разів) та найвища поширеність даного захворювання спостерігається в Іршавському районі (63,39 на 10000 родів). Однак, протягом ряду років у звітах відсутні дані про частоту даної патології майже у всіх районах, а найбільше – у Берегівському та Рахівському.

Звертає на себе увагу низька ступінь виявлення даного захворювання. Згідно статистичних звітів, у 2011 р. у області було 18168 пологів. При цьому було зареєстровано 22 випадки цукрового діабету у вагітних (0,12%). В той же час, з літератури відомо, що біля 0,10-0,30% всіх породіль хворі на цукровий діабет, а у 3,00% жінок спостерігається гестаційний діабет. Отримані дані вказують на необхідність покращення ендокринологічного обстеження вагітних жінок з метою збереження їх здоров'я та зменшення частоти гестаційних ускладнень.

РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОРТРЕТ БЕРЕМЕННИХ С НАРУШЕННЯМИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА

Е. В. Лисеенко

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск.

В настоящее время тиреоидная патология является наиболее частой в структуре эндокринных заболеваний среди женщин детородного возраста. Особого внимания заслуживает период гестации, когда формируется особая система «плацента-щитовидная железа», при этом регуляция тиреоидных и плацентарных гормонов становится взаимозависимой. Вместе с тем, частота расстройств функции щитовидной железы (ЩЖ), которые осложняют течение беременности и родов, влияют на развитие плода и состояние новорожденного, составляет 10,0-15,0%.

Цель исследования – изучить особенности репродуктивной функции беременных с изменениями тиреоидного статуса.

Обследовано 30 беременных с нарушениями тиреоидного статуса. Возраст пациенток варьировал от 17 до 42 лет, средний возраст составил $23,4 \pm 0,5$ года. Среди соматической патологии обследуемых беременных встречались заболевания сердечнососудистой системы: вегетососудистая дистония по кардиальному типу – 8 (26,6%), гипертоническая болезнь – 3 (10,0%); патология гепатобилиарной системы – 5 (16,7%); патология мочевыделительной системы – 4 (13,3%); анемия – 7 (23,3%).

В зависимости от выявленных нарушений женщины были распределены следующим образом: у 10 (33,3%) беременных обнаружена гипофункция ЩЖ, гиперфункция – у 3 (10,0%), аутоиммунный тиреоидит – у 2 (6,7%), носительство антитиреоидных антител (АТ) на фоне сохраненной функции ЩЖ – у 9 (30,0%). Только у 6 (20,0%) обследуемых беременных не выявлено нарушений функционального состояния ЩЖ.

Анализ репродуктивной функции исследуемых показал, что среди беременных с выявленным гипотиреозом первую беременность имели 5 женщин, медицинский аборт в анамнезе – 2, самопроизвольный выкидыш – 3, неразвивающуюся беременность – 1. У женщин с тиреотоксикозом внематочная беременность имела место у 1 женщины, самопроизвольный выкидыш – 1 случай, первобеременными были женщины с аутоиммунным тиреоидитом.

Среди беременных с сохраненной функцией ЩЖ первая беременность была у 4 (66,7%), анамнез отягощен медицинским абортom – у 1 (16,7%), внематочной беременностью – у 1 (16,7%).

Первичное бесплодие выявлено у 4 пациенток в группе с гипотиреозом и 1 беременной с гиперфункцией ЩЖ. Вторичное бесплодие наблюдалось у 2 женщин с тиреоидитом. Среди женщин-носительниц АТ с сохраненной функцией имели место 2 случая вторичного бесплодия.

Таким образом, по нашим данным, у 24 (80,0%) обследуемых беременных были обнаружены изменения тиреоидного статуса, а у 17 (70,8%) из них установлено нарушение репродуктивной функции, что указывает на необходимость выявления тиреоидной патологии на этапе предгравидарной подготовки у женщин с несовершенным репродуктивным портретом.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНИХ ТА ЦИТОГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ РАННІХ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ

О. Ю. Лотоцька-Савчак, Н. Л. Гулеюк, І. Р. Ткач, Н. В. Гельнер, Д. В. Заставна

Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів.

Згідно даних Міністерства охорони здоров'я України, майже кожна п'ята бажана вагітність завершується самовільним викиднем, 70,0-80,0% яких відбуваються в І триместрі. Щороку прямі репродуктивні втрати від навикового невиношування становлять 36-40 тисяч ненароджених бажаних дітей. Внесок завмирання вагітності в етіології ранніх самовільних викиднів складає 45,0-88,6 %. У 60,0-80,0% випадків завмерлі вагітності викликані хромосомними аномаліями у плода.

Нами було проаналізовано 82 хоріони, отриманих в результаті завмерлої вагітності (72 випадки), самовільних викиднів (3 випадки) та після переривання вагітності за медичними показами в І триместрі (7 випадків). На всі випадки ранніх репродуктивних втрат заповнювались реєстраційні карти з подальшим аналізом отриманих даних. Для цитогенетичного аналізу використовувалися препарати ворсин хоріона, отримані непрямим методом, з подальшим G-збарвленням.

З метою прогнозування та планування наступних вагітностей у Міжобласний медико-генетичний центр м. Львова звернулись 82 подружні пари, від яких обстежено матеріал попередньо втраченої вагітності (хоріони). Випадки навикового невиношування, тобто повторні репродуктивні втрати, спостерігались у 30 подружніх пар (36,6%), вперше завмерла вагітність – у 25 випадках (30,5%), а вперше діагностовані самовільні викидні – у 3 (3,7%) випадках. Результати цитогенетичних досліджень хоріону отримали в 41 випадку із 82 (50,0%), у 44,0% випадків діагностували геномні та хромосомні аномалії. Гоносомний набір ХУ встановили у 23 випадках (56,0%), що свідчить про превалювання чоловічої статі серед матеріалу порушених вагітностей. При наявності природжених вад розвитку, діагностованих за допомогою ультразвукового обстеження плода в І триместрі (а саме: кистозна гідрома шії, акранія, розщелина хребта), зі згоди подружньої пари проводили переривання вагітності за медичними показами (7 випадків). Порушення каріотипу встановили в 3 випадках – по одному 47,ХУ+18, 47,ХУ+22, 69 ХХУ. Серед цих випадків професійної шкідливості до та під час вагітності виявили лише у 2 жінок, які працювали швеями.

У результаті клінічного обстеження подружніх пар у 51,7% встановили наступні захворювання зі спадковою схильністю: аутоімунний тиреоїдит та вузловий зоб, цукровий діабет І типу, виразка шлунку, тромбоцитопенія, тератома яєчника, гіперандрогенія яєчникового та наднирничкового генезу, гіперпролактинемія, тератозооспермія, васкуліт, сполучнотканинні дисплазії, брахідактилія, нейрофіброматоз І типу, гіпоталамічний синдром, синдром Штейна-Левенталя, множинні дизморфічні зміни та зниження інтелекту. Серед природжених вад розвитку у 2-х жінок виявили аномалії розвитку матки (дворога та сідловидна), та в 1-го чоловіка – редукційну ваду лівої руки (відсутність кисті та 1/3 передпліччя).

Таким чином, проведені клініко-генеалогічні та цитогенетичні обстеження вказують на вагомий внесок генетичної компоненти в етіологію ранніх репродуктивних втрат. Тому, під час обстеження подружніх пар з обтяженим репродуктивним анамнезом необхідно використовувати поглиблений клініко-генеалогічний аналіз з метою виявлення природжених вад розвитку та спадкових хвороб та визначення комплексу необхідних досліджень.

РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВИРУСУРИИ И БАКТЕРИУРИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

С. С. Лубяная, О. В. Ткаченко, Д. Н. Гаврюшов

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск.

Среди проблем современного акушерства проблема преждевременного разрыва плодных оболочек, особенно при недоношенной беременности по социальной и медицинской значимости занимает одно из первых мест. Данные о влиянии специфических инфекционных факторов на преждевременный разрыв плодных оболочек разноречивы и варьируют в пределах 10-50%.

Цель работы – определение значимости возбудителей инфекций, передающихся половым путем (ИППП) – хламидий, вируса простого герпеса 2 типа (ВПГ-2), цитомегаловируса (ЦМВ) и уреаплазм в патогенезе преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ).

Проведено изучение образцов мочи у 45 беременных с преждевременным излитием околоплодных вод (основная группа) и у 20 беременных без данного осложнения (контрольная группа) методом ПЦР-

диагностики ВПГ-2, ЦМВ и культуральное исследование хламидий и уреоплазм. Средний срок преждевременного разрыва плодного пузыря составил $36,4 \pm 2,5$ недель.

Результаты обследования пациенток показали, что частота обнаружения возбудителей ИППП в моче составила 51,1% в основной и 10,0% в контрольной группе ($p < 0,05$). Структура вирусургии у женщин основной группы: хламидии выявлялись у 4 (8,9%) пациенток, ВПГ-2 – у 14 (31,1%), ЦМВ выявлен у 11 (24,4%), уреоплазмы обнаружены в 16 (35,6%) случаях. В контрольной группе выявлены лишь хламидии (10,0%). Анализ данных комплексного бактериологического обследования показал, что у 7 пациенток контрольной группы (35,0%) и у 18 (40,0%) женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек наряду с возбудителями ИППП обнаружены дрожжеподобные грибы, патогенные или/и условно-патогенные микроорганизмы в различных сочетаниях *G.vaginalis*, *E.coli*, *Enterococcus*, *S.epidermidis*. Сравнительный анализ выделенных возбудителей ИППП определяет значение хламидийной и ВПГ-2 инфекций в возникновении преждевременного излития околоплодных вод. Проведение специфической антибактериальной терапии и иммунотерапии позволили бы снизить частоту ПИОВ и аномалий развития родовой деятельности у этих пациенток.

Таким образом, обнаруженные вирусургии и специфическая бактериурия доказывают роль ИППП в возникновении или поддержании воспалительного процесса в урогенитальной системе, что позволяет рекомендовать обследование пациенток на прегравидарном и гравидарном этапах на наличие ИППП и проведение специфической санации в зависимости от выделенных возбудителей. При этом целесообразно в диагностический поиск включить различные методы, направленные на верификацию специфических возбудителей с последующим применением длительного лечения.

РОЛЬ «НЕМОЙ» ЙОД-НЕГАТИВНОЙ ЗОНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Н. С. Луценко, М. В. Киосова

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье.

Рак шейки матки занимает второе место в структуре злокачественных новообразований репродуктивных органов женщины. Несмотря на множество достижений в решении этой проблемы, отмечается рост заболеваемости раком шейки матки, что также подчеркивает актуальность в изучении методов ранней диагностики патологии шейки матки.

Нами была изучена «немая» йод-негативная зона, которая относится к аномальным кольпоскопическим картинам и представляет собой участок многослойного плоского эпителия, адекватно реагирующего на обработку 3-5% раствором уксусной кислоты, но не окрашивающийся водным раствором люголя. Обычно «немая» йод-негативная зона представлена кератинизированным эпителием, но кольпоскопически невозможно предугадать какие клетки расположены под ороговевшим слоем. Поэтому с целью верификации морфологического диагноза было проведено 40 радиоволновых эксцизионных биопсий пациенткам с кольпоскопическим диагнозом «немая» йод-негативная зона. Результаты: у 9 пациенток выявлена начинающаяся лейкоплакия (22,5%), у 5 – дисплазия слабой степени (12,5%), у 11 – гиперплазия с очаговой базально-клеточной гиперактивностью (27,5%), у одной выявлен рак шейки матки на фоне выраженной атрофии (2,5%), у 9 женщин определен койлоцитоз с парацератозом (22,5%), у 3 – дистрофия многослойного плоского эпителия (7,5%) и у 2 – хронический выраженный кольпит в стадии обострения (5%). Койлоцитоз с парацератозом и гиперплазия с очаговой базально-клеточной гиперактивностью могут являться проявлениями эписомальной формы ВПЧ-инфекции. Также очаговая гиперплазия с базально-клеточной гиперактивностью, при которой увеличивается число рядов в эпителиальном пласте и усиливается митотическая активность, может предшествовать дисплазии. Результаты нашего исследования подтверждают необходимость дальнейшего исследования «немой» йоднегативной зоны и разработки новых методов скрининга при данной патологии.

ВЛИЯНИЕ АРГОНОВОЙ КОАГУЛЯЦИИ НА Фолликулярный АППАРАТ ЯИЧНИКОВ

М. В. Макаренко, Д. А. Говсеев, С. В. Гридчин, А. Л. Громова, О. В. Тянь

Киевский городской родильный дом №5, г. Киев.

Применение в лечении различных заболеваний яичников термокаутеризации, биполярной коагуляции, энергии лазеров приводит к развитию атрофических изменений в яичниках, что, в свою очередь, снижает фертильность женщины. Однако применение лучевой аргонной коагуляции обеспечивает наименьшее нагревание ткани яичника, вследствие чего кровоток в яичниковой артерии не меняется

после операции. Исследование было проведено на 67 женщинах фертильного возраста, возраст которых колебался от 18 до 38 лет. Показаниями для оперативного лечения являлись доброкачественные кисты яичников. Лапароскопическая цистэктомия проводилась всем пациенткам, во время которой максимально сохранялась ткань яичников, по возможности удалялась полностью капсула кисты. Была использована аргоновая коагуляция, которая относится к типу безконтактной спрей-коагуляции, в результате чего происходил поверхностный гемостаз (с низкой глубиной коагуляционного некроза) без непосредственного приложения инструмента к тканевой поверхности. Использование методов лучевой аргоновой коагуляции в режиме «малый ток» и мощности 40-60 Вт обеспечивает меньшее нагревание яичников. При аргоновой коагуляции имеет место щадящий характер повреждения, т.е. не наблюдается коагуляционный некроз и апоптоз клеток прилежащих яичниковых структур. При эхографическом исследовании фолликулярного аппарата сразу же после операции не отмечалось повреждения фолликулов 1-го порядка и премордиальных фолликулов.

Таким образом, можно констатировать, что лучевая аргоновая коагуляция высокоэффективна в достижении гемостаза и сохранении фолликулярного аппарата яичников после лапароскопического удаления дермоидных, эндометриодных кист яичников, операциях на поликистозных яичниках.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

О. М. Макачук, І. Т. Кишакевич, Р. Д. Марусик

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ.

Частота клімактеричних кровотеч в жінок складає 15,0% в структурі гінекологічних захворювань. Основним патогенетичним механізмом є ановуляторна дисфункція яєчників, зниження секреції прогестерону, неповноцінність чи відсутність жовтого тіла, що призводить до розвитку гіперестрогенемії та гіперплазії ендометрію.

Метою дослідження стала оцінка особливостей дисфункціональних маткових кровотеч у жінок перименопаузального віку на тлі метаболічного синдрому.

Нами було обстежено 300 жінок віком від 45 до 55 років, які поступили в гінекологічний стаціонар міського пологового будинку м. Івано-Франківська з дисфункціональними матковими кровотечами протягом 2011 року.

Середній вік жінок становив 49 років, вперше госпіталізовано було 230 жінок (76,7%), повторно – 70 жінок (23,3%).

В обстежених жінок в процесі комплексного дослідження виявилась низка екстрагенітальних захворювань. У 28,3% жінок спостерігалась серцево-судинна патологія (ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія), у 8,3% – хронічний бронхіт, бронхіальна астма. Значна частина пацієнок – 56,6% – відмічали захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит, панкреатит, жовчнокам'яна хвороба, гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунку). Заслугує на увагу значний відсоток захворювань сечостатевої системи (13,3%).

Всі обстежені жінки мали надмірну масу тіла, з них 25% – ожиріння II-III ступеня і 8,3% жінок – цукровий діабет II типу.

При дослідженні ліпідного спектру крові виявили у 70,0% жінок збільшений рівень тригліцеридів, а у 10% пацієнок – порушення толерантності до глюкози та зміни глікемічного профілю.

Більша половина жінок скаржилась на рясні виділення зі згустками, решта жінок – на виділення мажучого характеру, в тому числі й проривні кровотечі. При вивченні анамнезу з'ясувалось, що тільки 25,0% обстежених жінок мали регулярний менструальний цикл, 62,0% жінок – аборти чи мимовільні викидні, 55,0% – перенесені запальні процеси та гінекологічні операції, 48,0% – лікувалися з приводу патології шийки матки.

Звертає на себе увагу той факт, що тільки 10,0% жінок перименопаузального періоду приймали симптоматичну та гормональну терапію і лише 2,3% застосовували дієту та фізкультурно-оздоровчі процедури.

Сукупність факторів та змін, основними з яких є надмірна маса тіла з формуванням абдомінального типу ожиріння, інсулінорезистентність і дисліпідемія, може свідчити про маніфестацію менопаузального метаболічного синдрому.

Дисліпідемія, що супроводжує метаболічний синдром, зумовлює розвиток ендотеліальної дисфункції, порушуючи кровообіг, а також викликає зміни біохімічного складу жовчі, утворюючи осад з її нерозчинних

компонентів – холестерину, жовчних пігментів з утворенням жовчних каменів та прогресуванням захворювань шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної систем.

Наявність у жінок значного відсотка екстрагенітальної та соматичної патології на тлі метаболічного синдрому погіршує перебіг менопаузального періоду з розвитком дисгормональних порушень, що клінічно проявляється дисфункціональними матковими кровотечами та гіперпроліферативними процесами в ендометрії.

Таким чином, перименопаузальний період на тлі метаболічного синдрому є загрозливим щодо розвитку дисфункціональних маткових кровотеч. В превентивні заходи необхідно включати гіпокалорійне харчування, підвищену фізичну активність та замісну гормональну терапію, оскільки метаболічні розлади посилюють дисфункцію яєчників.

АКТИВИН А И ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

А. М. Маклюк, С. О. Дубровина, В. А. Линде, А. А. Михельсон, В. А. Кулакова

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Вопросы невынашивания беременности продолжают сохранять свою актуальность и статус наиболее приоритетных направлений современного акушерства в связи со стабильно высокой частотой в мировой популяции и значительной распространенностью неблагоприятных исходов беременности (Н.В. Башмакова и соавт., 2004). Среди клинически диагностированных беременностей частота невынашивания достигает 25%, причем на долю первого триместра приходится от 50 до 80% потерь (О.Ф. Серова, 2001). Активин А – важный медиатор развития плаценты и децидуализации в раннем эмбриональном периоде. Фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) продуцируется в больших количествах в течение раннего эмбриогенеза. Предполагается, что он играет роль как в иммунологическом надзоре, так и поддерживает воспаление вокруг области развития ооцита, названное онтогенетическим воспалением (S. Daher, 1999).

Целью настоящего исследования явилось определить роль ФНО- α и Активина А в генезе прерывания беременности в I триместре.

Все обследованные ретроспективно разделены на 4 клинические группы. В первую группу (группа контроля) вошли беременные с физиологическим течением гестации ($n=26$), наблюдавшиеся по программе «Акушерский мониторинг». Вторая группа сформирована из беременных с угрозой прерывания, беременность у которых была сохранена ($n=35$). Третью группу составили пациентки, поступившие в гинекологическое отделение с диагнозом «неразвивающаяся беременность» ($n=21$). Четвертая группа сформирована из женщин ($n=24$), поступивших в гинекологическое и отделение патологии беременности с признаками угрозы прерывания, у которых, несмотря на проводимую сохраняющую терапию, беременность не состоялась в развитии. Необходимо отметить, что пациенткам II и IV группы проводилась терапия согласно отраслевым (2006) и национальным стандартам (2006). Последовательность и кратность исследований у каждой беременной были одинаковыми. Содержание активина А проводилось с использованием наборов ОВІ (США), уровень выражали в нг/мл, определение содержания ФНО- α проводилось с использованием наборов BENDER MEDSYSTEMS (Европа), уровень выражали в пг/мл. Статистическая обработка исходных рядов признаков осуществлялась с использованием лицензионных пакетов AtteStat 7.3, MedCalc, Microsoft Excel 2003, Statistica 6.0.

Содержание ФНО- α в сыворотке крови было следующим: в I группе – 29,230 пг/мл (15,365; 33,330), II – 3,635 пг/мл (0,204; 28,025), III – 23,020 пг/мл (6,664; 33,040); IV – 8,025 пг/мл (0,349; 31,435). Достоверные отличия отмечены между I и II группами ($p<0,01$). Активин А составил в I группе 1,850 пг/мл (1,330; 4,530), II – 1,250 пг/мл (0,571; 2,050), III – 1,270 пг/мл (0,640; 2,820), IV – 0,674 пг/мл (0,338; 1,373). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между группами при сравнении уровней активина А, отмечено снижение концентрации этого цитокина во всех группах с осложненной беременностью, причем наименьшие цифры активина А отмечены при неразвивающейся беременности.

Несмотря на то, что выявлена тенденция к снижению уровней ФНО- α и активина А при угрозе прерывания беременности и состоявшемся аборте, достоверных различий этих показателей по сравнению с нормой выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют об участии исследуемых факторов в развитии гестации, однако они оказывают лишь косвенное влияние на течение беременности.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗВИЧНИМ І СПОНТАННИМ ВИКИДНЕМ НА ТЛІ ДИСБАКТЕРІОЗУ ПІХВИ

В. А. Маляр, Т. В. Федішин, Вол. В. Маляр

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

Порушення біоценозу піхви у вагітних жінок суттєво впливає на внутрішньоутробне інфікування та підвищує показник невиношування вагітності. Питання спонтанного і звичного викидня, асоційованого із дисбіозом піхви, є одним з найменш вивчених в плані профілактики невиношування та ведення вагітності й пологів.

Все це потребує проведення більш поглиблених клініко-лабораторних досліджень з даного питання.

Мета роботи – вивчити особливість мікробіоценозу піхви у вагітних із звичайним та спонтанним невиношуванням на тлі дисбактеріозу піхви.

Обстежено 60 вагітних віком від 19 до 39 років. Термін гестації склав від 3 до 12 тижнів включно.

В анамнезі звичне невиношування у виді двох викиднів зустрічалось у 19 (63,3%) вагітних, трьох – у 8 (26,6%), чотири та більше – у 3 (10,0%). При поступленні у стаціонар скарги як у вагітних із звичним викиднем, так і спонтанним суттєво не відрізнялись. Усім вагітним проведено комплексне обстеження, включаючи мікроскопічну і культуральну діагностику.

При оцінці стану мікробіоценозу піхви у вагітних жінок на тлі бактеріального вагінозу загальна кількість мікроорганізмів зі звичним невиношуванням становила 10^8 КУО/мл, із спонтанним – 10^7 КУО/мл. При цьому у вагітних із звичним невиношуванням частіше висівався *S. haemolyticus*, ніж при спонтанному – відповідно 73,0% та 60,0%. Грибки роду *Candida* значно частіше зустрічались у вагітних із звичним викиднем та склали 80,0% проти 50,0% у групі із спонтанним викиднем. *E. coli* з однаковою частотою зустрічались в обох групах. Однак *Pr. mirabilis* та *Mobiluncus spp.* виявлено тільки у групі вагітних із звичним викиднем та склали відповідно 36,6% та 26,6%. *Tetracoscus* при звичному невиношуванні не виявлено, а при спонтанному виявлено у 10,3% випадків. При мимовільному викидні *Cryptococcus* висівався у 13,3%, а при звичному – у 10,0% випадків.

Отже, жінки із звичним та спонтанним невиношуванням на тлі дисбактеріозу піхви підлягають проведенню мікробіологічного скринінгу і диференційованого підходу до санаційної терапії.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ІДІОПАТИЧНОМУ МАЛОВОДДІ

В. В. Маляр

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

Частота ускладнень гестаційного процесу патологією навколоплодового середовища (ПНС), пов'язаною з різким зменшенням (маловоддя), сягає 3,0-5,0%.

Маловоддя обумовлює обмеження адаптаційної рухової активності плода, розлади плацентарно-плодового кровоплину, аномалії пологової діяльності. Частота розвитку фетального дистресу в інтранатальному періоді при маловодді складає 10,0%.

Прийнято розрізняти наступні причини маловоддя: пов'язані з вродженими вадами розвитку плода, внутрішньоутробними інфекціями, хромосомними аномаліями, захворюваннями матері (хронічні серцево-судинні, ниркові та колагенові), передчасним розривом навколоплодових оболонок, ятрогенією (тривалим призначенням інгібіторів простагландинсинтетази).

Особливої уваги заслуговує той факт, що більш чим у 60,0% випадків причини маловоддя залишаються нез'ясованими.

Метою роботи було вивчити вплив ідіопатичного маловоддя на перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки.

Всього обстежено 78 вагітних з маловоддям. Із них 45 (57,7%) склали вагітні із ідіопатичним помірним маловоддям. Середній вік склав $26,1 \pm 3,5$ років. Першонароджувані склали 13 (28,9%), повторно – 32 (71,1%), хвороби інфекційного генезу в дитинстві, особливо під час статевого дозрівання, перенесли 23 (51,1%).

В анамнезі відмічався високий відсоток мимовільних викиднів в ранні 24 (53,3%) і пізні терміни 17 (37,8%), що приводило до внутрішньоматкових оперативних втручань.

Аналіз історій пологів та розвитку новонароджених вказує на високу частоту дострокових пологів 19 (42,2%). Частота оперативного розродження у пацієток з ідіопатичним маловоддям склала 20 (44,4%). Частиною показанням до оперативного розродження були: дистрес плода – 11 (24,4%), стійка слабкість пологової діяльності – 16 (35,6%). У 10 (22,2%) було виявлено порушення гемодинаміки, що вимагало оперативного розродження.

Оцінка за шкалою Апгар 7-8 балів відмічена у 8 (17,8%). Антенатальна загибель плода відмічена у одному випадку при затримці росту плода II-III ступеню і нульовому типу кровоплину в матково-плацентарному басейні.

Таким чином, вагітні жінки навіть з помірним ідіопатичним маловоддям формують групу високого перинатального ризику. Особливу увагу заслуговують вагітні з помірним маловоддям і групи високого ризику.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Е. Д. Минович, В. А. Митюков, С. А. Петренко, Ю. А. Талалаенко

Центральная городская клиническая больница №6, г. Донецк.

Выбор метода оперативного лечения, при всем многообразии разработанных хирургических процедур, является одним из наиболее сложных аспектов проблемы пролапса тазовых органов. Современные требования, выдвигаемые к оперативному лечению утеровагинального пролапса, заключаются в следующих основных положениях: коррекция дефектов опорных структур органов малого таза; улучшение качества жизни в связи с устранением функциональных нарушений со стороны смежных органов и восстановлением сексуальной функции; предупреждение снижения качества жизни, связанного непосредственно с самим хирургическим лечением (сужение калибра и укорочение влагалища, изменение его оси, возникновение оперативно-патологического положения органов малого таза, развитие синдрома постгистерэктомии); профилактика возникновения в дальнейшем новых дефектов опорного аппарата.

Нарушения опорных структур малого таза могут возникать у пациенток в различных вариантах. В связи с этим устранение их должно быть основано на использовании патогенетического принципа, заключающегося в диагностике всех имеющихся нарушений и определении комбинации методов, позволяющих корректировать соответствующие уровни поддержки. При этом хирургическое лечение пролапса тазовых органов может производиться влагалищным, брюшностеночным или лапароскопическим доступом. Трансвагинальный путь является наиболее предпочтительным для лечения генитального пролапса, так как при нем возможен доступ ко всем элементам опорных структур. Эндохирургические и трансабдоминальные операции являются адекватными только для фиксации матки и апикального сегмента. При этом чревосечение, в связи с его высокой травматичностью, в настоящее время применяется крайне редко и в исключительных случаях.

Основной проблемой хирургического лечения пролапса тазовых органов является высокая частота рецидивов, которые развиваются в течение ближайших трех лет после операции и достигают 40% случаев. Основная часть рецидивов обусловлена тем, что укрепление соответствующих уровней поддержки, в большинстве известных методов, основано на использовании собственных соединительнотканых образований, несостоятельность которых явилась причиной возникновения заболевания. Факторами риска подобных рецидивов являются: дистрофические изменения, связанные с пожилым возрастом, ранней менопаузой, метаболическим синдромом, длительностью заболевания; проявления системной дисплазии соединительной ткани; постгистерэктомический пролапс.

В этих случаях для укрепления первого уровня поддержки целесообразно использовать дополнительные нефизиологические точки фиксации: крестцово-остистая связка, мыс крестца. Для укрепления второго уровня поддержки у пациенток группы риска возникновения рецидивов применяются реконструкция пубоцервикальной и ректовагинальной фасции с помощью синтетических эндопротезов. Применение синтетических материалов позволяет снизить количество рецидивов генитального пролапса в 4-5 раз.

Таким образом, современные принципы хирургического лечения пролапса тазовых органов должны быть основаны на выборе комбинации методов оперативного пособия с использованием этиологических и патогенетических подходов.

К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Е. Д. Минович, Ю. А. Талалаенко, В. А. Митюков, С. А. Петренко

Центральная городская клиническая больница №6, г. Донецк.

Согласно данным литературы, при выполнении лапароскопической гистерэктомии ранение смежных тазовых органов или возникновение кровотечения, требующего перехода к лапаротомии, встречается в 2,0-5,0% случаев.

Целью данной работы явилась оценка эффективности стандартизации выполнения лапароскопической гистерэктомии по методике, разработанной Международным Центром лапароскопической хирургии (CICE)

Klermon Ferran. Для решения поставленной задачи проведен анализ результатов выполнения лапароскопической гистерэктомии у 127 пациенток. Первую группу составили 53 женщины, которым операция выполнялась без соблюдения каких-либо технических стандартов, вторую – 74 женщины, у которых строго соблюдались этапы методики CICE Klermon Ferran.

Первым этапом производится коагуляция и пересечение круглых связок матки, при этом визуализируется треугольник: сверху – круглая связка, латерально – подвздошные сосуды, медиально – яичниковая вена. Коагуляция и пересечение связки выполняется, отступя от ребра матки на 1 см, т.к. вдоль ребра располагается яичниковая вена. При этом важно сохранить дистанции в отношении подвздошных сосудов. Далее производится вскрытие переднего листка широкой связки матки путем его рассечения от круглой маточной связки в сторону пузырно-маточной складки. Следующим этапом является создание «окна» в широкой связке матки, что минимизирует риск повреждения мочеочника в связи с его смещением латерально. Затем выполняется коагуляция и пересечение воронко-газовой связки яичника или маточной трубы, мезосальпинкса и собственной связки яичника. Далее производится диссекция заднего листка брюшины в направлении к крестцово-маточным связкам, что позволяет избирательно выделить сосудистый пучок. Пузырно-влагалищная диссекция осуществляется путем вскрытия брюшины в 1 см от матки. Следующим этапом выполняется коагуляция и пересечение маточных сосудов на уровне восходящей ветви маточной артерии с последующей диссекцией и смещением книзу от шейки матки кардинальных связок. На этом этапе очень важно продвигать матку в краниальном направлении, что увеличивает расстояние между мочеочником и маточной артерией. Пересечение крестцово-маточных связок также позволяет еще дополнительно увеличить это расстояние. Вскрытие сводов влагалища производится монополярно при введении полулунного клапана маточного манипулятора. При небольших размерах матка извлекается через влагалище, при больших – возможна частичная ее морцелляция. Последним этапом выполняется ушивание культи влагалища отдельными швами. Боковые швы должны захватывать углы раны, где ориентиром служит культя маточной артерии. Обязательно восстанавливается специальная поддержка влагалища: пубоцервикальная фасция и крестцово-маточные связки.

В первой группе пациенток продолжительность операции составила $142 \pm 8,4$ мин., учтенный объем кровопотери – 390 ± 56 мл. Ранение смежных органов было отмечено в 2 (3,8%) случаях, в связи с проблемами гемостаза переход на лапаротомию – в 3 (5,7%). Во второй группе продолжительность операции составила $98,0 \pm 3,7$ минут, объем кровопотери – 127 ± 12 мл. Ранений смежных органов и конверсии не отмечено ни в одном случае.

Таким образом, выполнение лапароскопической гистерэктомии в соответствии с четко определенными этапами и приемами позволяет сократить время оперативного вмешательства, уменьшить интраоперационную кровопотерю и минимизировать риск травмы смежных органов.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА РЕЦИДИВА ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Е. Е. Минович, И. Г. Герасимов, Е. Д. Минович

Центральная городская клиническая больница №6, НИИ медицинских проблем семьи, г. Донецк.

Рецидивы генитального пролапса в большинстве случаев обусловлены тем, что при реконструкции нормального положения тазовых органов используются собственные фасциально-лигаментарные структуры, недостаточность которых послужила причиной заболевания. Решением данной проблемы, казалось бы, является широкое применение синтетических эндопротезов. Вместе с тем, при их использовании достаточно часто отмечаются новые специфические интра- и послеоперационные осложнения, существенно повышается стоимость операции. В связи с чем, рутинное применение синтетических материалов в хирургии тазового дна не является целесообразным.

Целью данного исследования явилась разработка математической модели прогноза возникновения рецидива пролапса в связи с несостоятельностью собственных соединительнотканых структур. Использование данной модели позволяет определить показания для применения синтетических эндопротезов при выборе метода хирургического лечения.

Для решения поставленной задачи был проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 252 пациенток, у 62 (24,6%) из которых наблюдались рецидивы заболевания. Методом факторного, корреляционного и регрессионного анализов были установлены следующие прогностически значимые показатели: степень пролапса (СТ), длительность заболевания (ДЗ, лет), индекс массы тела (ИМТ), отягощенный наследственный анамнез по пролапсу (НП) и наследственные признаки ДСТ (НПДСТ), а также количество признаков ДСТ (КПДСТ).

Для построения прогностической модели использовали логистическую регрессию (логит-регрессию), уравнение которой сконструировано таким образом, что рассчитывается вероятность (P) наличия/отсутствия признака, численные значения которой находятся в пределах от нуля до единицы (наличие). В данном исследовании стопроцентная вероятность отсутствия рецидива соответствует $P=0$, а его стопроцентное развитие – $P=1$. При значении $P \geq 0,5$ следует полагать высокую вероятность рецидива, а $P < 0,5$ – низкую.

В результате, для прогнозирования вероятности рецидива после хирургического вмешательства получили следующее уравнение логистической регрессии:

$$P = \exp(-12,27 + 0,817 \cdot \text{СТ} + 0,0709 \cdot \text{ДЗ} + 0,230 \cdot \text{ИМТ} + 1,360 \cdot \text{НП} + 1,936 \cdot \text{НПДСТ} + 0,239 \cdot \text{КПДСТ}) / [1 + \exp(-12,27 + 0,817 \cdot \text{СТ} + 0,0709 \cdot \text{ДЗ} + 0,230 \cdot \text{ИМТ} + 1,360 \cdot \text{НП} + 1,936 \cdot \text{НПДСТ} + 0,239 \cdot \text{КПДСТ})].$$

где P – вероятность появления признака, \exp – число $e = 2,718\dots$, основание натурального логарифма.

Рассчитывали точность или надежность, характеризующие выраженную в процентах долю ложноположительных или ложноотрицательных прогнозов.

При использовании математической модели у пациенток без рецидивов точность метода составила 95,6%, тогда как при наличии рецидивов – 51,6%.

Таким образом, применение разработанной прогностической модели позволяет с высокой степенью достоверности определить индивидуальный риск развития рецидива генитального пролапса после его хирургической коррекции. При наличии риска, превышающего 50% ($P \geq 0,5$), использование синтетических материалов при выборе метода лечения становится обоснованным.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

П. И. Некрасов, Е. А. Некрасова, Т. П. Яремчук

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого; Львовский областной клинический перинатальный центр, м. Львов.

Дисплазии шейки матки являются актуальной гинекологической проблемой в связи с увеличением частоты встречаемости, омоложением возраста больных и высоким онкологическим риском. Нами изучено состояние эндометрия у 30 женщин с дисплазиями шейки матки I и II степени (по 15 больных с CIN I и CIN II). Диагноз CIN I и CIN II был поставлен методами цитологического исследования, расширенной кольпоскопии, биопсии шейки матки. Всем пациентам проведено бактериоскопическое исследование вагинального секрета и микробиологического состояния кишечника. Больные были обследованы на ультразвуковом сканере фирмы «Philips 5000» методами абдоминального и трансвагинального доступа на 7-8, 15-16, 23-24 дни менструального цикла в течение 3-х менструальных циклов.

Установлено, что у всех женщин с дисплазиями шейки матки имеются ультразвуковые признаки нарушений состояния эндометрия в I и II фазах менструального цикла. У 49,95% женщин в I фазу менструального цикла отмечено значительное уменьшение толщины эндометрия, отсутствие послойности его структуры, значительное снижение или отсутствие слизи в цервикальном канале на момент овуляции.

У 70,00% женщин во II фазу менструального цикла отмечены следующие признаки нарушения ультразвуковой архитектоники эндометрия: отсутствие адекватной толщины эндометрия на фоне неравномерного повышения его эхогенности с образованием множественных мелких анэхогенных включений, усиление отражения от базального слоя эндометрия со значительным увеличением его толщины до 4-5 мм.

Особенностями состояния микробиоценоза влагалища у всех обследованных пациенток было наличие бактериального вагиноза, кандидозного или бактериального вагинита. У всех обследованных женщин были выявлены изменения микробиологического состояния толстого кишечника, что проявлялось значительным снижением количества *E. Colli*, кандидозной формой дисбактериоза при нормальном количестве бифидо- и лактобактерий.

Представленные наблюдения свидетельствуют о наличии гормональных, иммунных нарушений, присутствии дисбактериоза влагалища и кишечника при дисплазии шейки матки.

КРИОКОНСЕРВИРОВАНИЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ТКАНИ – НОВЫЙ МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П. И. Немтинов*, Л. И. Воробьева, В. А. Шаблий***

**Институт клеточной терапии, **Национальный институт рака, г. Киев.*

Совершенствование методов лечения онкологических заболеваний привело к значительному увеличению выживаемости пациенток репродуктивного возраста. Но химио- и радиотерапия, применяемые в схеме лечения, оказывают повреждающее воздействие на репродуктивную функцию и зачастую вызывают бесплодие.

Поэтому, для каждой пациентки перед началом лечения командой врачей должна быть проведена оценка степени риска возникновения бесплодия и предложен возможный вариант сохранения фертильности.

Методом выбора, позволяющим сохранить кортикальный слой яичника, содержащий ооциты, является криоконсервирование овариальной ткани.

Ralf Dittrich и др. (2012) приводит данные о рождении 17 здоровых детей (в том числе двух детей одной женщиной) после ортотопической аутотрансплантации овариальной ткани, которую проводили через 3-5 лет по окончании курса лечения различных онкологических или системных заболеваний. Функция собственных яичников на момент трансплантации у женщины отсутствовала.

В Украине в соответствии с мировыми стандартами начато сохранение фертильности у пациенток, которым предстоит химио-, радиотерапия, а также удаление репродуктивных органов. Мы активно развиваем это направление: разработана программа криоконсервирования овариальной ткани, методом культивирования доказана биологическая активность размороженной ткани яичника, создается информационное поле среди врачей и населения. В Криобанке репродуктивных тканей и клеток человека Института клеточной терапии (г. Киев) уже сохранена овариальная ткань 8 пациенток с онкологической патологией (после получения информированного согласия), которым в Национальном институте рака было проведено лечение основного заболевания.

Основная проблема, с которой мы столкнулись – это нежелание большей части врачей-онкологов оговаривать с пациентами в репродуктивном возрасте вопрос о сохранении фертильности. Такое нежелание мотивируется тем, что «нам самое главное сохранить жизнь». Однако, после того, как лечение проведено, в ряде случаев восстановить репродуктивную функцию уже будет невозможно.

Методы сохранения фертильности следует включить в национальные стандарты оказания медицинской помощи пациентам с онкологической патологией, как это уже сделано в США и Европейском союзе. Необходимо разработать национальную программу по этой теме, в реализации которой примут участие все клиники онкологического профиля в тесном сотрудничестве со специалистами в области репродуктологии.

ПЛАЦЕНАРНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК ЧИННИК АНТЕНАТАЛЬНОЇ ВТРАТИ ПЛОДА

Л. Р. Нікогосян

Одеський національний медичний університет, м. Одеса.

У працях останніх років доведено взаємозв'язок між розвитком плацентарної дисфункції і антенатальної загибелі плоду. Плацентарна дисфункція може бути як причиною, так і наслідком антенатальної втрати плоду. Функціональні і структурні зміни в тканинах плаценти, як гестаційному органі, пов'язані з цілою низкою процесів, що відбуваються в організмі матері і плоду, починаючи з раннього періоду ембріогенезу.

Відкладання похідних кальцію в тканинах плацент має принципове значення з позицій оцінки метаболічних процесів у фетоплацентарному комплексі, так як кальцій безпосередньо є четвертим плазматичним фактором згортання крові, антагоністом магнію – елемента, що приймає участь в обмінних процесах сполучної тканини та функціонуванні ендотелія судин. Порушення стану гомеостазу кальцію і магнію може бути причиною судинної дистонії організму матері та фетоплацентарного комплексу і призводити до антенатальної втрати плоду. Виходячи з вище сказаного, метою роботи було вивчення характерологічних особливостей плацент жінок з антенатальною загибеллю плоду.

Досліджено 19 плацент при антенатальній загибелі плоду. Вивчення плаценти проводилося за методикою А.П. Милованова і А.І. Брусиловського (1986).

Визначали цілісність тканини плаценти, стан материнської та плодової поверхні, масу, об'єм плаценти. Обраховували плацентарно-плодовий коефіцієнт.

При антенатальній загибелі плоду відмічалися зміни як у хоріальній, так і у базальній пластині з крововидами й осередками петрифікації, огрубінням строми базальної пластини, зменшенням клітинних елементів. У хоріальній пластині виявлялися нерівномірний набряк і фіброз строми. У децидуальній оболонці великі клітини були дистрофічно змінені, переважали дрібні веретеноподібні клітини, які не містили глибоких ШИК-позитивних речовин. Строма була інфільтрована у великій кількості клітинними елементами типу лімфоцитів. Спостерігались осередкові некрози з широкою зоною коагуляційного фібриноідного некрозу, яка містила глибокі вапна, крововиливи, тромбози судин.

При дослідженні позаплацентарних оболонок і пуповини виявлено в епітелії амніону ділянки вакуольної дистрофії. Волокна базальної мембрани потовщені, фіброласти поодинокі. Визначалося нагромадження глибоких ШИК-позитивних речовин. Траплялися дрібноосередкові крововиливи в амніон. В амніоні плацент спостерігались осередкові дистрофічні зміни епітелію у вигляді вакуольної дистрофії з потовщенням базальної мембрани, гіалінозом і набряком строми із зменшенням вмістом глікозаміногліканів.

ИММУНОГИСТОХИМИЯ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Н. С. Олейник

Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье.

Проблема миомы матки у женщин всех возрастов продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей, так как это новообразование и его осложнения являются одной из основных причин радикальных операций в гинекологической практике. В связи с этим все чаще встает вопрос о необходимости разработки и внедрения новых методов диагностики и лечения.

Нами проводилось иммуногистохимическое исследование состояния рецепторного аппарата эндометрия, индексы апоптоза и пролиферации при миоме матки. Обследовано 77 женщин в возрасте от 23 до 65 лет (средний возраст – 43,3 года).

Миома матки без гиперплазии эндометрия (ГЭ) обнаружена – в 59,8%, хронический эндометрит – 2,8%, аденоматоз – в 6,3%, фибротизация строми – 4,9%. Полипы и гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки встречались в 26,2% и 14,0%.

Исследуя рецепторный аппарат эндометрия, обращало на себя внимание, что при сочетании миомы матки с гиперплазией в строме и железах у 40,0% женщин слабо экспрессировались ER, в то время как PR преобладали у 44,0%, умеренная экспрессия. У 33,0% пациенток в железах отмечалась умеренная экспрессия ER, выраженная – у 22,0%; PR: у 24,4% – выраженная, умеренная – у 27,0%. При чистой миоме матки в строме повысилась экспрессия ER: 52,5% – слабо выраженная против 20,0% – негативная экспрессия. Экспрессия PR в строме также усилилась: 17,5% – выраженная и 50% – умеренная. В железах эндометрия экспрессия ER распределилась примерно 35,0% от слабо до умеренно выраженной; экспрессия PR в 42,5% случаев была выраженной и в 15% – умеренной. Диагностически значимой экспрессии проапоптотического протеина p53 выявлено не было при всех видах патологии эндометрия. При исследовании активности пролиферативных процессов у женщин с миомой матки у 52,0% пациенток пролиферативный потенциал оставался в пределах нормы, 27,6% показал умеренную активность и 11,0% – выраженную. При сочетании миомы матки и ГЭ экспрессия PCNA в 62,3% оставалась в допустимых границах, в 31,6% – умеренная экспрессия и в 10,0% – выраженная.

Таким образом, практическому врачу в ходе индивидуальной работы с каждым пациентом необходимо обратить внимание не только на разнообразные особенности рецепторного аппарата эндометрия, но и на дисбаланс между процессами пролиферации и апоптоза.

ТЕРАПІЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

С. О. Остафійчук, І. В. Левицький, С. С. Стоцький, Т. Б. Сніжко, Н. В. Дрогомирецька

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ.

Одним з найтяжчих ускладнень вагітності вважають прееклампсію (ПЕ), важливу складовою якої є плацентарна недостатність (ПН), що супроводжується хронічною утробною гіпоксією плода із порушенням мозкового кровообігу (38,0%), затримкою його розвитку (45,4%) і приводить до перинатальної захворюваності і смертності (3,8-9,5%). Особливо актуальною це ускладнення стає при недоношеній

вагітності, особливо до 34 тижнів. Необхідність пролонгувати вагітність вимагає консервативної терапії, яка не завжди є ефективною, що спонукає для пошуку нових підходів до лікування.

Нами обстежено 60 вагітних жінок терміном гестації 24-34 тижнів з ПЕ середнього ступеня тяжкості, які були розділені на 2 групи. 30 вагітних 1-ї групи отримували загальнорекомендовану інтенсивну терапію, а іншим 30 жінкам стандартний комплекс був доповнений інфузіями оксигенованого перфторану. Препарат вводили довенно зі швидкістю 50 мл/год. в дозі 100 мл через день з кратністю застосування 3 рази. Біофізичний профіль плода і матково-плацентарно-плодовий кровообіг вивчали методом ультразвукового дослідження з оцінкою швидкості кровоплину в маткових артеріях, в артеріях пуповини та середній мозковій артерії плода з розрахунком систоло-діастолічного співвідношення (С/Д) та індексу резистентності (ІР) у відповідних судинах.

Встановлено, що найчастіше мають місце патологічні зміни з боку дихальної та рухової активності плода, порушення структури плаценти – випередження ступеня її зрілості, потовщення або зменшення її товщини відповідно до фізіологічної норми, а також статистично вірогідне зниження всіх показників матково-плацентарно-плодового кровообігу.

Після застосування оксигенованої емульсії перфторану в комплексній терапії ПЕ нами відмічено достовірне покращення утробного стану плода у $70,0 \pm 8,1\%$ вагітних на відміну від традиційної терапії ($43,3 \pm 9,8\%$). Нормалізаційна динаміка показників біофізичного профілю плода відбулась в основному за рахунок нестресового тесту (нормалізація частоти серцевих скорочень, поява акцелерацій) та об'єму навколоплідних вод.

Оцінюючи доплерометричні показники гемоциркуляції у вагітних з преєклампсією, виявлено, що завдяки використанню запропонованої методики вдалося достовірно знизити патологічні зміни усіх параметрів кровотоку в матці, пуповині і у плода, в той час як на фоні стандартних методів лікування нерідко залишався їх патологічний характер.

Проведене лікування преєклампсії за нашою методикою позитивно вплинуло на зменшення гіпотрофії плода, як наслідок відновлення матково-плацентарного кровоплину, тканинної гемоперфузії та зниження гіпоксемії і гіпоксії плода. Декомпенсація плацентарної недостатності, яка проявлялася зростанням ознак утробної гіпоксії плода, і переходу середнього ступеню тяжкості преєклампсії в тяжку розвинулась тільки у 3 ($10,0 \pm 4,4\%$) жінок дослідної групи, на відміну від 7 ($23,3 \pm 3,4\%$) жінок контрольної групи, що стало основним показом до їх оперативного розродження, незважаючи на малий термін гестації.

Таким чином, використання оксигенованого перфторану в комплексному лікуванні преєклампсії середнього ступеня тяжкості є ефективним і патогенетично обумовленим. Завдяки стабілізації загальної гемодинаміки, підвищенню перфузії плаценти, зниженню опору току крові, покращенню утробного стану плода виникає можливість пролонгування вагітності, що покращує прогноз для матері і плода.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

Ю. С. Парашук

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Неотъемлемая часть работы акушеров-гинекологов – диагностика и лечение беременных женщин с урогенитальными инфекциями. В структуре материнских инфекций частота токсоплазмозной составляет до 1%. Наличие токсоплазмоза вызывает различные осложнения во время беременности, родов, в послеродовом периоде, а также у детей (отклонения со стороны зрительной и нервной систем).

Проведенные иммуноморфологические и иммуногистологические исследования плацент при хроническом токсоплазмозе у беременных свидетельствуют о том, что в ворсинчатом хорионе развивается особая местная реакция, которая способна изменить процессы коллагенообразования, переключив фибробласты с синтеза коллагена IV типа на синтез интерстициальных коллагенов. В результате в составе материнского фибриноида кроме коллагена IV типа выявляется очаговое интенсивное свечение интерстициальных коллагенов I и III типов. Это может быть связано со значительной распространенностью фибриноидного превращения ворсинчатого хориона, когда изменению подвергается не только синцитиальный покров, а и строма ворсин, в составе которой преобладают коллагены I и III типов.

После проведенной комплексной терапии, которая включала назначение пириметамина, сульфадоксина, а также гипербарическую оксигенацию, во всех отделах плаценты уменьшается распространенность фибриноидных превращений. Степень выраженности воспалительной инфильтрации в ворсинчатом хо-

рионе, по сравнению со II группой, была меньшей. Среди клеток инфильтратов отмечено преобладание Т-лимфоцитов (CD3) над В-лимфоцитами (CD22). При этом среди Т-лимфоцитов увеличилась популяция CD4 (Т-хелперов/индукторов). Отмечались также CD8 (Т-лимфоциты супрессоры/цитотоксические), плазмобласты, преимущественно с IgG, в том числе и клетки, реагирующие с антигеном плазмозной анти-сывороткой к IgG.

Предложенная терапия приводила к улучшению трофических процессов в плаценте, что проявлялось улучшением васкуляризации и, как следствие, уменьшением выраженности инволютивно-дистрофических изменений на фоне усиления компенсаторно-адаптационных реакций. Прежде всего, изменялись количественные, а затем и некоторые качественные параметры местных иммунных реакций, что проявлялось уменьшением объемов фибриноидных превращений и распространенности лимфоплазмозитарно-макрофагальной реакции во всех отделах плаценты и оболочках, а также увеличением в составе вышеуказанных инфильтратов популяции CD4-лимфоцитов, и, как следствие, отношение CD4:CD8 приближалось к контрольным показателям.

РОЛЬ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ 2 И 4 В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

С. П. Пахомов, О. П. Лебедева, Н. Ю. Старцева, О. Н. Ивашова

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород.

Самопроизвольные выкидыши на ранних сроках происходят в 15% среди всех зарегистрированных случаев беременности. На самом деле число их может быть несколько выше, так как часть самопроизвольных выкидышей происходит еще до обращения женщины к гинекологу в связи с фактом беременности (Everett, 1997; В.Е. Радзинский, 2009). Около 1-2% женщин страдают привычным невынашиванием беременности. Привычный выкидыш может быть связан с наличием хромосомных аномалий (Franssen et al., 2005), тромбофилических состояний у матери (Rey et al., 2003), а также с иммунными и эндокринными нарушениями (Carrington et al., 2005), однако в 50% случаев причина выкидыша оказывается неустановленной (E. Jauniaux, 2006). Считается, что одной из причин привычного выкидыша может быть избыточный иммунный ответ на антигены плода, проявляющийся в повышенной продукции цитокинов и рекрутингом клеток иммунной системы.

Цель работы – установить роль экспрессии Толл-подобных рецепторов (TLR) 1 и 2 (лиганд-липопротеин), 4 (лиганд-липополисахарид бактерий), 5 (лиганд-флагеллин) и белка их проводящего пути NF- κ B в патогенезе невынашивания беременности ранних сроков.

Основную группу составили 32 женщины с самопроизвольными выкидышами на сроке 6-10 недель. Контрольная группа была представлена 29 пациентками с низкой степенью инфекционного риска, которым был произведен медицинский аборт на тех же сроках беременности. В качестве материала использовали соскоб эпителиальных клеток, полученных из цервикального канала, которые помещали в консервирующий раствор RNAlater («Ambion»). Для определения экспрессии мРНК MyD88 и NF- κ B использовали метод количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР). РНК выделяли методом фенол-хлороформной экстракции с использованием реактива Тризол («Invitrogen»). Полученную РНК обрабатывали ДНКазой с использованием набора DNase I RNase free («Fermentas»). Для проведения обратной транскрипции использовали обратную транскриптазу Mint («Евроген») и oligoDT. В смесь для реакции вносили 500 нг РНК. Количественную ПЦР проводили на амплификаторе ICycler IQ5 («Bio-rad»), полученные результаты выражали в относительных единицах. В качестве генов-нормировщиков использовали β -актин и пептидилпролилизомеразу А. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программы Statistica 6.0.

Было установлено, что экспрессия мРНК TLR2 и TLR4 в группе пациенток с самопроизвольными выкидышами была достоверно выше по сравнению с контрольной. Уровень экспрессии TLR1 и TLR5 в обеих группах достоверно не отличался. Экспрессия нуклеарного фактора NF- κ B была выше у пациенток основной группы, однако эти отличия не были достоверными. Была выявлена сильная достоверная корреляционная связь между экспрессией NF- κ B и TLR2 ($r=0,84$; $p<0,05$), а также TLR4 ($r=0,72$; $p<0,05$).

Таким образом, у пациенток с самопроизвольными выкидышами на ранних сроках наблюдалось достоверное увеличение экспрессии TLR 2 и TLR4. Это приводит к стимуляции экспрессии мРНК белка их сигнального пути – NF- κ B и, по-видимому, способствует увеличению продукции провоспалительных цитокинов.

Исследование выполнено по государственному заданию №4.3493.2011 от 18.01.2012 г.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСУ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

И. Ю. Плахотная, А. В. Салтовский

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Нарушения нормальной микроэкологии урогенитального тракта способствуют развитию инфекционной патологии матери и плода. Частота рождения детей с внутриутробной бактериальной инфекцией колеблется от 10 до 53%, а гибель инфицированного плода достигает 40% в структуре перинатальной смертности. Особенностью бактериальных заболеваний является преимущественно восходящий путь инфицирования с поражением фетоплацентарного комплекса (ФПК).

Цель работы – оценка информативности определения антител к некоторым инфекциям TORCH-комплекса в материнской и пуповинной крови для выявления причин плацентарной дисфункции (ПД) и прогнозирования развития патологий новорожденного.

Проведено обследование 28 беременных с ПД на фоне вируса простого герпеса (ВПГ-1) и цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВ), выявленных методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции.

Определено наличие антител классов G и M к ЦМВ и ВПГ крови женщин и новорожденных, взятой из вены пуповины. Установлено, что концентрация антител G к ВПГ и ЦМВ в крови матери коррелирует с содержанием этих антител в крови новорожденного. Антитела G способны проникать через маточно-плацентарный барьер во внутриутробном периоде благодаря низкой молекулярной массе. Антитела класса M, синтезируемые на ранних стадиях иммунного ответа, вследствие высокого молекулярного веса не проникают через плаценту, а собственные антитела плода синтезируются в основном B-1 лимфоцитами, поэтому об иммунитете плода можно судить на основании анализа крови матери. Только при наличии острой формы заболевания у матери, когда ее иммунный ответ еще не сформирован, возникает необходимость в дополнительном обследовании новорожденного на содержание антител M к ВПГ и ЦМВ. В противном случае антитела класса G надежно защищают плод от инфицирования.

Ранняя и своевременная коррекция ПД при наличии ВПГ и ЦМВ позволяет улучшить состояние новорожденного и снизить риск развития у него более тяжелых осложнений.

ДО ПИТАННЯ ПОШУКУ КРИТЕРІВ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЛІКОВАНИМ НЕПЛІДЦЯМ В АНАМНЕЗІ

М. І. Римарчук, Н. В. Николин

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ.

Серед порушень механізмів імунного захисту плоду, які можуть приводити до звиклого невиношування, дочасного переривання вагітності, плацентарної дисфункції тощо, належать зміни системи гемостазу та реалізація механізмів ендотеліальної дисфункції на етапі плаценталізації та розвитку плідного яйця.

Метою роботи було визначення найбільш інформативних лабораторних та ехографічних маркерів невиношування для прогнозування наслідків гестації у жінок з передчасним відшаруванням хоріону на тлі лікованого непліддя в анамнезі.

В основу дослідження покладено обстеження 65 жінок з діагностованим передчасним відшаруванням хоріону в першому триместрі вагітності на тлі лікованого непліддя в анамнезі. Як еталон для порівняльної оцінки і контролю гемостазіологічних та ехографічних показників провели обстеження 25 практично здорових вагітних. Трансвагінальну ехографію та дослідження гемостазіологічних показників проводили на етапі верифікації діагнозу шляхом оцінки рівня інгібіторів фібринолітичної системи: α_1 -антитрипсину, перед- α_2 -макроглобуліну та α_2 -макроглобуліну в фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі.

У пацієнтів з передчасним відшаруванням хоріону та плаценти визначалася фракція α_1 -антитрипсин, а рівень α_2 -макроглобулінів в крові був значно нижчим (у 2 рази) в порівнянні з показниками контрольної групи ($p < 0,05$). При вивченні тромбоцитарної ланки гемостазу виявлено наявність гіперагрегаційного синдрому, і, як наслідок, тромбоцитопенії у 1,5 рази порівняно із даними групи контролю ($p < 0,05$). Поряд з тим, при вивченні інших показників стану системи коагуляції та фібринолізу у жінок основної групи відмічено прояви гіперкоагуляції з пригніченням фібринолізу. Вивчення індивідуальних показників гемокоагуляції демонструє наявність поряд з гіперкоагуляційними проявами у 38 (58,46%) жінок стани

гіпокоагуляції – у 13 (20,00%) пацієнток та нормокоагуляції – у 14 (21,54%) осіб.

В результаті проведених досліджень було виявлено наступні ехографічні ознаки патології ембріональних структур: гіпоплазія амніону – у 6 пацієнток (9,23%), гіпоплазія хоріону – у 9 (13,85%), фрагментований хоріон – у 3 (4,62%), передлежання хоріону – у 27 (41,54%), рівномірна ехогенність екстраембріональних порожнин – у 4 (6,15%).

Серед переліку ехографічних ознак патології ембріону та плідного яйця деформоване плідне яйце відмічено у 41 (63,07%) пацієнток, низьке розміщення плідного яйця – у 21 (32,31%), ретрохоріальні гематоми були виявлені у 25 (38,46%), брадікардія ембріону – у 4 (6,15%), невідповідність діаметру плідного яйця гестаційному терміну – у 10 (15,38%), порушення диференціювання основних анатомічних структур ембріону – у 4 (6,15%), відставання темпів приросту основних ехографічних показників – у 5 (7,69%). Ехографічні ознаки патології провізорних органів, такі як локальне потовщення міометрію, визначалося у 53 (81,54%), відсутність кисти жовтого тіла – у 37 (56,92%), збільшення додатків більше 70 мм – у 32 (49,23%).

При наявності у досліджених групах трьох та більше ультразвукових маркерів невиношування вагітності, особливо патології ембріону, плідного яйця та екстраембріональних структур, самовільний викидень у I триместрі відбувся у 8 (12,31%) пацієнток, пізній самовільний викидень – у 4 (6,15%).

Таким чином, в діагностиці невиношування вагітності на тлі передчасного відшарування хоріону у пацієнток з лікованим непліддям в анамнезі найбільш значимими для прогнозування пролонгування у першому триместрі є гемостазіологічні показники та ехографічні маркери патології ембріону та екстраембріональних структур. Вираженість описаних змін особливо посилюється більше у жінок із клінічною симптоматикою передчасного відшарування хоріону, загрози переривання вагітності та ультразвуковими ознаками порушення процесів плацентації.

ПРЕГРАВИДАРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛЬНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Н. Я. Савченко, Е. С. Явтушенко

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск.

По данным литературы, частота предлежания плаценты колеблется от 0,3% до 1,0%, низкой плацентации – до 9,1%. Акушерский аспект проблемы аномально расположенной плаценты заключается в решении вопроса сохранения или пролонгации беременности при кровотечении, угрозе прерывания беременности или преждевременных родов, возникающих вследствие аномально расположенной плаценты. С точки зрения перинатологии данная проблема представляет, прежде всего, интерес с позиций развития острой/хронической плацентарной недостаточности с неблагоприятными последствиями для плода и новорожденного. Однако многие вопросы патогенеза, этиологии, течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного при аномально расположенной плаценте остаются до настоящего времени не изученными.

Цель настоящей работы – изучить особенности гинекологического анамнеза, которые могли бы являться потенциальными факторами риска аномалий расположения плаценты во время последующей гестации.

Проведен ретроспективный анализ 2699 историй родов беременных, которые были родоразрешены в родильном отделении Луганской городской многопрофильной больницы №3 в 2011 году. У 259 (9,6%) женщин выявлены аномалия расположения плаценты в 12-16 недель, что практически соответствует данным литературы. Средний возраст беременных – 27,5±0,6. В большем проценте случаев плацента располагалась по задней стенке матки – 56,4% и 43,6% – по передней.

Среди сопутствующей гинекологической патологии основная группа заболеваний – воспалительные заболевания придатков матки – 39,7%, эрозия шейки матки – 40,5%, бесплодие – 9,2%. У 3 (1,2%) пациенток беременность наступила в результате ЭКО. Однако наибольший удельный вес занимали кольпит (38,0%) и бактериальный вагиноз (13,5%), часто рецидивирующие. Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались воспалительные поражения мочевыделительной системы – 27,0%, вегето-сосудистая дистония – 26,6%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 7,7%, легочной системы – 15,4%. Как видно, преобладающей патологией были заболевания сердечнососудистой системы и инфекция мочевыводящих путей. Первородящих было 59,8%, из них первобеременных – 39,3%, повторнобеременных – 60,6%. При анализе акушерского анамнеза обращает на себя внимание большой процент медицинских аборт – 35,9%, из которых 2 и более аборта были в 18,5% наблюдений. Частота замерших беременностей составила 8,1%, самопроизвольных абортов – 10,0%, что указывает на напряженную репродуктивную функцию.

Таким образом, факторами риска аномального расположения плаценты были воспалительные заболевания придатков матки, эрозия шейки матки и кольпит, медицинские и самопроизвольные аборты, воспалительные заболевания мочевыводящей системы, а также сердечнососудистая патология.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

М. Ю. Сергиенко, Э. Б. Яковлева, А. М. Кочерга

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк.

Среди органов репродуктивной системы молочная железа (МЖ) занимает особое место, поскольку является отражением этапов ее становления и гормональных взаимоотношений в разные возрастные периоды.

Целью исследования явилось изучение эхографической картины МЖ у девочек в процессе полового созревания.

Под наблюдением находилось 25 девочек «нейтрального периода», 30 – препубертатного и 70 – пубертатного возраста. Степень развития МЖ классифицировали по Tanner (1969) и Тумилович Л.Г. (1975).

Ма 0 – молочная железа не увеличена, сосок маленький, не пигментирован, соответствует стадии Таннера I, «нейтральному периоду». При ультразвуковом исследовании (УЗИ) МЖ не визуализировалась среди элементов подкожной жировой клетчатки позадисосковой области.

Ма 1 – набухание околососковой ареолы, увеличение ее диаметра, пигментация соска не выражена, соответствует стадии Таннера II. При УЗИ определялся гиперэхогенный ретроареолярный узел с центральной гипоэхогенной областью, которую часто ошибочно трактуют как признак воспалительного процесса при физиологической мастодинии на начальном этапе формирования МЖ (препубертатный период).

Ма 2 – МЖ конической формы, ареола не пигментирована, сосок не возвышается, соответствует стадии III по Таннеру. При УЗИ визуализировалась гиперэхогенная железистая ткань, которая простиралась далеко за пределы ретроареолярной области, под ареолой определялась центральная «паукообразная» гипоэхогенная зона.

Ма 3 – юношеская грудь – изменения, которые претерпевает МЖ в этой стадии подвержены значительным колебаниям. У 10% девочек эта стадия отсутствовала, у 25% была слабо выражена, у остальных – выражена отчетливо и длилась дольше обычного. Наблюдалось увеличение и приподнятие грудных желез на площади, соответствующей окончательной их форме; вторичное приподнятие околососкового кружка и соска над окружающими участками кожи грудной железы. Такая форма МЖ соответствовала стадии Таннера IV. На УЗИ выявлялась гиперэхогенная периареолярная железистофиброзная ткань, четкий гипоэхогенный узел в центральной области. По данным литературы, возможно наличие подкожной жировой ткани в виде вытянутых гипоэхогенных включений, однако в нашем исследовании они не определялись.

Ма 4 – зрелая форма грудной железы: сосок выступает выше околососкового кружка, который уже не поднимается над поверхностью молочной железы. Соответствует стадии Таннера V. Свидетельствует о достижении зрелости МЖ. При УЗИ МЖ была представлена гиперэхогенной железистой тканью с подкожной жировой клетчаткой, без центрального гипоэхогенного узла, характерного для предыдущих стадий.

Таким образом, зная особенности эхографической картины МЖ у девочек в разные периоды полового созревания, возможно более точно, чем при визуальной оценке, определять степень развития МЖ, дифференцировать варианты нормы и патологии.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Т. О. Сергиенко

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк.

Одной из важнейших проблем современной гинекологической эндокринологии является раннее выявление нарушений становления репродуктивной функции у девочек-подростков. Постоянно нарастающий интерес к изучению этой патологии закономерен, т.к. количество больных сахарным диабетом (СД) в Украине, за последние пять лет, увеличилось на 20,4% и составляет более 1 млн. 100 тысяч человек. Ежегодно количество детей и подростков с диабетом увеличивается более чем на 1 тысячу. Неутешительный показатель и в Донецкой области. Так, из общего числа больных диабетом, инсулинозависимую форму заболевания имеют более 18 тысяч пациентов, среди которых 678 детей, что является пятым значением по Украине. СД, при типичном течении, наиболее часто манифестирует у детей и молодых людей. Сочетается с патологическими изменениями в репродуктивной системе: поздним менархе, нарушениями менструальной функции, синдромом поликистозных яичников, бесплодием, невынашиванием беременности и патологическими родами, ранним климаксом. Это является основанием для проведения иссле-

дований, направлених на уточнення механізмів репродуктивних порушень, визначення значимості факторів, оказують негативне вплив на статеве та фізичне розв'язання дівчаток-підлітків, великих СД 1 типу.

Проводилась оцінка гінекологічного анамнезу, рівня гонадотропінів (лютеїнізуючого гормону (ЛГ), фолікулоstimулюючого гормону (ФСГ)) в периферическій венозній крові та їх співвідношення у 53 дівчаток-підлітків 15-18 років з СД 1 типу. При наявності менструального циклу дослідження проводили на 3-5-й день або довільний день в умови аменореї. Проведена статистична обробка даних.

Під наглядом знаходилося 32 (60,0%) дівчаток-підлітків 15-16 років та 21 (40,0%) – 17-18-річних. На момент дослідження всі вони отримували базис-болісную інсулінотерапію (середньодобова доза інсулінів короткого та подовженого дії складала $1,2 \pm 0,4$ ЕД/кг маси тіла) та знаходилися в стані компенсації. В досліджуваній групі серед супутніх або наявних в анамнезі гінекологічних захворювань переважають: кандидозний вульвовагініт (22 – 41,5%), бактеріальний вагіноз (15 – 28,3%), ектопія шийки матки (4 – 7,0%). Детальний аналіз гормонального профілю досліджуваних дівчаток виявив широкий розброс індивідуальних значень вмісту гонадотропінів.

Серед 32 дівчаток-підлітків, великих 1-ої групи, в 46,9% відмічена затримка статевих дозрівання. У 5 (23,8%) представниць 2-ої групи діагностована затримка темпів статевих дозрівання, відхилення в ритмі або характері менструацій: опсоменорея, олигоменорея до 1,5 місяців. В основі порушень менструального циклу лежали зміни секреції гонадотропінів ЛГ/ФСГ. Прогностически вигідними для регулярної менструальної функції вважали співвідношення ЛГ/ФСГ=1,25-1,75. Из досліджуваних лише у 23 осіб (43,4%) співвідношення гормонів знаходилося в цьому інтервалі. У 30 дівчаток-підлітків (56,6%) коефіцієнт ЛГ/ФСГ був менше 1,25.

Таким чином, у дівчаток-підлітків з СД 1 типу для виявлення порушень менструальної функції недостатньо визначення абсолютного рівня гонадотропінів. Для оцінки причин розвитку гіпоестрогенемії та гіпопрогестеронемії цілесобразно виконання розрахунку співвідношення ЛГ/ФСГ, що дозволяє коректувати порушення овариальної функції комплексною патогенетическою терапією в більш ранні терміни.

ГАЛАКТОРЕЯ І ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ ПІСЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

В. О. Склярів¹, І. І. Корчинська²

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини; ²Жіноча консультація №2 1 МКП, м. Львів.

Протягом останніх 10 років жінки в Україні все частіше обирають медикаментозний метод переривання вагітності на ранніх термінах завдяки його очевидним перевагам порівняно з вакуумною аспірацією порожнини матки.

Оскільки дія міфепрестону приводить до блокування рецепторів до прогестерону, одним із наслідків є дисгормональні зміни молочної залози. Медикаментозне переривання вагітності терміном 20-50 днів було проведено 240 пацієнткам. Через 2 тижні після медикаментозного абортів всі пацієнтки проходили повний гінекологічне обстеження, включаючи грудні залози. У 80% обстежених спостерігалась галакторея І-ІІІ ст., що було показом для більш детального обстеження: рівня пролактину, тиреотропного, лютеїнізуючого, фолікулоstimулюючого гормонів та ультразвукового дослідження (УЗД) молочної залози після наступної менструації.

Достовірних змін у показниках гіпофізарних гормонів не було виявлено, однак у 32% пацієнток з галактореєю відмічалось помірне зростання рівня пролактину з 24-37 нг/мл. УЗД грудей у 65% пацієнток з галактореєю виявляло різні ознаки дисгормональних змін молочної залози.

Знайдені зміни дають підставу рекомендувати всім пацієнткам після медикаментозного переривання вагітності корекцію дисгормональних змін молочної залози і седативну терапію.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ЯИЧНИКОВ

А. А. Соломатина, Е. В. Кавтєладзе, О. В. Шабрина, О. В. Братчикова

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ», г. Москва.

В настоящее время особый интерес для оценки репродуктивного потенциала женщин представляет определение овариального резерва, одним из основных маркеров которого является антимюллеров гормон (АМГ).

На основании определения уровня АМГ нами выполнена оценка овариального резерва у 114 пациенток

репродуктивного возраста (средний возраст $30,80 \pm 5,02$ года) с эндометриозом яичников, с гистологически верифицированным диагнозом до и после лапароскопической кистэктомии эндометриоидных образований. 85 пациенток с односторонней локализацией эндометриоидных кист яичников составили I группу, 29 исследуемых с двусторонними эндометриоидными образованиями – II группу. Величина образований варьировала от 1,5 см до 8,9 см. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин репродуктивного возраста, с регулярным менструальным циклом, имеющие спонтанную овуляцию, не получающие гормональные препараты за 1,5 года до начала наблюдения. АМГ определялся до и через 3 месяца после оперативного вмешательства на 2-3-ий день менструального цикла методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческого набора фирмы DSL (США).

Оценивая концентрацию АМГ до оперативного вмешательства, нами не выявлена достоверная разница в значении АМГ у пациенток I группы в сравнении с контрольной группой ($3,30 \pm 0,30$ нг/мл vs. $3,31 \pm 0,08$ нг/мл), $p \geq 0,05$. В то же время, значения АМГ во II-группе были достоверно ниже показателей в I-группе ($1,56 \pm 0,24$ нг/мл vs. $3,30 \pm 0,30$ нг/мл), $p < 0,05$.

Через 3 месяца после лапароскопической кистэктомии установлено достоверное снижение концентрации АМГ в обеих группах, при этом уровень АМГ после двусторонней кистэктомии был значительно ниже по сравнению с I группой ($1,29 \pm 1,09$ нг/мл и $1,48 \pm 1,09$ нг/мл) соответственно, $p < 0,05$. Среди всех обследованных нами пациенток наиболее низкие значения АМГ были установлены у исследуемых с величиной образований ≤ 6 см, средние значения которых в I и II группах составили $0,53 \pm 0,45$ нг/мл и $0,21 \pm 0,20$ нг/мл соответственно.

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что до оперативного вмешательства концентрация АМГ достоверно отличалась от контрольной группы при двусторонней локализации эндометриоидных образований. Более низкие значения АМГ были отмечены после оперативного лечения (через 3 месяца), степень снижения коррелировала с величиной и расположением эндометриоидных образований.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

А. А. Соломатина, О. И. Мишиева, К. А. Мартиросян

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ», г. Москва.

До настоящего времени остается открытым вопрос об оптимизации результатов лечения гиперпластических процессов эндометрия у больных в постменопаузе с отягощенным соматическим статусом с использованием органосберегающих подходов и гормонотерапии. Необходимо определение возможности и эффективности проведения щадящих хирургических методов лечения у пациенток старческого возраста: лазерная, баллонная, термальная абляция эндометрия, резекция эндометрия, лапароскопия (ЛС).

Проанализированы результаты лечения 426 больных в постменопаузе с внутриматочной патологией. С учетом возраста все разделены на 2 группы: I группа – 236 пациенток в постменопаузе в возрасте старше 60 лет (основная группа), II – 190 больных до 60 лет (группа сравнения). Возраст больных II группы составлял в среднем $52,20 \pm 0,39$, длительность постменопаузы варьировала от 2 до 10 лет ($2,40 \pm 0,25$). Средний возраст пациенток I группы был $69,50 \pm 0,62$ лет, длительность постменопаузы составила от 3 до 39 лет ($19,3 \pm 0,79$). Абляция эндометрия проводилась при помощи системы GyneLase™ (KARL STORZ, Германия), резекция эндометрия – Versapoint (Johnson @ Johnson, США). Отягощенный соматический статус встречался у всех обследованных пациенток, у 21 наблюдаемой I группы имелась тяжелая сочетанная сопутствующая соматическая патология. Экстрагенитальная патология и перенесенные онкозаболевания обуславливали высокий риск осложнений при оперативных вмешательствах, этим больным абляция эндометрия выполнялась как наиболее щадящий и приемлемый метод лечения с минимальным риском осложнений.

Ведущей внутриматочной патологией у 63 пациенток в старческом и у 53 – в пожилом возрасте явились железисто-фиброзный полип эндометрия, железисто-кистозная гиперплазия диагностирована у 18 и 17 соответственно. Атрофия эндометрия выявлена у 32 женщин I группы и у 14 – группы сравнения; у 24 и 12 пациенток по группам верифицирована аденокарцинома эндометрия. Рост миомы матки в постменопаузе выявлен у 3 – старческой и у 4 – пожилой групп. Всем на первом этапе проводилась гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, с учетом результатов гистологического исследования у 25 и 20 была рекомендована гормональная терапия. Термальная (19), баллонная (24),

лазерная (16), резекция эндометрия (21) были выполнены у обследованных в основной и в группе сравнения у 11, 12, 8 и 19 соответственно. ЛС гистерэктомия по поводу аденокарциномы эндометрия производилась у 50 и 37 по группам.

Органосберегающие подходы в лечении внутриматочной патологии являются эффективными и хорошо переносимыми у больных с заболеваниями матки с выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологией. В послеоперационном периоде с целью онкопрофилактики показан ультразвуковой скрининг как у лиц пожилого, так и старческого возрастов.

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

А. А. Соломатина, А. А. Науменко, А. В. Коновалова

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ», г. Москва.

Представляется перспективным оценить применение современных методов – магнитно-резонансной томографии (МРТ), эмболизации маточных артерий (ЭМА) – в диагностике и лечении брюшной беременности.

Изучены истории болезней 2 пациенток с брюшной беременностью (сроки гестации 17-18 и 33-34 недели). ЭМА выполнялась по стандартной методике Сельдингера с использованием частиц PVA (William Cook, USA).

У одной наблюдаемой, по данным ультразвукового исследования (УЗИ), обнаружено: тело матки увеличено до 8-9 недель, в полости матки плодное яйцо не обнаружено. Выше дна матки слева в верхней трети определялось плодместилище с живым плодом, соответствующим 17-18 неделям, с отчетливым сердцебиением. Плацента располагалась снаружи в области маточного угла слева с переходом на дно матки. Была выполнена МРТ, при которой установлено: плодное яйцо с плодом располагалось между боковой стенкой таза и маткой. Диагностирована брюшная беременность 17-18 недель. Интраоперационно в брюшной полости между брыжейкой поперечной ободочной кишки, большим сальником, маткой, левой маточной трубой и стенкой мочевого пузыря располагалось плодместилище с плодом. Плацента интимно прилежала к левому маточному углу, большому сальнику. Учитывая высокий риск кровотечения, интраоперационно произведена ЭМА частицами PVA (500-700 мкм), после чего с минимальной кровопотерей выполнено удаление плаценты, резекция пряди большого сальника. У беременной со сроком гестации 33-34 недели на эхограммах в верхних отделах брюшной полости визуализировался один живой плод, соответствующий 31-32 неделям. Стенки матки на УЗИ четко не дифференцировались, в связи с чем использовалось МРТ. При МРТ отчетливо визуализировалась отдельно расположенная матка, увеличенная до 5-6 недель беременности и живой плод, расположенный в брюшной полости. Плацента занимала левую подвздошную область. При чревосечении в верхней половине брюшной полости обнаружен живой плод, который располагался между задней стенкой матки, маточной трубой, большим сальником, боковой стенкой таза, отдельно определялась матка. Плацента прилежала к левой маточной трубе, мезосальпинксу и большому сальнику. После извлечения плода произведена ЭМА, удаление плаценты, тубэктомия слева и резекция большого сальника с минимальной кровопотерей. При контрольной ангиографии стволы маточных артерий полностью окклюзированы.

Использование МРТ позволяет на дооперационном этапе определить топографическое соотношение между плодом, плацентой и органами брюшной полости. Применение ЭМА в комплексном лечении брюшной беременности способствует уменьшению объема интраоперационной кровопотери, позволяет выполнить органосберегающие операции и сохранить репродуктивный потенциал женщины.

СОВРЕМЕННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА

А. А. Соломатина, М. Ю. Тюменцева, О. В. Братчикова, А. В. Шабрина

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ», г. Москва.

С целью диагностики выявления опухолей стромы полового тяжа яичников (ОСПТ) перед оперативным вмешательством всем пациенткам было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) с применением 3-D. Ультразвуковое исследование проводилось с помощью аппарата VOLUSON 730 expert (Kretz-General

Electrik Medical Systems), с последующей компьютерной обработкой доплерограмм. Выполнялась оценка УЗИ при применении 2-D в сравнении с 3D.

Было обследовано 72 пациентки в возрасте от 37 до 65 лет с верифицированным диагнозом ОСПТ (текома – 42, фиброма – 30). Величина опухоли колебалась от 3 до 15 см ($6,0 \pm 0,2$) в диаметре.

Эхографическая картина у 11 (26,1%) с текомой представляла собой образования округлой формы с четкими контурами, однородного строения, величина колебалась от 3 до 6 см в диаметре. У 26 (61,9%) с текомой яичника внутренняя структура образования характеризовалась появлением участков повышенной эхогенности, размер образований составил от 7 до 11 см, у 5 (11,9%) обследуемых визуализировались небольшие жидкостные включения, свидетельствующие о дегенеративных изменениях в опухоли, величина теком варьировала от 11 до 15 см. При проведении цветного доплеровского картирования (ЦДК) выявлены многочисленные зоны васкуляризации у 38 (91,0%) как в центральных участках опухоли, так и по периферии. Преимущественно преобладал венозный кровоток по периферии, во внутренних структурах текомы визуализировалась пестрая мозаика. Оценка теком яичников в режиме спектрального доплера характеризовалась: Vmax колебалась от 12,4 до 17,1 см/сек ($13,10 \pm 0,81$); низкорезистентный характер кровотока – индекс резистентности от 0,39 до 0,52 ($0,480 \pm 0,003$). У 30 пациенток с фибромой яичника эхографическая картина представляла собой образования округлой формы с четкими контурами, однородного строения, средней эхогенности, величина колебалась от 3 до 6 см в диаметре (4,4). При ЦДК кровотока не был зарегистрирован ни в одном наблюдении. Фибромы яичника были аваскулярными. С целью дифференциальной диагностики между фибромой и субсерозным миоматозным узлом ввиду схожести эхографической картины было использовано УЗИ с 3-х мерной реконструкцией образований. Среди обследуемых пациенток у 7 (23,3%) была выявлена субсерозная миома матки, что позволило определить объем и доступ оперативного вмешательства.

Таким образом, различные режимы объемной реконструкции изображения подчеркивают более четкое строение опухоли и позволили определить локализацию образования в проекции ткани яичника или вне ее.

ВЛИЯНИЕ ТРАНЕКСАМА НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Л. В. Степанян, С. П. Синчихин, Н. В. Григорян

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Астрахань.

Неразвивающаяся беременность является одной из наиболее актуальных проблем в современной медицине. По данным литературы, частота данной патологии в последние годы возросла с 5-10% до 45-50% среди репродуктивных потерь. Все большее внимание во всем мире в развитии данной патологии гестации уделяется изучению воспалительных процессов эндометрия, что, в свою очередь, благодаря клеточной активации в результате длительной антигенной презентации, высвобождает цитокины провоспалительного действия, определяющие исход беременности.

Лечение неразвивающейся беременности требует активной тактики с применением препаратов, обладающих сильным гемостатическим действием и противовоспалительными свойствами. К одним из таких лекарственных средств относится транексам («Мир-Фарм», Россия), который специфически ингибирует активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин). Кроме того, за счет подавления образования кининов и других активных веществ, участвующих в воспалительных и аллергических реакциях, транексам обладает и противовоспалительным действием.

Цель исследования: оценить уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови и аспирате из полости матки при лечении неразвивающейся беременности в I триместре гестации с применением транексама.

Нами проведено исследование 140 женщин с данной патологией в возрасте от 16 до 40 лет, которые в своем большинстве (90%) планировали реализовать свою детородную функцию. Пациентки были разделены на основную группу и группу сравнения по 70 человек в каждой, сопоставимые по возрасту ($33,1 \pm 2,5$ и $32,8 \pm 2,2$ лет соответственно по группам), соматической патологии и данным акушерско-гинекологического анамнеза.

В основной группе однократно внутривенно вводился транексам в дозе 750 мг при разведении в 200,0 мл изотонического раствора хлорида натрия. Пациентки группы сравнения препарат не получали.

Показатели провоспалительных цитокинов в сыворотке крови и аспирате из полости матки определяли до введения препарата, после инструментального удаления погибшего плодного яйца на 1-е и 2-е сутки.

Показатели FNO- α в сыворотке крови до введения препарата в основной группе и группе сравнения составили $11,01 \pm 1,50$ пг/мл и $9,53 \pm 1,20$ пг/мл соответственно; на 1-е – $3,58 \pm 0,25$ пг/мл и $7,99 \pm 0,64$ пг/мл соответственно по группам; 2-е сутки – $3,27 \pm 0,27$ пг/мл и $7,27 \pm 0,52$ пг/мл соответственно по группам (при норме 0-6 пг/мл). Показатели FNO- α в аспирате из полости матки до введения препарата в основной группе и группе сравнения составили $22,03 \pm 0,55$ пг/мл и $19,53 \pm 1,20$ пг/мл соответственно; на 1-е – $7,15 \pm 0,45$ пг/мл и $15,99 \pm 0,25$ пг/мл соответственно по группам; 2-е сутки – $5,32 \pm 0,32$ пг/мл и $15,91 \pm 0,03$ пг/мл соответственно по группам (при норме 0-6 пг/мл). Показатели IL-1 β в сыворотке крови до введения препарата в основной группе и группе сравнения составили $2,56 \pm 0,06$ пг/мл и $2,95 \pm 0,16$ пг/мл соответственно; на 1-е – $2,16 \pm 0,07$ пг/мл и $2,62 \pm 0,14$ пг/мл соответственно по группам; 2-е сутки – $2,43 \pm 0,14$ пг/мл и $2,68 \pm 0,08$ пг/мл соответственно по группам (при норме 0-11 пг/мл). Показатели IL-1 β в аспирате из полости матки до введения препарата в основной группе и группе сравнения составили $10,24 \pm 0,16$ пг/мл и $11,80 \pm 1,02$ пг/мл соответственно; на 1-е – $5,26 \pm 1,02$ пг/мл и $10,48 \pm 0,99$ пг/мл соответственно по группам; 2-е сутки – $3,43 \pm 1,01$ пг/мл и $10,72 \pm 0,82$ пг/мл соответственно по группам (при норме 0-11 пг/мл). Показатели IL-6 в сыворотке крови до введения препарата в основной группе и группе сравнения составили $10,78 \pm 1,29$ пг/мл и $11,87 \pm 1,24$ пг/мл соответственно; на 1-е – $6,69 \pm 0,62$ пг/мл и $10,22 \pm 0,95$ пг/мл соответственно по группам; 2-е сутки – $6,04 \pm 0,53$ пг/мл и $10,33 \pm 1,10$ пг/мл соответственно по группам (при норме 0-10 пг/мл). Показатели IL-6 в аспирате из полости матки до введения препарата в основной группе и группе сравнения составили $39,12 \pm 0,81$ пг/мл и $37,48 \pm 1,41$ пг/мл соответственно; на 1-е – $33,45 \pm 0,92$ пг/мл и $35,81 \pm 0,49$ пг/мл соответственно по группам; 2-е сутки – $30,04 \pm 0,73$ пг/мл и $36,21 \pm 1,03$ пг/мл соответственно по группам (при норме 0-10 пг/мл).

Наши исследования показали, что в аспирате из полости матки показатели FNO- α в 2 раза, а IL-1, IL-6 в 4-5 раза были выше по сравнению с показателями сыворотки крови, что может быть связано с активацией инфекционно-воспалительных процессов. Полученные данные можно использовать для прогнозирования течения заболевания, а также для оценки эффективности проводимой терапии.

На фоне проводимой терапии эти показатели имели достоверное снижение уже на 1-е и 2-е сутки у пациенток основной группы ($p < 0,05$), в отличие от пациенток группы сравнения.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высоком клиническом эффекте применения транексама при лечении неразвивающейся беременности в I триместре гестации. Данный препарат обладает как антифибринолитическим, так и противовоспалительным свойствами, воздействуя на цитокиновый профиль, способствует восстановлению иммунного статуса.

ВЛИЯНИЕ НИЗКИХ ДОЗ АНДРОГЕНОВ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

Г. В. Стрелко, Т. Д. Задорожная

Институт генетики репродукции, Государственное учреждение «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев.

Успешность вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у плохих ответчиков существенно ниже (3-20%), чем у женщин с нормальным откликом на стимуляцию (30-45%). В литературе обсуждаются различные методы улучшения овариального резерва, в том числе, применение андрогенов. Целью исследования было получение данных относительно возможного негативного влияния приема андрогенов на биохимические и гормональные показатели периферической крови, а также на морфологию яичников.

Исследования проводились на самках лабораторных крыс линии «Вистар» *Rattus norvegicus* ($n=30$) m 250-300 г в возрасте 4-5 месяцев на начало эксперимента.

Была исследована эффективность введения на протяжении 90 дней препарата дегидроэпиандростерона (ДГА) производства Ultimate Nutrition, Inc. Farmington, CT 06032. Действующее вещество изучавшегося препарата относится к стероидным гормонам, вырабатываемым надпочечниками и гонадами, и имеет слабое андрогенное действие. Исследуемый препарат вводили в терапевтической (группа 1, $n=10$) и трехкратной дозе (группа 2, $n=10$). Контролем служили интактные животные (группа 3, $n=10$).

При исследовании биохимических показателей периферической крови отмечалось незначительное повышение уровня глюкозы, креатинина и щелочной фосфатазы в группе, принимавшей трехкратную дозу. Несмотря на достоверное повышение указанных показателей в сравнении с контролем, они не выходили за границы нормальных значений.

Прием ДГА у самок крыс привел к увеличению массы яичников: 0,1147 г – в контрольной группе; 0,1231 г – в группе 1 (терапевтическая доза); 0,1377 г – в группе 2 (трехкратная доза), разница не достоверна.

При изучении гормонального статуса отмечалось достоверное увеличение уровней эстрадиола в двух группах животных, принимавших ДГА (34,30 пг/мл – 1-я группа и 44,10 пг/мл – 2-я группа) в сравнении с контрольной группой (23,50 пг/мл). Уровни тестостерона были в 2,5 раза выше в группе 1 (0,43 нг/мл) в сравнении с контролем (0,17 нг/мл) и в 15 раз выше в группе 2 (2,17 нг/мл). Уровни антимюллерова гормона почти не отличались между группами 1 и 2 (0,46 нг/мл и 0,48 нг/мл соответственно) и были в два раза выше, чем в контрольной группе (0,24 нг/мл).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы: прием ДГА в терапевтических дозах самками лабораторных крыс оказался безопасным; прием андрогенов может снижать темпы атрезии антральных фолликулов и приводить к увеличению овариального резерва; нецелесообразно использовать дозы ДГА выше терапевтических, т.к. это не увеличивает клиническую эффективность.

Данные исследования могут быть полезными для лечения пациенток со сниженным овариальным резервом.

ИСХОДЫ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ

В. Г. Сюсюка, К. Ю. Нерянов, Е. В. Пейчева, Е. В. Комаров, Д. А. Каптюх, Е. Г. Аверченко
Запорожский государственный медицинский университет, родильный дом №9, г. Запорожье.

Одной из важнейших задач, стоящих перед акушерами, является обеспечение благоприятного исхода родоразрешения (К.Н. Ахвледиани и соавт., 2009). Переношенная беременность сопровождается высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности, большим числом осложнений в родах и послеродовом периоде у матери и новорожденного (Н.Т. Мачавариани и соавт., 2005). Частота перенашивания беременности колеблется от 4,0 до 14,0% (Е.Л. Чернуха, 1982; Г.М. Савельева, 2000; S.J. Ventura et al., 1999).

Цель исследования: дать оценку исходов родоразрешения при запоздалых родах.

Проведен анализ 54 случаев родоразрешения женщин в сроке 42 недели, поступивших в акушерскую клинику родильного дома №9 г. Запорожье. Средний возраст женщин составлял 27,0±0,8 лет (от 17 до 42 лет).

Среди женщин обследуемой группы первобеременные составили 44,4%, а первородящие – 63,0%, что обусловлено в 18,5% случаев наличием аборта до данной беременности. У 28 беременных (51,8%) был отягощен гинекологический анамнез, у 13,0% имело место позднее менархе. Среди соматической патологии, частота которой составила 29,6%, отмечены: ожирение, вегето-сосудистая дистония и патология мочевыделительной системы. Обращает на себя внимание низкая частота гестационных осложнений. Угроза аборта в раннем и позднем сроках встречалась с одинаковой частотой и составила по 7,4% соответственно. Частота анемии беременных I степени имела тенденцию к росту соответственно каждому триместру: в I – 3,7%, во II – 7,4% и 22,2% – в III триместрах. Среди исследуемых женщин 85,2% были госпитализированы в сроке 41 недели. После проведенной оценки «зрелости» шейки матки 14-ти (25,6%) беременным была назначена подготовка простагландинами.

Спонтанное начало родовой деятельности произошло у 71,4% женщин, у 28,6% проводилась индукция родов. Среди женщин группы исследования 48 родоразрешены вагинально, что составило 88,9%, из них индуцированные роды составили – 7,4%. Кесарево сечение проведено в связи преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (1,9%), дистрессом плода (5,6%), а также отсутствием «зрелости» шейки матки и отказом беременной от использования каких-либо методов ее подготовки (3,7%). Преждевременный разрыв плодных оболочек отмечен у 11,0%, при этом у всех женщин роды начались спонтанно в первые 24 часа и не связаны с использованием простагландинов. Средний показатель общей кровопотери при вагинальных родах составил 270,8±13,1 мл. В 3,7% проводилось ручное обследование полости матки в связи с задержкой дольки последа.

По результатам анализа состояния новорожденных нами отмечено, что только у 6 детей имели место явные признаки переношенности (11,0%). Все дети рождены без асфиксии. Средний показатель по шкале Апгар на 1 минуте составил 8,00±0,13 балла, а на 5 минуте – 8,60±0,11 балла. Обращает на себя внимание 5 случаев кефалогематом (9,3%), при этом масса детей при рождении находилась в пределах 3600-4600 г. Среди всех детей процент крупных составил 14,8%.

Таким образом, у женщин группы исследования имел место низкий процент гестационных осложнений, и отсутствовали явные факторы, способствующие перенашиванию беременности. Отмечена высокая частота родоразрешения через естественные родовые пути при запоздалых родах, а основным показанием к абдоминальному родоразрешению был дистресс плода.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА АНДРОГЕНОВ В ТКАНИ ЯИЧНИКА АНДРОГЕНИЗИРОВАННЫХ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ КРЫС

Л. В. Тарасенко, Н. Д. Носенко, И. В. Поладич

Государственное учреждение «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В. П. Комиссаренко НАМН Украины», Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев.

Одной из самых распространенных форм патологии у женщин является синдром поликистозных яичников (СПКЯ), характеризующийся аменореей или олигоменореей, нарушениями фолликулогенеза, овариальными кистами, гиперандрогемией и приблизительно в половине случаев – метаболическими нарушениями. Особая роль в патогенезе СПКЯ принадлежит андрогенным стероидам эндогенного или экзогенного происхождения. Считается, что пусковым механизмом патологии может быть повышение секреции андрогенов корковым слоем надпочечников во время адренархе с последующим переключением основного источника гиперандрогении с надпочечников на яичники. Как известно, в фолликулярном эпителии яичников андрогены (андростендион, тестостерон) претерпевают при участии фермента ароматазы дальнейшее преобразование, конечным продуктом которого являются соответственно эстрон и эстрадиол. Одним из терапевтических подходов к лечению СПКЯ в последние годы стало применение ингибиторов ароматазы стероидов. Однако прямые данные об особенностях ароматизации андрогенов в яичниках при гиперандрогении практически отсутствуют.

В данной работе было проведено изучение метаболических превращений тестостерона в яичниках крыс, у которых гиперандрогенное состояние моделировали подкожной имплантацией силикатиковых капсул, содержащих кристаллический тестостерон, в пубертатном периоде (на 33-й день жизни). Гиперандрогенное состояние подопытных самок крыс, помимо достоверного повышения уровня тестостерона в крови, характеризовалось более поздней, чем у животных контрольной группы, пубертацией (по дате открытия влагалища) и нарушениями половой цикличности (по структуре эстральных циклов). Морфологическими исследованиями яичников у этих животных были выявлены некоторые дегенеративные процессы (атрезия и мелкокистозное перерождение фолликулов, дегенерация яйцеклеток, разрастание интерстициальной ткани и т.п.), хотя слой клеток гранулезы, в которых локализована ароматаза, оставался при этом достаточно развитым.

Метаболизм тестостерона в яичниках (ароматазную и 5 α -редуктазную активность) изучали у животных 3-месячного возраста. В яичниках андрогенизированных самок крыс наблюдалось умеренное, но достоверное повышение ароматазной активности по сравнению с интактными животными: $(12,61 \pm 0,31) \cdot 10^{-8}$ Ед. \cdot г $^{-1}$ и $(11,39 \pm 0,30) \cdot 10^{-8}$ Ед. \cdot г $^{-1}$ соответственно, $p \leq 0,02$. 5 α -редуктазная активность при этом имела лишь тенденцию к повышению: $(58,70 \pm 12,16) \cdot 10^{-8}$ Ед. \cdot г $^{-1}$ против $(37,32 \pm 2,74) \cdot 10^{-8}$ Ед. \cdot г $^{-1}$ в контроле, $p < 0,1$.

Полученные результаты можно объяснить повышением уровня субстрата ароматазы, т.е. тестостерона, в крови на фоне сохранности клеток гранулезы у андрогенизированных в пубертатном периоде самок крыс.

Таким образом, на основании полученных данных можно утверждать, что применение ингибиторов ароматазы в схемах лечения СПКЯ является патогенетически обоснованным.

ЧАСТОТА І ПИТОМА ВАГА ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ СЕРЕД ЖИВОНАРОДЖЕНИХ

О. І. Тимченко, Т. Н. Кабанець, Т. М. Поканєвич, О. В. Процюк, О. В. Линчак

ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва НАМН України», Київський обласний центр охорони здоров'я матері і дитини, м. Київ.

Розвиток статевої системи не завершується в ембріональному періоді. Мутації генів, в т.ч. які кодують синтез гормонів, проявляються в різних періодах онтогенезу. Формування статевого тракту в ембріогенезі визначається взаємодією генетичних механізмів, внутрішніх епігенетичних механізмів (ферментні системи, гормони) та зовнішніх епігенетичних факторів, які відображають вплив зовнішнього середовища. При цьому визначити чітко внесок кожного не вважається можливим.

В Україні близько 1600 дітей щорічно народжується з вродженими вадами розвитку (ВВР) статевих органів, але основна частка патології виявляється в період статевого розвитку. ВВР статевих органів (Q50-Q56 за МКХ-10), хоч і не є причиною смерті плода та новонародженого, але можуть стати причиною інвалідності дитини, проблем з відтворенням в майбутньому та інших соціально-економічних збитків.

Враховуючи вищевикладене, завданням даного дослідження було визначення частоти та питомої ваги ВВР статевих органів серед живонароджених дітей з ВВР.

Для визначення структури ВВР статевої системи використані матеріали відомчої звітності МОЗ (ф. № 49-здоров «Звіт про надання медико-генетичної допомоги») за період 2002-2010 рр. Розраховували частоту на 1000 випадків живонароджених та питому вагу ВВР статевих органів в загальній структурі вад у відсотках.

За даними МОЗ України, частота ВВР статевих органів за 2002-2010 рр. склала $(3,51 \pm 0,01)$ на 1000 народжених живими. При цьому з 2002 р. по 2008 р. відмічалось її зниження з підвищенням показника в останні роки.

Кожна шоста-сьома дитина, яка народилась з ВВР, мала ВВР статевих органів – $(15,36 \pm 0,12)\%$. По роках спостереження коливання показника не відмічалось, за винятком 2009 р. порівняно з 2008 р. ($14,18\%$ проти $15,42\%$, $p=0,01$). Питома вага крипторхізму склала за всі роки спостереження $(47,81 \pm 0,42)\%$, гіпоспадії та епіспадії – $(43,49 \pm 0,42)\%$. $8,70\%$ припадало на інші ВВР статевих органів – в середньому щорічно це 137 дітей в країні.

Таким чином, майже у кожного четвертого з тисячі живонароджених виявляють ВВР статевих органів, що складає $15,30\%$ всіх ВВР. Але потрібне зосередження уваги сімейних лікарів, педіатрів та дитячих гінекологів на питаннях діагностики такої патології у більш пізньому віці.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ГРУДНОГО МОЛОКА ЖЕНЩИН БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

А. В. Тихонова, Г. Н. Клочкова, С. П. Пахомов

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород.

Качественный состав грудного молока женщин подвержен значительным колебаниям под влиянием множества факторов и характеризуется региональностью и сезонностью, а также сутками после родоразрешения.

Целью настоящего исследования явилось изучение качественного состава грудного молока женщин Белгородской области на 3 и 5 сутки после родоразрешения для выявления наиболее вариабельных показателей.

Обследование проводилось на базе Белгородского областного перинатального центра. Изучалось грудное молоко женщин на 3 и 5-е сутки после самопроизвольных родов. Всего изучено 128 образцов молока на базе лаборатории Белгородской областной клинической больницы Св. Иоасафа. Определялся белковый, электролитный, иммунный состав молока.

В результате исследования было установлено, что большинство показателей не имело достоверных изменений в изучаемые сроки, т.е. их концентрация характеризовалась относительной стабильностью. Достоверно было установлено увеличение концентрации только гаммаглобулинов (с $40,11$ до $42,77$ г/л) и триглицеридов (с $6,94$ до $9,54$ ммоль/л). Значительно большее количество показателей имело тенденцию к снижению концентрации: натрий (с $19,03$ до $15,15$ ммоль/л), белок (с $22,70$ до $17,36$ г/л), холестерин (с $0,76$ до $0,55$ ммоль/л), иммуноглобулины классов М (с $0,83$ до $0,47$ г/л), G (с $2,03$ до $1,41$ г/л) и А (с $3,13$ до $1,70$ г/л). Также отмечено значительное снижение уровня пролактина в крови женщин с $8123,81$ до $5613,39$ МЕ/мл.

ДО ПИТАННЯ ПРО ДИЗБІОТИЧНІ ЗМІНИ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ

О. В. Цмур, І. І. Хаца

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

Дослідження останніх років змінили традиційні погляди на мікробну етіологію інфекційно-запальних ускладнень перинатального періоду. На перший план виступають дизбіотичні зміни біотопу статевих шляхів вагітних, асоціації умовно-патогенної флори з явним її превалюванням над лактобацилярним компонентом. Так звана, транзитрна мікрофлора формує фактори ризику по перинатальному ризику.

Мета роботи – дослідження мікробного пейзажу піхви у вагітних в другому-третьому триместрах вагітності та взаємозв'язок дизбіозу з виникненням перинатальних ускладнень.

Проведено обстеження 60 вагітних жінок з терміном гестації 20-40 тижнів шляхом забору матеріалу з задньо-бокового склепіння піхви на бакпосів, мікроскопію виділень з урогенітального тракту з фарбуванням по Граму. Мікробіологічна ідентифікація мікроорганізмів проводилась методом полімеразної ланцюгової реакції з подальшим кількісним визначенням бактеріальної маси. Проведено клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітної та історій пологів у групі обстежуваних жінок.

Виявлено значне переважання умовно-патогенної флори у піхві практично у всіх вагітних, причому лише у 5 жінок у біотопі піхви були присутні лактобацили. Спектр умовно-патогенної флори був представлений як факультативно-аеробною флорою, так і анаеробами. Найчастіше зустрічались ентерококи, ешеріхії, стрептококи, стафілококи та гриби роду *Candida*. У групі вагітних з нормоценозом нормальний склад мікрофлори (95% лактобацил) був висіяний лише у однієї пацієнтки. Мікробіологічний спектр біотопу піхви жінок з дизбіозом був представлений в основному кишковою флорою з масивним обсіменінням ($3\text{-}5 \cdot 10^5$ КУО/мл). У всіх жінок з превалюванням умовно-патогенної мікрофлори виявлено уреоплазму уреаплікум.

Відповідно до розподілу груп біотопу найменше ускладнень вагітності та пологів спостерігалось у вагітних з нормоценозом, а найбільше – у групі з дизбіозом, причому в прямо пропорційній залежності. Перебіг вагітності у першій групі вагітних ускладнився загрозою переривання у 1 випадку, пологи відбулись без ускладнень у всіх роділь, післяпологовий період – без особливостей. Перебіг вагітності у групі обстежуваних з дизбіозом піхви ускладнився гестаційним пієлонефритом у 4 випадках, загрозою переривання вагітності – у 8 випадках, маловоддям – у 3 випадках, передчасним старінням плаценти – у 4 вагітних, порушенням матково-плацентарного кровотоку – 2 випадки, пізнім гестозом – у 1 вагітної. Ускладнення пологів спостерігались у 8 роділь (передчасний розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, травми родових шляхів, дистрес плода, дві вагітності завершилися передчасними пологами в терміні 32 і 34 тижні). Найбільше ускладнень спостерігалось у групі вагітних з найгіршими показниками мікробіологічного статусу піхви.

Таким чином, проведене мікробіологічне дослідження біотопів піхви вагітних жінок у 2-3 триместрі вагітності та аналіз перебігу вагітності та пологів свідчать про значні порушення мікробіоценозу родових шляхів жінок та про зв'язок цих порушень з ускладненим перебігом вагітності та пологів. Вищевказане потребує подальшого аналізу та розробок лікування та профілактики з метою зниження перинатальних ускладнень для матері та плода.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТАТЕВОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

О. Р. Цьолко

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів.

Стан народжуваності в країні погіршується, а молодь стає все більше сексуально розкутою і має все більшу кількість статевих партнерів, що призводить до поширення інфекцій, які передаються статевим шляхом, а це, у свою чергу, до збільшення неплідних пар, що впливає на демографічну ситуацію в Україні.

Було опитано 1287 дівчини віком від 14 до 20 років. Анкети включали запитання, які стосувались репродуктивного здоров'я та соціальної поведінки респондентів.

Анкети аналізувались у 4-х вікових групах 14, 15-16, 17-18 та 19-20 років.

Результати дослідження свідчать про те, що у віці 15-16 років мають сексуальні відносини 11,07% дівчат, з них одного партнера мають 8,30%, двох – 1,90%, трьох – 0,69%, більше трьох – 0,18% і більше семи – 0%. Якщо порівняти отримані результати у віковій категорії 15-16 років із загальноукраїнським показником, який становить близько 22,00%, то бачимо, що в Західному регіоні частота раннього початку статевого життя майже у двічі нижча, ніж загалом по Україні.

Серед сексуально активних дівчат мали захворювання 4,72% усіх вікових груп, що майже в 6 разів перевищує показник у незайманих дівчат, який рівний 0,81%. Отримані дані є статистично достовірними і репрезентативними (показник Пірсона χ^2 : $p < 0,05$).

Якщо проаналізувати захворюваність в залежності від кількості статевих партнерів (незалежно від характеру менструального циклу), то теж простежується чітка прогнозована залежність: чим вища сексуальна активність, тим більший ризик захворювання. Дівчата, що не мали жодного партнера, мали статеві хвороби у 1,67%, 1-го партнера – 4,57%, 2-х партнерів – 8,18%, 3-х партнерів – 9,68%.

У дівчат, які вже мали сексуальні стосунки, менархе відбувалось швидше майже на 6 місяців, у порівнянні з незайманими підлітками. Дана залежність простежувалась в кожній віковій групі опитаних.

Таким чином, усе вище сказане свідчить про те, що додаткового дослідження потребує визначення залежності рівня статевих гормонів на репродуктивну поведінку підлітків та подальший вплив цього на їх здоров'я.

Залишається нез'ясованим, який метод профілактики захворювань репродуктивної системи та раннього початку статевого життя у дівчат-підлітків буде найефективнішим та можливі шляхи його впровадження.

АКТИВНІСТЬ СУБПОПУЛЯЦІЙ НЕЙТРОФІЛІВ В РІЗНІ ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ЖІНОК

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова, С. А. Перекрестов, І. Г. Герасимов

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Метою цього дослідження було вивчення співвідношення субпопуляцій нейтрофілів у жінок в різні фази менструального циклу. Об'єктом дослідження стали 20 умовно здорових жінок від 19 до 26 років. Всім пацієнткам було проведено забір периферійної крові під час менструації, на початку і в кінці I і II фаз менструального циклу. За допомогою НСТ-тесту визначали долю фагоцитуючих нейтрофілів і фагоцитарне число. В результаті дослідження виявилось, що в кінці II фази менструального циклу і під час менструацій доля фагоцитуючих нейтрофілів склала $90,0 \pm 3,1\%$, а фагоцитарне число – $10,0 \pm 2,7$ шт. ($p < 0,01$), тоді як в інші фази менструального циклу доля фагоцитуючих нейтрофілів – $68,0 \pm 6,3\%$, а фагоцитарне число – $8,0 \pm 2,5$ шт. ($p < 0,05$). В динаміці менструального циклу зміна фагоцитарної активності нейтрофілів відбувається виключно за рахунок нейтрофілів-кілерів, що активуються в НСТ-тесті, доля їх збільшується від $32,0 \pm 3,6\%$ до $46,0 \pm 4,1\%$ ($p < 0,01$), причому доля нейтрофілів-кейджерів практично не змінюється протягом менструального циклу і в середньому складає $42,0 \pm 5,4\%$ ($p < 0,5$).

Виявлені закономірності можуть забезпечувати компенсаторне превентивне посилення імунного захисту організму жінок в періоди, коли функціонально-адаптивні можливості організму знижені.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ПРОЛАКТИНУ З ПЕРЕБІГОМ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова, С. А. Перекрестов, І. Г. Герасимов

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Відомо, що пролактин є чинником, стимулюючим клітинну проліферацію, при цьому порушення проліферації передує розвитку раку шийки матки.

Метою нашого дослідження було вивчення вмісту пролактину в сироватці крові у пацієнток репродуктивного віку з уrogenітальною папіломавірусною інфекцією. Об'єктом дослідження стали 17 жінок з персистуючим перебігом папіломавірусної інфекції (I група), 11 жінок з транзиторним перебігом папіломавірусної інфекції (II група) і 15 умовно здорових жінок (III група). Обстежені пацієнтки не отримували лікарських препаратів, що впливають на рівень пролактину в крові. Забір крові проводився у II фазу менструального циклу. Аналіз отриманих результатів показав, що середній рівень пролактину в сироватці крові пацієнток I групи достовірно вище ($635,6 \pm 18,9$ мМЕ/мл), ніж в II групі ($401,7 \pm 20,1$ мМЕ/мл) і у здорових жінок ($204,7 \pm 20,9$ мМЕ/мл) ($p < 0,05$), причому як в I, так і в II групах найбільш високі показники пролактину сироватки крові реєструвалися у жінок з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією шийки матки. Але в I групі достовірних відмінностей між рівнем пролактину у пацієнток з інтраепітеліальною неоплазією і без патології шийки матки не відмічено. У пацієнток II групи виявлено достовірні відмінності середнього рівня пролактину у жінок з супутньою інтраепітеліальною неоплазією шийки матки і без неї.

Отримані дані дозволяють констатувати, що гіперпролактинемія є чинником, супутнім персистенції папіломавірусної інфекції, а їх поєднання посилює потенційний ризик розвитку онкологічного процесу у жінок з папіломавірусною інфекцією.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СУБПОПУЛЯЦІЙ НЕЙТРОФІЛІВ ПРИ ПАПІЛОМАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова, С. А. Перекрестов, І. Г. Герасимов

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Як раніше було доведено, існує дві субпопуляції нейтрофілів в периферійній крові людини. Клітини однієї з них – нейтрофіли-кілери, здатні до фагоцитозу *in situ*, і нейтрофіли-кейджери, що поглинають чужерідні частки з метою доставки їх у компетентні органи. Співвідношення нейтрофілів між субпопуляціями складає 40,0 і 60,0% відповідно.

Метою цього дослідження було вивчення співвідношення субпопуляцій нейтрофілів при інфікуванні жінок вірусом папіломи людини. Об'єктом дослідження були 10 жінок у віці 20-26 років з папіломавірусною інфекцією і 12 умовно здорових жінок від 19 до 25 років. Всім пацієнткам було проведено забір периферійної крові в I фазу менструального циклу. За допомогою НСТ-тесту визначали долю фагоцитуючих нейтрофілів і фагоцитарне число. В результаті дослідження у жінок з папіломавірусною інфекцією фагоцитарна активність нейтрофілів зросла до $96,0 \pm 8,4\%$, тоді як в контрольній групі – $68,0 \pm 6,3\%$, а фагоцитарне число у інфікованих – $12,0 \pm 2,6$ шт., винятково за рахунок активованих в НСТ-тесті нейтрофілів-кілерів, доля яких зростає від $32,0 \pm 3,6\%$ до $66,0 \pm 6,2\%$, в контрольній – $8,0 \pm 2,5$ шт. ($p < 0,01$). При цьому доля нейтрофілів-кейджерів не відрізняється від контролю, складаючи $44,0 \pm 5,6\%$ і $42,0 \pm 5,4\%$ відповідно ($p < 0,5$).

Таким чином, при папіломавірусній інфекції відбувається збільшення фагоцитарної активності нейтрофілів за рахунок активації нейтрофілів-кейджерів.

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРСИСТУЮЧОЇ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова, С. А. Перекрестов, І. Г. Герасимов

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Лікування та профілактика папіломавірусної інфекції залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Відповідно до завдань дослідження для елімінації вірусу папіломи людини і профілактики його персистенції в урогенітальному тракті хворих, був застосований алокін-альфа. Діючою речовиною препарату є цитокіноподібний пептид алоферон, що володіє антивірусною, вираженою імунорегулюючою і протипухлинною активністю, що обумовлено виборчим пригніченням експресії онкогена E7 вірусу та істотно знижує імуносупресивні функції вірусу папіломи людини. Ефективність застосування алокіна-альфа для профілактики персистенції вірусу папіломи людини оцінювалася при його призначенні 26 хворим жінкам з персистуючим перебігом урогенітальної папіломавірусної інфекції. Критеріями ефективності були елімінація папіломавірусу високоонкогенного ризику зі слизової оболонки цервікального каналу і зникнення маркерів реплікації вірусу в імунно-ферментному аналізі (онкобілка E7). Термін диспансерного спостереження склав від 12 до 18 місяців. Алокін-альфа призначався за традиційною схемою (6 ін'єкцій) в поєднанні з деструктивними методами. Сумарна ефективність по етіологічній санації папіломавірусної інфекції шийки матки протягом трьох місяців була досягнута у 24 пацієнтів (92,3% випадків).

Таким чином, результати дослідження свідчать про ефективне застосування алокіна-альфа з метою елімінації та профілактики персистенції вірусу папіломи людини високого онкогенного ризику, зниження онкобілка E7 цього вірусу, високий рівень якого створює умови для потенційного онкогенезу.

РОЛЬ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В РЕФОРМИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова, С. А. Перекрестов, И. Г. Герасимов

Научно-исследовательский институт медицинских проблем семьи Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, г. Донецк.

Важнейшей задачей здравоохранения является обеспечение права гражданина на квалифицированное медицинское обслуживание, независимо от его социального положения и места жительства. Однако существующая система подготовки специалистов и оказания медицинской помощи является высокочрезвычайно затратной, трудоемкой и, зачастую, не учитывает актуальные проблемы текущих периодов.

Несмотря на опыт в обучении кадров в зарубежных странах, внедрение новых технологий, как для обучения, так и для консультирования специалистов, пока используется не в полном объеме. В 2010 году специалистами НИИ медицинских проблем семьи при поддержке Geolik Farm Marketing Group (Украина) для решения актуальных медицинских проблем, в том числе диагностики, лечения и профилактики папилломавирусной инфекции, создан тренинговый, лечебно-консультативный центр телемедицины. Он позволил унифицировать процесс обучения специалистов, минимизировать затраты как для врачей, так и для пациентов для принятия решений, используя системный целевой подход. Непрерывно базе центра проходят международные конференции с привлечением врачей различных специальностей, а также международный обучающий лапароскопический курс. Различные платформы телемедицины позволяют унифицировать и оптимизировать процесс лечения, при котором решение по каждому конкретному случаю принимается экс-консилиумом. Центр телемедицины дал возможность сохранять персональные данные на современном уровне, как обучающихся врачей, так и консультируемых пациентов, стал моделью ведения электронного документооборота в условиях медицинского учреждения.

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

А. А. Шевченко, А. В. Жарких, А. Д. Кириллюк

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье.

Еще в 1916 году Эдвин Крейгин в своем выступлении перед Нью-Йоркским медицинским обществом изрек знаменитую заповедь: после кесарева сечения (КС) – всегда только кесарево сечение («Once a Caesarean always a Caesarean»). В годы, когда такие операции были редкостью и производились через классический доступ, при последующих самостоятельных родах риск разрыва матки с опасным для жизни кровотечением был порядка 12,0%.

Возрастающая либерализация показаний к КС, в основном в интересах плода, и неуклонный рост частоты этой операции в последние годы выдвигают одну из самых актуальных в акушерстве проблем – родоразрешение беременных с рубцом на матке – на одно из первых мест и ставят перед современным акушерством новую проблему – оптимизацию ведения беременности и родов у женщин с оперированной маткой (Л.М. Комиссарова и соавт., 2006; О.Г. Пекарев и соавт., 2007; В.Е. Радзинский и соавт., 2007).

По данным Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян (2007), за последние 15-20 лет наметился рост частоты кесарева сечения во всем мире в несколько раз.

В настоящее время рубец на матке имеется у 4,0-8,0% беременных и рожениц (А.Н. Стрижаков и М.А. Пасынков, 1989; О.Г. Пекарев и соавт., 2007; У.М. Andersen, 1984; А.И. Schneider и соавт., 1986). По данным многих авторов (Г.М. Савельева и соавт., 1989; В.И. Краснопольский и соавт., 1989; В.И. Кулаков и соавт., 1989; Э.К. Айламазян, 2002; Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян, 2007), каждое пятое и даже третье кесарево сечение является повторным.

В связи с неполноценностью рубца на матке только в плановом порядке подвергается повторному кесареву сечению около 40,0-50,0% беременных. Всего же посредством этой операции родоразрешается от 55,0 до 85,0% женщин с рубцом на матке.

В связи с тем, что около 20 процентов всех родов в развитых странах заканчивается операцией кесарева сечения, ведение таких женщин при последующих беременностях становится весьма актуальной проблемой. Учитывая, что профилактика, сохранение и укрепление здоровья населения, возрастная структура которого стабильно смещается в сторону старения, уменьшение числа детского населения и людей фертильного возраста является важнейшим стратегическим направлением социальной политики государства. Таким образом, вопрос ведения беременности и родов после кесарева сечения приобретает особую актуальность (Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян, 2007).

Совершенствование ведения родов через естественные родовые пути с использованием современных следящих систем при наличии рубца на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте является существенным резервом снижения частоты кесарева сечения и, по данным литературы, составляет 30,0-80,0%.

Большое значение в прогнозе предстоящих родов после кесарева сечения имеет объективная оценка рубца ещё до наступления повторной беременности. Существующие в настоящее время исследования, несмотря на высокую достоверность (клинические и лабораторные данные, гистерография, ультразвуковое исследование (УЗИ), гистероскопия), не лишены недостатков и не дают качественной характеристики рубца.

В связи с вышесказанным, необходимость дальнейшей разработки, оптимизации и внедрения в широкую практику эффективной системы ведения беременности и родов после КС, включающей в себя обеспечение полного клинического обследования, не вызывает сомнений.

Начиная с 2008 года, в родильном доме №5 г. Запорожья постепенно внедряется опыт проведения вагинальных родов у женщин с рубцом на матке (Vaginal birth after cesarean – VBAC) и есть опыт проведения 70 таких родов. Проанализированные особенности VBAC в нашем родильном доме показали, что роды в головном предлежании имели место в 67 случаях (95,7%), в одном – роды в тазовом (1,4%), в двух случаях – двойней. Средний возраст женщин составил 27 лет. По сроку беременности и родов в 58 случаях (82,9%) последние были срочными, а в 12 (17,1%) – преждевременными. В 55 случаях (78,5%) промежутки между КС составили 2-9 лет, в одном случае – 1 год, 12 женщин рожали с интервалом более 10 лет. Толщина рубцов на матке, по результатам УЗИ, составила в среднем 4,2 мм. 97,0% родов длились до 12 часов, 1,4% – более 12 часов. Безводный период в среднем составил 10,4 часа, с учетом того, что в одном случае он длился 210 часов 15 минут.

Кровопотеря в родах составила от 100 до 400 мл. Случаев дефектов последа не было. В 2 случаях проводилось ручное обследование полости матки в связи с гипотонией.

Из осложнений в родах мы выявили такие, как дородовое излитие околоплодных вод (4,3%), преэклампсия легкой степени тяжести на фоне гипертонической болезни – 1,4%, разрыв промежности 2 степени, разрыв влагалища – по 1,4%, слабость родовой деятельности – 1,3%. Осложнений в послеродовом периоде не было. Выписка женщин и детей происходила на 4 сутки.

Всего родилось 72 ребенка. Оценка детей по шкале Апгар 7-10 баллов – у 81,0% новорожденных. Масса их при рождении была в пределах 3000-4000 г – у 44, более 4000 г было у 3 (4,5%). 96,0% новорожденных по состоянию здоровья матери и своего нахождения на совместном пребывании.

По данным исследования Е.В. Болвачева (2007), И.О. Макарова (2007) было доказано, что у детей, рожденных путем повторного КС, отмечаются признаки морфофункциональной незрелости плода, у 22,0% – признаки асфиксии. Кроме того у них в 5 раз чаще наблюдались синдром задержки фетальной жидкости, отечный и желтушный синдром, неврологические расстройства, а общая заболеваемость таких детей достигает 30,0-35,0%.

Как показали наши исследования, вышеперечисленные осложнения у новорожденных мы не наблюдали.

Учитывая все вышесказанное, необходимо отметить, что ни один рубец на матке не может считаться абсолютно полноценным, поэтому никогда нельзя быть твердо уверенным в конечном благоприятном исходе родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке ни для матери, ни для ребенка. Однако в современном акушерстве только наличие рубца на матке не может являться абсолютным показанием к повторному абдоминальному родоразрешению.

Успешное окончание родов зависит от тщательного отбора беременных с рубцом на матке после КС для проведения вагинальных родов.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ

О. А. Щерба, В. О. Бенюк, Т. Р. Никонюк, А. В. Атамась, С. В. Бенюк

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.

У сироватці крові у понад 73% дорослого населення визначаються антитіла до вірусу простого герпесу 2 типу (ВПГ-2), який викликає розвиток генітального герпесу (ГГ). Він все життя персистує в організмі людини і в третині випадків має рецидивуючий характер, призводячи у жінок до переривання вагітності, вторинного непліддя, передчасних пологів, інфікування й затримки внутрішньоутробного розвитку плода, плацентарної недостатності. На сьогоднішній день немає раціональних методів лікування, що дозволяють елімінувати ВПГ із організму людини. Тактику лікування визначають частота й ступінь важкості загострень, наявність психосоціальних проблем, ризик передачі інфекції статевому партнеру. Все це є підґрунтям для проведення більш поглиблених досліджень у даному напрямку.

Мета роботи – оцінка ефективності комплексу противірусної терапії у жінок з рецидивуючим генітальним герпесом.

Під спостереженням перебувало 46 жінок фертильного віку з рецидивуючим генітальним герпесом (РГГ). Верифікація діагнозу проводилась на підставі характерних скарг і клініко-лабораторного обстеження. У контрольну групу увійшло 30 гінекологічно здорових жінок. Досліджувані основної і контрольної груп були репрезентативні за віком і даними акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезів.

З метою лікування гострих проявів ГГ й профілактики можливих рецидивів 26 хворим (I основна група) була проведена противірусна терапія в епізодичному режимі із застосуванням препарату ацикловір – таблетки по 200 мг п'ять разів на добу усередину протягом 5 днів. Для корекції імунного стану жінок з рецидивуючим ГГ до складу комплексної терапії було включено імуномодулятор лавомакс – таблетки по 125 мг протягом 2 діб, потім по 125 мг через 48 годин один раз на добу після їжі протягом 4 тижнів.

Для лікування місцевих проявів генітального герпесу до комплексної терапії жінкам I основної групи було включено препарат протекфлазид. До складу препарату входять флавоноїди диких злаків *Calamagrostis epigeios L.* і *Deschampsia caespitosa L.*, здатні пригнічувати ДНК-полімеразу та тимідинкіназу в інфікованих вірусом клітинах, що призводить до припинення реплікації ДНК вірусу. Крім того, він покращує неспецифічну резистентність організму до вірусів, підвищуючи рівень ендогенного інтерферону. Протекфлазид було призначено у вигляді вагінальних тампонів – по 3 мл (72-75 крапель) препарату, розведеному в 20 мл фізіологічного розчину. Приготовлений розчин вводили в піхву на марлевому тампоні двічі на добу протягом 14 днів.

Групу порівняння складало 20 жінок із РГГ (II основна група), яким проводилась монотерапія з використанням препарату ацикловір – таблетки по 200 мг п'ять разів на добу усередину протягом 5 днів.

Оцінка ефективності терапії проводилась через 1, 3 і 6 місяців.

Протягом лікування пацієнтки знаходились під динамічним спостереженням. У всіх жінок основних груп на тлі противірусної терапії спостерігалось достовірне зниження титрів специфічних імуноглобулінів, за даними імуноферментного аналізу, вже через місяць після завершення курсу лікування. В II основній групі на тлі застосування препарату ацикловір в епізодичному режимі рецидиви знизились на 11%, у той час як використання комплексної терапії із застосуванням ацикловіру, лавомаксу й протекфлазиду за запропонованою методикою дозволило знизити рецидиви ГГ на 21%. У хворих I основної групи клінічні прояви рецидивів були менш вираженими порівняно з II групою спостереження. Епітелізація ерозій після розривів пухирців в II групі наступала в середньому на 7-8 добу, а в I основній групі – на 5-6 добу.

Показники імунного стану після 6 місяців лікування за запропонованою схемою у пацієнток I основної групи досягли верхньої межі здорових жінок, тоді як в II основній групі кількість лімфоцитів, рівень IgM і IgG залишалися підвищеними.

Застосування комплексної противірусної терапії в поєднанні з імуномодулюючими препаратами лавомакс та місцево протекфлазиду мало виражений терапевтичний ефект, що проявлялось в підвищенні показників активності фагоцитозу й стимульованого НСТ-тесту, у зменшенні рівня лізоциму в сироватці крові, а також нормалізації показників місцевого імунітету – зменшенням вмісту IgM, IgG і збільшенням рівня лізоциму в цервікальному слизі обстежуваних I основної групи.

Нормалізація мікрофлори піхви в I основній групі відзначилась у 89% обстежуваних, тоді як при лікуванні препаратом ацикловір у вигляді монотерапії – у 61% жінок II групи.

Таким чином, як показали проведені дослідження, використання противірусної терапії, яка застосовувалась в дослідженні, забезпечує гальмування герпесвірусної інфекції, попереджує рецидиви, скорочує їхню тривалість, покращує загальний стан організму обстежуваних жінок і нормалізує показники імунного стану. Однак при проведенні комплексної терапії з використанням противірусного препарату ацикловір, імуномодулятора лавомакс у поєднанні з місцевим противірусним і імуномодулюючим препаратом рослинного походження протекфлазид отримано більш перспективні результати: практично в 2 рази зменшилась частота рецидивів та скоротився період реепітелізації, збільшилась тривалість ремісії. Варто підкреслити, що в результаті проведеного лікування відзначена досить гарна переносимість препаратів, не зареєстровані відхилення від норми в гематологічних і біохімічних показниках.

СУПУТНЯ ГІНЕКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ У ЛАПАРОСКОПІЧНО ПРООПЕРОВАНИХ ХВОРИХ З АНОМАЛІЯМИ РОЗВИТКУ МАТКИ

Т. П. Яремчук, І. А. Біль, М. М. Мороз, Н. Є. Марченко, Ю. М. Петришин

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівський обласний клінічний перинатальний центр, м. Львів.

Аномалії розвитку матки є частою причиною первинної неплідності, невиношування вагітності та інших акушерських ускладнень. Тому велике практичне значення має визначення супутньої гінекологічної патології у таких хворих, так як вона суттєво може впливати на стан їх репродуктивного здоров'я.

Ми визначили особливості супутньої гінекологічної патології у жінок з аномаліями розвитку матки, які були прооперовані лапароскопічно в 2005-2011 роках в II гінекологічному відділенні ЛОКПЦ. Загальну групу хворих склали 28 жінок з середнім віком $26,39 \pm 0,92$ років. I підгрупу склали 20 хворих із аномаліями розмірів матки з середнім віком $26,45 \pm 1,05$ років, що становило 71,43%. У 85,00% хворих діагностовано гіпоплазію матки I ступеня, в 15,00% – II ступеня. II підгрупу склали 8 хворих з аномаліями форми матки з середнім віком $26,25 \pm 2,00$ років. В 3,57% випадків виявлено uterus didelphus, в 10,71% – сідловидну матку, у 3,57% – синдром Моріса, у 7,14% – синдром Рокітанського-Кюстнера-Майера, у 3,57% – агенезію матки. Причиною звернення в 10,71% випадків була I аменорея, в 92,86% – первинна неплідність.

Хворим проведено хірургічне лікування лапароскопічним методом залежно від вади розвитку та діагностованої супутньої гінекологічної патології. У жінок з аномаліями розвитку матки було виявлено наступну патологію геніталій: фіброміому матки діагностовано в 3,57% випадків, в II підгрупі це складало 12,50%. Кісти яєчників діагностовані в 7,14% хворих, тільки в I підгрупі це складало 10,00%. Фіброми обох яєчників було виявлено в 3,57%, тільки в II підгрупі це складало 12,50%. Полікістозні яєчники виявлено в 21,43% випадків, спостерігалися тільки в I підгрупі – 30,00%.

Гіпоплазія яєчників складала 7,14% та спостерігалася у жінок з гіпоплазіями матки з частотою 10,00%. Гіпоплазію маткових труб виявлено у 3,57% випадків, також спостерігалася в I підгрупі хворих з частотою 5,00%. Гіпоплазія шийки матки складала 3,57% випадків та спостерігалася у хворої з сідловидною маткою, що складало 12,50%.

Зростовий процес органів малого тазу діагностовано в 39,29% випадків: I ст. – в 21,74% хворих, II ст. – у 7,14%, III ст. – в 10,71% хворих. В підгрупах хворих зростовий процес I ст. виявлено відповідно у 25,00% та 12,50%, II ст. – у 10,00% хворих з гіпоплазіями матки, III ст. – у 15,00% хворих також I підгрупи. Сактосальпінкси діагностовано у 25,00% хворих, в I підгрупі – у 25,00%, в II підгрупі – також у 25,00% випадків. Синдром Аллена-Мастерса діагностовано у 3,57% хворих – у 5,00% I підгрупи.

Проведені дослідження показали, що супутня гінекологічна патологія у хворих з аномаліями розвитку матки існує в 100,00% випадків. Найчастіше спостерігається зростовий процес малого тазу I-III ст. – у 39,29% випадків, сактосальпінкси – у 25,00% хворих, зовнішній генітальний ендометріоз – в 21,43% випадків, полікістозні яєчники – у 21,43% хворих, пухлини яєчників – у 10,71% хворих. При цьому неплідність у хворих II підгрупи та інші гінекологічні порушення були викликані аномаліями розвитку матки, а в I підгрупі – супутньою гінекологічною патологією. Останнє свідчить про доцільність активної діагностичної тактики щодо проведення лапароскопії у неплідних жінок з аномаліями розвитку матки.