

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА,
ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТОЛОГІЇ»**

18-20 травня 2011 року, м. Судак

АНТЕНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ

І. Р. Вардзаль, В. І. Пирогова, М. Й. Малачинська

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

Безсимптомна бактеріурія (ББ), яка діагностується при значній колонізації сечовидільного тракту бактеріями ($>10^5$ КУО/мл), виявляється майже у 5% вагітних. За відсутності виявлення і лікування ББ більш ніж у третини вагітних впродовж періоду гестації виникають клінічні прояви захворювання, в першу чергу, гострого пієлонефриту, що сприяє розвитку акушерської та перинатальної патології.

Під спостереженням перебувало 40 вагітних у 16-19 тижнів гестації з ББ, які отримували базисну антибіотикотерапію протягом 5 діб і фітопрепарати (КренМакс, Канефрон) протягом 30 днів. Контрольну групу склали 20 вагітних з ББ у аналогічні терміни гестації, які отримували тільки антибіотикотерапію згідно існуючих рекомендацій. Вік пацієнток коливався від 18 до 35 років. Стан фетоплацентарного комплексу оцінювали шляхом проведення ультразвукової фетометрії і плацентометрії, непрямой кардіотокографії, визначення біофізичного профілю плода за методикою Vintzileos A. і співавт. (1987). У посівах сечі на флору найчастіше висівалася кишкова паличка (43,3%), епідермальний стафілокок (21,1%), протей (6,7%). У 28,3% випадків були виділені мікробні асоціації, представлені поєднанням кишкової палички, епідермального стафілококу, ентерококів і протей. На тлі комплексного лікування, доповненого фітотерапією, невиношування вагітності спостерігалось у 2,3 рази рідше, ніж у вагітних контрольної групи, а анемія вагітних зустрічалась відповідно у 1,8 разів рідше. Загальна частота ускладнень пологів і народження маловісних дітей з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів у пацієнток основної групи була нижчою на 30,0% порівняно із контрольною групою.

ПРИМЕНЕНИЕ ТУГИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ПУБЕРТАТНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

И. Б. Вовк, В. Ф. Петербургская

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев.

Пубертатные маточные кровотечения (ПМК) или маточные кровотечения пубертатного периода до настоящего времени являются одной из наиболее частых и тяжелых форм нарушения менструальной функции. Основной причиной возникновения ПМК является нарушение нейро-эндокринной регуляции менструального цикла вследствие возрастной неполноценности регулирующего воздействия гипоталамо-гипофизарной системы на фоне функциональной незрелости нервно-рецепторного аппарата как яичников, так и матки. В настоящее время для лечения ПМК у подростков общепринятым является назначение симптоматической утеротонической и гемостатической терапии, применение которой в периоде полового созревания является предпочтительнее. Эффективность такой терапии не превышает 50-55% случаев, что вынуждает назначать подросткам с гемостатической целью гормональные гестагенные или эстроген-гестагенные препараты. Поэтому внедрение в практику гинекологии детского и подросткового возраста новых эффективных препаратов, позволяющих ограничить применение для терапии расстройств менструальной функции у девушек в периоде становления репродуктивной системы стероидных гормонов, является важной медицинской задачей.

С этой целью нами при лечении больных с ПМК при компенсированном состоянии юных пациенток на первом этапе терапии наряду с традиционным назначением утеротоников (внутривенное капельное введение 1,0 мл Окситоцина) назначался гемостатический препарат, ингибирующий фибринолиз – Тугина (действующее вещество – транексамовая кислота). Применение данного препарата обусловлено имеющимися в литературе данными о напряжении основных звеньев системы гемостаза для остановки маточного кровотечения, так как вследствие неполноценной секреторной трансформации эндометрия отторжение слизистой происходит неравномерно, что усиливает внутриматочный фибринолиз. В свою очередь, многоцентровыми, двойными слепыми рандомизированными исследованиями доказана эффективность применения транексамовой кислоты для лечения патологических меноррагий. Тугина, как ингибитор фибринолиза, конкурентно ингибирует активацию плазминогена, уменьшает превращение его в плазмин, при этом интенсивность кровотечения у пациенток снижается, достигается гемостаз, без изменения реологических свойств крови. Тугина назначалась нами 30 больным в возрасте 12-14 лет, поступивших в клиническое отделение с жалобами на дисфункциональные кровянистые выделения из половых путей в течение 2-3 недель, внутривенно капельно, медленно, в дозе 10 мг/кг массы тела, в течение 5 дней. У всех пациенток отсутствовали ультразвуковые признаки гиперплазии эндометрия и выраженные изменения в системе гемостаза. Полная остановка кровотечения у 26 больных отмечалась

в течение 4-5 суток, остальным 4-м больным в дальнейшем, в связи с продолжающимися кровянистыми выделениями с целью гемостаза назначались гормональные препараты. При этом, у всех 30 пациенток отмечалось уменьшение интенсивности кровопотери уже в течение первых двух суток от начала лечения препаратом Тугина. Побочных эффектов от лечения нами отмечено не было. При наличии анемии больным назначались железосодержащие препараты в возрастных дозировках. После достижения гемостаза всем больным с ПМК в течение не менее 3-х месяцев проводилось негормональное или гормональное лечение, направленное на предотвращение возникновения маточных кровотечений и нормализацию менструального цикла.

Таким образом, применение препарата Тугина дает возможность добиться остановки кровотечения у больных с ПМК, тем самым позволяет более эффективно проводить негормональную симптоматическую гемостатическую терапию у девушек-подростков, что является более предпочтительным для лечения нарушений менструальной функции у юных пациенток в периоде полового созревания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВПЧ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Н. Н. Волошина, А. А. Ковалев, Т. П. Кузнецова, Н. А. Волошин, Ж. Н. Макарова

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье.

Основным этиологическим фактором возникновения цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН) и рака шейки матки (РШМ) является вирус папилломы человека (ВПЧ). Злокачественная трансформация многослойного плоского эпителия наблюдается почти у 30-40% больных с ЦИН, в связи с чем, своевременная диагностика и адекватное лечение предопухолевых заболеваний являются актуальными для профилактики и снижения частоты инвазивного рака шейки матки. Знания о наличии даже минимального количества ДНК ВПЧ, выявленного методом ПЦР в качественном исполнении, сегодня уже не удовлетворяют клиническую практику. Только количественное определение вирусной нагрузки в эпителии шейки матки может служить прогностическим критерием развития ЦИН. Как показали длительные наблюдения за пациентами с ЦИН, традиционно используемые методы лечения патологии шейки матки (крио-, лазеро-, радиоволновая деструкция) без проведения противовирусной терапии недостаточно эффективны. Значительное число современных подходов к лечению папилломавирусной инфекции (ПВИ) ставит задачу выработать методы торможения экспрессии ВПЧ на разных стадиях. Неудачи методов локальной деструкции и рецидивы ПВИ, а также тот факт, что иммунодефициты являются постоянными элементами вирусных инфекций, которые влияют на тяжесть течения и исход заболевания, доказывают целесообразность иммунотерапии (Роговская С.И., 2008).

Индуктор интерферонов Лавомакс (активное вещество – тилорон) включает быстродействующее звено естественного иммунитета – систему интерферонов, активизирует клеточные иммунные механизмы, которые в совокупности прерывают размножение вирусов и других внутриклеточных агентов в инфицированных клетках или вызывают гибель и способствуют элиминации вируса.

Цель исследования – изучить вирусную нагрузку при комплексном лечении цервикальной патологии с использованием препарата Лавомакс.

Проведено обследование 32 женщин с ЦИН, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 15 больных, которым проведено только деструктивное лечение в различных центрах города Запорожье, и при контрольном обследовании после лечения выявлен ВПЧ. Во второй группе 17 пациенткам с ЦИН и ВПЧ на первом этапе лечения назначали Лавомакс 125 мг в сутки в течение первых двух дней ежедневно, далее через день, на курс 1,25 г (10 дней). После первого этапа проводилось крио- или радиоволновое лечение. У пациенток обеих групп через шесть месяцев после деструктивного лечения проведен качественный и количественный анализ на присутствие ВПЧ высокого онкориска при помощи мультипраймерной ПЦР тест-системы «Амплиценс ВПЧ ВКР скрин-титр FRT». Количественные результаты обрабатывали методом корреляционной статистики.

Все пациентки были комплексно обследованы с применением общеклинического, цитологического, кольпоскопического исследования. Средний возраст пациенток 1-й группы $27,0 \pm 2,5$ лет, 2-й группы $28,0 \pm 1,9$ лет. Степень тяжести ЦИН в обеих группах была сопоставимой. Пациентки первой группы были ранее пролечены только деструктивными методами. Пациентки второй группы на первом этапе лечения получали Лавомакс 125 мг в сутки по представленной выше схеме, а на втором этапе им проводилось деструктивное лечение. Через 6 месяцев после проведенного лечения всем пациенткам проведено кольпоскопическое, цитологическое и ПЦР исследование.

Через 6 місяців після проведеного лікування при цитологічному дослідженні у 10 (66,7%) пацієнток 1-ї групи і у 3 (17,6%) – другої виявлені ознаки LSIL і койлоцити, які є маркерами ПВІ. Якісна ПЦР діагностика ВПЧ дала позитивний результат у 9 (60,0%) пацієнток першої і у 5 (29,4%) – другої групи. Кількісне визначення ВПЧ виявило клінічно значимі вірусні навантаження (більше 3 Іг) у 5 (33,3%) пацієнток першої групи і у 1-ї (5,8%) – во другої групі. У решти пацієнток виявлена клінічно незначима навантаження (менше 3 Іг).

Таким чином, комплексне лікування ЦИН з використанням Лавомакса значно покращує результати лікування ЦИН. Кількісне визначення ВПЧ підвищує специфічність дослідження при високій чутливості тесту.

ВПЛИВ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖІНОК НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

Н. І. Генік, Н. В. Якимчук

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

Важливим етапом становлення материнства є період вагітності. Цей період супроводжується змінами самосвідомості жінки, спрямованими на прийняття нової соціальної ролі, формування почуття прихильності до дитини. Виділяють різноманітні типи переживання вагітності. Згідно класифікації Г.Г. Філіпової, виділяють шість варіантів стилів фізичних та емоційних переживань у момент ідентифікації вагітності.

З метою вивчення впливу різних типів переживання вагітності на її перебіг обстежено 60 жінок першого триместру вагітності, з них 28 – першородячих та 32 – повторнородячих. Середній вік – 23,4 роки. Типи переживання вагітності встановлювали за допомогою «Опитувальник Спілбергера-Ханіна».

Встановлено низький, середній та високий рівні особистісної й ситуативної тривожності. Найвищим рівень ситуативної тривожності був у жінок, що народжували вперше, відповідно 75,0% – у першородячих, навпроти, 14,0% – у повторнородячих. У першородячих викликають занепокоєння, насамперед, зміни, що відбуваються в її організмі, новина про вагітність, зміна стилю життя, усвідомлення, що вагітна.

У повторнородячих відмічається низький рівень ситуативної тривожності (58,0% проти 10,0% у першородячих), оскільки усвідомлюють зміну стилю життя, пов'язану із вагітністю. Проте, відмічається середній рівень тривожності, що пов'язано із тривогою за інших дітей.

Отже, вагітність є чинником, який зумовлює підвищення ситуативної тривожності, який є найвищим у першородячих жінок.

АНАЛІЗ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Н. М. Гичка, В. І. Пирогова

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

Понад 60% перинатальної патології виникає у антенатальний період, при цьому причиною розвитку її у більшості випадків є плацентарна недостатність (ПН). Мультифакторна природа патології, існування різних морфологічних і клінічних форм хронічної недостатності плаценти мали би бути в основі тактики ведення вагітних.

Проведено багатофакторний аналіз 215 обмінних карт та історій пологів жінок із статистично зафіксованим діагнозом – плацентарна недостатність. Оцінці піддавались повнота і ретельність збору анамнезу, оцінка скарг вагітних в динаміці спостереження на амбулаторному етапі, відповідність часу встановлення діагнозу зафіксованим в медичній документації відхиленням у перебігу вагітності, подальша діагностично-лікувальна тактика і тактика розродження.

Встановлено, що ігнорування мультифакторного генезу патології зумовлює відсутність профілактичних та лікувальних заходів, недооцінка прямих і дотичних методів діагностики ПН призводить до пізнього встановлення діагнозу і, як наслідок, до зростання частоти антенатальної загибелі плода і розродження вагітних у терміни, які вимагають значних матеріальних і моральних витрат як системи охорони здоров'я, так і родини.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

В. Я. Голота, В. А. Половинка

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев.

Среди мероприятий по антенатальной охране плода и профилактике перинатальной смертности особое место занимает операция кесарева сечения. До настоящего времени самой сложной и ответственной в акушерстве остается данная операция, и сегодня она производится довольно часто. А в настоящее время показаниями к проведению операции кесарева сечения являются показания как со стороны матери, так и со стороны плода. Следует отметить, что из года в год увеличивается частота данных операций как по родовспомогательным учреждениям, так и по стране в целом.

Несмотря на увеличение частоты операции кесарева сечения, существенного снижения перинатальной смертности не произошло.

Рост частоты кесарева сечения объясняется необходимостью снижения акушерского травматизма, особенно при тазовом предлежании плода, большой массе плода, гестозах, преждевременных родах и многоплодии.

Таблица

Частота операций кесарева сечения в период с 2005 по 2010 гг.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Количество родов	2700	3306	3775	4416	4031	3824
Норма	1246 46,2%	1820 55,0%	2183 57,8%	2446 55,4%	2198 54,5%	1972 51,6%
Количество кесаревых сечений	559 20,7%	636 19,2%	792 21,0%	927 20,8%	852 21,0%	949 24,8%
Патология	1454 53,8%	1486 45,0%	1592 42,2%	1970 44,6%	1853 45,5%	1852 43,4%

Как видно из приведенной таблицы, в клиническом родильном доме количество родов из года в год увеличивается. Возрастает и частота кесарева сечения. Из представленной таблицы виден рост количества операций кесарева сечения с 20,7% случаев в 2005 году до 24,8% случаев в 2010 году.

Причинами со стороны матери, приводящими к операции кесарева сечения были следующие:

- анатомически узкий таз – 15 (0,32%);
- клинически узкий таз – 144 (3,05%);
- аномалии родовой деятельности – 242 (5,10%);
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 179 (3,80%);
- дистоция шейки матки – 12 (0,30%);
- рубец на матке – 281 (6,00%);
- тяжелый гестоз II половины беременности – 147 (3,10%);
- экстрагенитальная патология – 87 (1,80%);
- варикоз влагалища, наружных половых органов – 9 (0,20%);
- генитальный герпес – 10 (0,20%);
- центральное предлежание плаценты – 7 (0,14%);
- частичное предлежание плаценты – 5 (0,11%);
- угроза разрыва матки – 75 (1,60%);
- рубцовые изменения шейки матки и влагалища – 8 (0,17%);
- опухоли – 24 (0,50%);
- состояния после разрыва промежности III степени – 4 (0,08%).

Таким образом, анализируя данные исследования, видно, что наиболее частой причиной проведения операции кесарево сечение является рубец на матке (срабатывает афоризм: кесарево сечение однажды – кесарево сечение всегда), второе место занимают аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции. III место занимает клинически узкий таз. На IV место вышла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. На V месте – тяжелый гестоз II половины беременности, на VI – экстрагенитальная патология.

К другим показаниям со стороны матери, которые встречаются не часто, следует отнести:

- дистоция шейки матки;

- анатомически узкий таз;
- генитальный герпес;
- рубцовые изменения шейки матки и влагалища;
- варикоз влагалища;
- центральное предлежание плаценты.

Следует отметить, что в последнее время одно из ведущих мест среди показаний к операции кесарева сечения является дистресс плода (853 случая).

Продолжительность операции кесарева сечения зависит от квалификации хирурга. Наши данные свидетельствуют о том, что продолжительность операции до 60 минут встречается в 70,0% случаев, более часа соответственно в 30,0% случаев.

Можем говорить о том, что в 80,0% случаев плацента не посылается на гистологическое исследование, и только в 20,0% случаев проводится патогистология плаценты.

Кровопотеря при операции кесарева сечения продолжает оставаться значительной – от 600 до 800 мл крови составляет 79,8%, от 800 до 1000 мл – 17,0%.

С нашей точки зрения, значительная кровопотеря в момент операции кесарева сечения также обусловлена квалификацией хирурга. Несмотря на высокую частоту операций кесарева сечения по показаниям со стороны плода, оценка состояния новорожденного остается высокой. Поэтому, с нашей точки зрения, проведение операции кесарева сечения по поводу дистресса плода не всегда является обоснованным, поскольку оценка новорожденного по шкале Апгар выставляется высокой.

Нами установлено, что операция кесарева сечения, в основном, проводится в нижнематочном сегменте. В исключительных случаях проводится корпоральное кесарево сечение (9 случаев). В единичных случаях проведена операция кесарева сечения по Старку.

Осложнения в послеоперационном периоде до настоящего времени имеют место. К примеру, по Украине в 2009 году было 11 случаев перитонита, осложнившего послеоперационный период, что составляет 0,01 на 100 операций. А послеоперационная смертность по Украине – 32 случая, что составляет 0,04 на 100 операций. В 2010 году количество перитонитов в послеоперационном периоде было 4, что составляет 0,01 на 100 операций, и это, по-видимому, связано с уменьшением количества родов.

В заключение хотелось бы отметить, что на сегодняшний день операция кесарева сечения является наиболее частой в акушерской практике. Возможно ли снижение частоты операций кесарева сечения в настоящее время? На этот вопрос можно ответить отрицательно. С нашей точки зрения, снижение количества операций кесарева сечения следует считать мифом. Думается, что в последующие годы снижения частоты оперативного родоразрешения не будет.

ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ КОМБІНАЦІЄЮ ВАГІНАЛЬНОГО МІКРОНІЗОВАНОГО ПРОГЕСТЕРОНУ ТА ОРАЛЬНОГО ДІДРОГЕСТЕРОНУ В РЕПРОДУКТИВНІЙ ТА ПРЕНАТАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ

Л. В. Григорович

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ.

За даними МОЗ України, прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 35-40 тисяч ненароджених бажаних дітей, а кожний 12-ий шлюб визначається подружнім безпліддям. Актуальність проблеми безпліддя та невиношування вагітності зумовлена медичними і соціальними факторами, наслідки чого призводять до зниження народжуваності, впливає на фізичне і психічне здоров'я жінки, на стан сімейного благополуччя та її працездатність. Частота безпліддя в Україні залишається достатньо високою, а невиношування вагітності складає 25%, і близько чверті цих випадків є мимовільне звичне невиношування. За таких обставин особливого значення набувають питання лікування безпліддя, індукованої вагітності, невиношування вагітності, починаючи з I триместру. Імплантація ембріону не має успіху при відсутності синхронізації між ступенем розвитку ендометрію матки та ембріону. Ендометрій відноситься до числа тих рідких тканин, де імплантація неможлива, за виключенням місця наявності «вікна імплантації». Під впливом прогестерону ендометрій має структурні і молекулярні модифікації, які дозволяють ембріону імплантуватися в часі в «вікні імплантації». В лютеїновій фазі при її недостатності ендометрій не відповідає дню циклу, а «вікно імплантації» відсутнє. Поява піноподій абсолютно залежить від впливу прогестерону, тому корекція недостатності лютеїнової фази і її профілактика сприяє можливості збільшення частоти вагітності та її успішного прогресування. Розвиток піноподій і зменшення циліарних клітин в час можливого «вікна імплантації» відбувається під час максимального рівня

прогестерону, а недостатність його викликає морфофункціональний мозаїцизм, що потребує підтримки лютеїнової фази – переважно мікронізованим вагінальним прогестероном. З другого боку, для позитивної відповіді розвиваючої вагітності необхідно забезпечити імунологічний ефект для її збереження, підсилити токолітичні властивості за рахунок активації прогестеронових рецепторів в ендометрії, підвищити синтез прогестерон-індукованого блокуючого фактору (РАВФ), зниження рівня простагландинів в ендометрії та забезпечити оптимальні співвідношення запальних та протизапальних цитокинів. Таким препаратом являється дідрогестерон.

Метою дослідження є сполучне використання двох препаратів – піхвового мікронізованого прогестерону – Лютеїна (пігулки), та пігулкового орального дідрогестерону – Дуфастону, що вводиться двічі на добу.

Статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою пакету програми Statistica 6,0 фірми StatSoft. Кожна жінка пройшла бактеріологічне, біохімічне, цитологічне, гормональне, кольпоцитологічне, імунологічне та патогістологічне дослідження. За даними TV – УЗД в порожнині матки були відсутні гіперпластичні процеси, ендометріоз, уrogenітальні інфекції та грубі аномалії.

В наших дослідженнях та клінічній картині використовували призначення двох препаратів для лікування другої фази циклу та при загрозі переривання вагітності у I триместрі: у піхву – Лютеїна (вагінальні пігулки двічі на добу) та per os – пігулки Дуфастона двічі на день в комплексі з вітаміном Е та фолієвою кислотою. Контроль проводили за допомогою УЗД, базальної температури, кольпоцитології та рівня гормонів крові.

За таких обставин лікування недостатності лютеїнової фази (НЛФ) при ендокринному безплідді та питанні лікування невиношування вагітності в I та II триместрах проводили за допомогою застосування сполучення вагінального мікродозованого прогестерона (Лютеїна) та орального дідрогестерона (Дуфастона), що є ефективним для розвитку життєздатного плоду у жінок з НЛФ в анамнезі зі звичним викиднем, вилікуваним безпліддям і за умови настання вагітності внаслідок використання допоміжних репродуктивних технологій. Комбінація двох прогестеронактивних медикаментів різного рівня сприяє зменшенню дози кожного з них в процесі лікування та зменшення дії на процес утилізації їх в печінці, що мінімізує патологічні дії в процесі елімінації в гормонозалежних органах.

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

А. Л. Громова, М. В. Макаренко, А. М. Громова, Ю. М. Уваров

*Родильний дом №5, г. Київ; Полтавская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава;
ИМО НовГУ, г. Великий Новгород.*

Цель исследования: оценить сравнительную эффективность циклического и пролонгированного режима приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в лечении болевого синдрома у женщин с наружным генитальным эндометриозом.

138 женщин фертильного возраста с лапароскопически подтвержденным наружным генитальным эндометриозом и хроническим болевым синдромом были рандомизированы для пролонгированного (1 группа) и циклического (2 группа) режима приема КОК. В первой группе было 72 женщины, они получали Жанин (этинилэстрадиол 30 мкг + диенгест 2 мг) в режиме 63+7. Во второй группе было 66 женщин, которые получали Жанин в режиме 21+7. Основанием для проведения лапароскопии и последующего назначения лечения у всех пациенток был синдром хронических тазовых болей. Во время лапароскопии проводилась диагностика и хирургический этап лечения – иссечение и коагуляция перитонеальных очагов эндометриоза и/или эндометриоидных кист яичников. Гормональную терапию начинали с первого дня менструального цикла, следующего за оперативным вмешательством. Интенсивность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Оценка была проведена до оперативного лечения, перед началом гормональной терапии и через 3 и 6 месяцев после начала гормонотерапии. Так же оценивали длительность и интенсивность кровянистых выделений из половых путей. В исследование были включены пациентки с 2-3 стадией распространения эндометриоза по классификации FIGO, не заинтересованные в наступлении беременности. Группы были сравнимы по возрасту и стадии распространения процесса.

Приемлемость метода была хорошей в обеих группах больных, тем не менее из исследования досрочно были исключены 5 пациенток из первой группы и 4 из второй. Причиной досрочного прекращения приема послужили такие побочные эффекты как тошнота, головная боль и снижение libido, мажущие кровянистые выделения, у одной женщины – сильные боли в икроножных мышцах. Таким образом, завершили исследование 129 женщин (93,4%). Частота кровотечений за период наблюдения была достоверно меньшей у женщин, получавших пролонгированный режим, по сравнению с циклическим и составила $16,2 \pm 2,1$ и $24,3 \pm 1,7$ дней за 6 месяцев. Но у женщин первой группы это были незапланированные «прорывные» кровянистые

выделения, у женщин второй группы – преимущественно закономерная менструально-подобная реакция. Частота «кровомазанья» достоверно не отличалась у женщин обеих групп и составила 21,4±9,2 и 28,3±6,1 дней за 6 месяцев в первой и второй группах соответственно. Интенсивность болевого синдрома оценивали по следующим параметрам: максимально выраженная тазовая боль в течение менструального цикла, глубокая диспареуния и болезненность при гинекологическом исследовании. До проведения первого этапа лечения (лапароскопическое иссечение / коагуляция очагов эндометриоза) пациентки обеих групп оценивали интенсивность болей примерно одинаково: тазовые боли в течение менструального цикла 6,2±1,2 и 6,0±1,4 баллов по ВАШ в первой и второй группе соответственно; глубокая диспареуния 7,4±1,6 и 7,6±1,5 баллов; во время гинекологического исследования – 7,9±1,4 и 8,0±1,6 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 4,6±1,3 и 4,4±1,5 баллов в первой и второй группах больных соответственно, боли во время гинекологического исследования – 6,3±1,9 и 6,1±2,0 балла. На 3 месяце лечения пациентки обеих групп отмечали уменьшение всех видов болей – тазовой боли, глубокой диспареунии и боли во время гинекологического исследования. Так, тазовые боли пациентки первой группы оценили в 2,1±0,9 баллов, второй группы – 3,8±0,8; глубокую диспареунию – 3,8±1,4 и 5,3±1,3 балла соответственно, боль при гинекологическом исследовании – 4,1±1,3 и 5,2±1,4 балла. В этой промежуточной точке исследования наметилась тенденция к более значительному уменьшению болей у пациенток группы пролонгированного приема, но отличия не были статистически достоверными. К 6 месяцу исследования показатели интенсивности тазовой боли и глубокой диспареунии были достоверно меньшими у пациенток группы пролонгированного приема. Так, показатели тазовой боли у женщин первой группы составили 1,5±0,4 баллов, у женщин второй группы – 3,7±0,6; глубокой диспареунии – 2,4±0,7 и 5,1±0,6 баллов соответственно ($p < 0,05$). Показатели болезненности при гинекологическом исследовании также были меньше у женщин первой группы, но по данному параметру различия не были статистически достоверными.

Таким образом, пролонгированный прием Жанина в режиме 63/7 более эффективен для уменьшения тазовых болей и глубокой диспареунии у больных наружным генитальным эндометриозом, чем циклический 21/7.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Е. П. Дорогая, Л. П. Кузьмук

*Государственное учреждение «Научно-практический центр клинической и практической медицины»
Государственного управления делами; Главный военно-медицинский клинический центр
«Главный военный клинический госпиталь», г. Киев.*

В настоящее время поиск и внедрение новых методов лечения патологии шейки матки продолжает оставаться актуальным. Рак шейки матки занимает второе место в мире по распространенности среди онкологических заболеваний. Основным средством профилактики рака шейки матки является своевременная диагностика и лечение патологии шейки матки.

Цель исследования: выяснить эффективность применения радиохирургического метода при лечении доброкачественных заболеваний шейки матки.

Исследования осуществлялись методом радиоволновой хирургии шейки матки на аппарате «Сургитрон».

Под наблюдением находилось 50 пациенток в возрасте от 23 до 35 лет, у которых была выявлена фоновая доброкачественная патология эктоцервикса – у 33 (66%) – эктопия цилиндрического эпителия, у 8 (16%) – эрозированный эктропион и у 9 (18%) – дисплазия легкой и средней степени.

При обследовании выявлено, что каждая вторая женщина прервала свою беременность искусственным абортom, 4 – страдали вторичным бесплодием. У 8 женщин были ранее оперативные вмешательства на шейке матки (диатермокоагуляция).

Радиохирургическим аппаратом «Сургитрон» были выполнены следующие оперативные вмешательства: биопсия шейки матки – у 22 женщин, эксцизия – у 14, коагуляция шейки матки – у 34 женщин. Все операции на шейке матки проводили в первую фазу (на 5-7-й день цикла) под местной анестезией.

Учитывая значительную частоту инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела женских половых органов, проводили предоперационную санацию влагалища препаратом в свечах Гексикон по 1 свече утром в течение 10 дней.

В результате применения радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» отмечены эффективность и перспективность данного метода лечения. Лишь у 1 (2%) женщины после операции было кровотечение и наложены швы на шейку матки после обширной эксцизии по поводу дисплазии средней степени. Неполная эпителизация произошла через 7-10 дней, полная – через 20-22 дня.

Ближайшие результаты (в течение 2 менструальных циклов), оцениваемые в динамике, показали достоинства метода: ни в одном случае не было грубых ожоговых струпов, заживление происходило под фибриновой пленкой, отсутствовало кровотечение.

Отдаленные результаты эффективности лечения, по данным кольпоскопии, через 8 недель составили 100%.

При исследовании удаленных тканей шейки матки патоморфологи отметили, что общая структура ткани была сохранена, толщина зоны некроза составила 0,03-0,05 мм после воздействия радиоволны и не препятствовала гистологическому исследованию ткани.

В результате применения метода радиоволновой хирургии не было отмечено ни одного случая эндометриоза, вдвое сократились сроки эпителизации, созданы условия для получения хорошего материала с целью подтверждения диагноза, сокращена потребность в обезболивающих препаратах.

Таким образом, применение радиохрургического метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки позволяет уменьшить число госпитализируемых больных, расширяет спектр услуг, оказываемых женщинам в амбулаторных условиях, снижает уровень нетрудоспособности, уменьшает дискомфорт пациенток и позволяет произвести ряд эффективных гинекологических вмешательств.

РОЛЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ВУЛЬВАРНОЮ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЮ НЕОПЛАЗІЄЮ

О. О. Єгоров

ДЗ «Дорожня клінічна лікарня, станція Харків, СТГО, Південна залізниця», м. Харків.

Частота рецидивів вульварної інтраепітеліальної неоплазії (VIN) після деструктивних методів лікування достатньо висока і досягає 30%. Причина цього явища в тому, що етіопатогенетичний чинник, тобто вірус папіломи людини (ВПЛ), залишається.

Метою роботи було обґрунтування застосування і визначення клінічної ефективності імуномодулятора Панавір в комбінованій терапії VIN.

Пацієнтки були розділені на 3 групи залежно від діагнозу, який встановлювали на підставі цитологічного і/або гістологічного досліджень. До I групи увійшли 40 жінок з VIN I ступеня, в II – 40 пацієнток з VIN II ступеня і III групу склали 40 жінок з VIN III ступеня. Курс противірусної та імуномодулюючої терапії проводили препаратом Панавір.

Препарат Панавір (0,004% розчину 5 мл) застосовувався парентерально (внутрішньовенно струменево) 1 раз на день через 48 годин, 3 введення в перший тиждень лікування, потім 2 введення через 72 години в другий тиждень терапії (всього на курс протягом 2 тижнів 5 введень препарату). Препарат застосовувався жінкам I-III груп у поєднанні з деструктивними методами (кріодеструкція, лазерна деструкція, хірургічна эксцизія), які проводилися на 5-6 добу від початку противірусної терапії. Крім того, застосовували гель Панавір інлайт, який наносили на місце деструкції 2 рази на добу до повного загоєння. До контрольної групи увійшли 40 жінок, яким застосовували лише деструктивні методи лікування.

Всім хворим до лікування, відразу після закінчення лікування і через 3 місяці проводили дослідження матеріалу з осередків ураження за допомогою полімеразної ланцюгової реакції для виявлення і типування ВПЛ, дослідження параметрів імунного статусу.

У кожного третього хворого контрольної групи спостерігався рецидив захворювання.

В процесі комбінованого лікування у жінок I-III груп було необхідно лише разове використання якогось із перерахованих деструктивних методів в залежності від ступеня тяжкості VIN. В результаті такого методу лікування процес епітелізації значно прискорювався. Повна епітелізація через 4 тижні від початку терапії наступала у 96 пацієнток. Під кінець контрольного періоду спостереження у 118 хворих I-III груп спостерігали відсутність рецидиву захворювання і загальна клінічна ефективність лікування склала 98,3%.

Оскільки ДНК-дослідження на ВПЛ виконувалося напівкількісним методом, це дозволило спостерігати в динаміці процес ерадикації ВПЛ із вогнищ ураження, відразу після лікування у 2 рази скоротилася кількість хворих з позитивним результатом ДНК-дослідження як для вірусів високого ризику онкогенності, так і для низького ризику. Ця позитивна динаміка продовжилася і в подальшому. Під кінець періоду спостереження ВПЛ високого та низького ризику не знаходили. Отримані результати показують виражений вплив Панавіра

на противірусний імунитет, який призводить не тільки до припинення рецидивів, а і зникнення вірусів із вогнищ ураження.

Противірусний та імуномодулюючий препарат Панавір є ефективним засобом для лікування VIN, що виникла на фоні інфекцій, визваних ВПЛ високого онкогенного ризику. Всі хірургічні методи лікування VIN повинні поєднуватися з етіопатогенетичною терапією.

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

С. В. Зелюк

Центральная городская клиническая больница №6, г. Донецк.

Цель исследования: изучение изменений овариального резерва у женщин позднего репродуктивного возраста после гистерэктомии.

Исучено состояние овариального резерва у 62 больных от 40 до 45 лет с выпадением половых органов до оперативного лечения и через 2 месяца после операции. Обследование включало определение уровня антимюллерового гормона, как одного из наиболее достоверных маркеров функционального состояния яичников.

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, преморбидному фону, длительности, характеру и степени основного заболевания. Первую группу составили 30 женщин, у которых одной из составляющих хирургического лечения заболевания являлось выполнение влагалищной экстирпации матки. Вторая группа состояла из 32 женщин, которым были произведены органосохраняющие методы оперативного лечения пролапса тазовых органов.

Данные обследования показали наличие изменений анатомо-функционального состояния яичников у больных с выпадением гениталий после оперативного лечения. Однако, если после органосохраняющих методов оперативного лечения снижение уровня антимюллерового гормона практически не является существенным – с $0,86 \pm 0,05$ пг/мл до $0,79 \pm 0,05$ пг/мл, то после радикального оперативного лечения – с $0,84 \pm 0,05$ пг/мл до $0,62 \pm 0,05$ пг/мл ($p < 0,05$).

После хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин позднего репродуктивного возраста путем выполнения гистерэктомии отмечается более выраженное снижение овариального резерва (на основании снижения показателей антимюллерового гормона), что в последующем является прогностически неблагоприятным признаком более раннего наступления менопаузы.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАРЕЗОВ КИШЕЧНИКА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

В. В. Каминский, А. М. Дубов, Р. А. Ткаченко

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

Неудовлетворительные результаты в профилактике и разрешении послеоперационных парезов клиницисты связывают с двумя основными причинами.

Во-первых, в широкой клинической практике доминирует традиционно стандартный подход врачей к выбору лечебных мероприятий без учета патогенеза заболевания.

Во-вторых, практический опыт лечения послеоперационных парезов свидетельствует о том, что борьба с ними начинается лишь тогда, когда они уже развиваются, в то время как мероприятия по лечению парезов должны проводиться в раннем послеоперационном периоде до появления клинических признаков.

Минимизировать влияние этих причин в клинической практике может лишь глубокое знание патофизиологии процессов развития парезов кишечника в послеоперационном периоде у больных после абдоминальных операций при наличии объективных методов контроля в процессе лечения этого осложнения.

Нормальная моторика является результатом координированной сократительной активности гладких мышц по всей длине желудочно-кишечного тракта. Эта активность регулируется местными факторами, моделирующими деятельность гладких мышц, рефlekсами, пути которых замыкаются в пределах вегетативной нервной системы, гормонами и влиянием центральной нервной системы. По данным многих исследователей, каждая из этих систем играет, возможно, независимую патогенетическую роль в развитии послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта.

Патогенез послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта весьма сложен и, видимо, имеет не одну, а несколько причин развития, следовательно, программа профилактики и лечения должна включать компоненты, воздействующие на основные звенья патогенеза.

Цель нашей работы – апробация патогенетически обоснованной программы лечебных мероприятий, направленных на профилактику и разрешение послеоперационного пареза и связанных с ним метаболических нарушений, каждый пункт которой выполняет задачи не одного, а нескольких патогенетически обоснованных лечебных направлений.

Исследования проведены у 49 женщин в возрасте от 28 до 78 лет, которых оперировали в клинике акушерства и гинекологии за последние 6 месяцев. Всем больным в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких кислородо-воздушной смесью произведена экстирпация матки по поводу фибромиомы или рака. Исходя из методик профилактики пареза кишечника, больные были разделены на 2 группы. Больным 1-ой группы (24 человек) проводилась традиционная анальгетическая, инфузионная и прокинетическая терапия во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Больным 2-ой группы (25 человек) в качестве компонента нейро-вегетативной блокады на операционном столе применяли Бензогексоний в дозе 0,12 мг/кг внутривенно методом тахифилаксии, а после операции по 0,12-0,15 мг/кг через 6 часов внутримышечно с наркотическими и ненаркотическими анальгетиками. У больных 2-ой группы обязательно во время операции выполнялась декомпрессия желудка через зонд, который удаляли перед экстубацией, а инфузионная терапия проводилась раствором Рингера с добавлением через 6 часов после операции растворов, содержащих сорбит или ксилит (Сорбилакт, Реосорбилакт, Глюксил, Ксилат). Прокинетики (2 мл Метоклопрамида или Церукала) больным 1-ой группы назначали сразу после операции с интервалом в 6 часов, а больным 2-ой группы – через 8 часов после операции 2-3 раза в сутки в/м или в/в. Достоверно значимых различий по возрасту, массе тела, сопутствующей патологии, длительности операции и объему кровопотери между группами больных не выявлено.

При анализе данных клинических результатов выявлено, что восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта во второй группе больных происходило в среднем через 12-18 часов после операции, а в первой – через 20-26 часов. У некоторых больных 2-ой группы отчетливые волны перистальтики кишечника наблюдались даже в конце оперативного вмешательства. Изначальная декомпрессия желудка через зонд у больных исследуемой группы наряду с симпатолитическим эффектом Бензогексония и отсроченным применением прокинетики способствовали исключению эпизодов тошноты и рвоты в послеоперационном периоде. Если при введении Бензогексония отмечалось снижение артериального давления, то проводилась коррекция темпа, объема и состава инфузионной терапии. Включение Бензогексония в программу профилактики послеоперационных парезов имеет патогенетическое обоснование его многогранным механизмом действия, поскольку в современной отечественной анестезиологии недостаточно средств, обеспечивающих такой важный компонент анестезии, как нейро-вегетативная блокада, а наркотические анальгетики в чистом виде угнетают моторику кишечника. Кроме того, Бензогексоний пролонгирует действие мышечных релаксантов, понижает тонус симпатической нервной системы и выброс в кровь большого количества катехоламинов, уменьшает секрецию желез желудочно-кишечного тракта, блокирует образование антидиуретического гормона, улучшает микроциркуляцию и функционирование энтероцитов.

Важная роль в нашей программе профилактики парезов кишечника отводится инфузионной терапии, поскольку использование полиионных растворов (Рингера, Рингера-лактата) не нарушает водно-электролитный баланс организма. Полиионные среды на основе многоатомных спиртов (Реосорбилакт, Сорбилакт, Глюксил, Ксилат) включены в программу на основании полипатогенетического действия: донаторы электролитов и энергии; поддерживают ОЦК и улучшают микроциркуляцию, особенно в спланхической зоне; уменьшают отек стенки кишечника; в дозе 0,5-1 мг/кг обладают прокинетическим действием на кишечник. Поскольку Ксилат, Реосорбилакт и Сорбилакт усваиваются без участия инсулина, то их применение патогенетически обосновано и у больных с сопутствующим сахарным диабетом.

При анализе полученных результатов нами выявлено еще одно существенное различие в группах. При идентичных объемах кровопотери и инфузионной терапии темп мочеотделения в пересчете на кг массы тела у больных 2-ой группы был выше на $0,27 \pm 0,08$ мл/кг·час ($p < 0,05$) или 518 ± 153 мл в сутки, что, по нашему мнению, составляет суточный потенциально секретируемый объем в «третье пространство» при прогрессировании клиники пареза кишечника. Бензогексоний и инфузия в послеоперационном периоде Реосорбилакта, Собилакта, Ксилата или Глюксилы блокируют патогенетический механизм «секвестрации жидкости» при парезе кишечника. Все больные, как правило, при неосложненном течении на вторые сутки переводились в профильное отделение, и там продолжалась профилактика парезов кишечника назначением ректальных свечей (Бисакодил 10 мг) 2-3 раз в сутки, обладающих в-адренолитическим действием, стимулирующим моторику толстого кишечника, что позволило нам отказаться от традиционного назначения Прозерина и клизм в различных модификациях.

Упреждающий характер предложенной патогенетически обоснованной программы профилактики и лечения парезов кишечника способствует раннему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта и предупреждает развитие осложнений в оперативной гинекологии.

Программа профилактики и лечения парезов желудочно-кишечного тракта включает компоненты, каждый из которых выполняет задачи нескольких лечебных направлений: снижение тонуса симпатической нервной системы Бензогексонием; декомпрессия желудка; инфузия полиионных растворов на основе многоатомных спиртов (Сорбилакт, Реосорбилакт, Глюксил, Ксилат); рациональное применение прокинетики.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ГЕСТОЗІВ У ЖІНОК

Т. В. Ковалюк

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

У наш час з розвитком новітніх технологій провідне місце в медицині займає профілактичний напрямок. Одним із зручних, простих, доступних та економічно вигідних методів прогнозування патологічних станів є оцінка трофологічного статусу.

Нашою метою було виявлення характеристик трофологічного статусу, які можуть служити критерієм прогнозування раннього гестозу у вагітних жінок.

Нами обстежено 235 вагітних з проявами раннього гестозу, які звернулися за допомогою в жіночу консультацію. Оцінку трофологічного статусу організму проводили за допомогою антропометричних методів: визначення індексу маси тіла Кетле, каліперометрія товщини шкірно-жирових складок в чотирьох стандартних точках, розрахунок відсотку вмісту жирового компоненту.

Результати проведених обстежень показали, що чотири з п'яти жінок, що страждали на ранній гестоз мали надмірний трофологічний статус різного ступеню вираженості: надмірне харчування спостерігалось у 17,9±5,2% (ІМТ=23,0-27,4) жінок, ожиріння 1-го ступеню – у 21,7±3,5% (ІМТ=27,5-29,9), ожиріння 2-го ступеню – у 30,6±4,3% (ІМТ=30,0-34,9), ожиріння 3-го ступеню – 10,2±1,7% (ІМТ=35,0-39,9) обстежених жінок. Вагітних з тяжким ступенем ожиріння було 2,6±0,4% (ІМТ=40,0 і >). Серед обстежених вагітних лише 17,0±4,3% мали ейтрофічний (ІМТ=19,5-22,9) або гіпотрофічний трофологічний статус (ІМТ<19,4). У 74,0% обстежених вагітних вміст жиру в організмі був вищим 22%.

Таким чином, визначення трофологічного статусу та відсоткового вмісту жиру в організмі може бути одним із критеріїв прогнозування розвитку раннього гестозу у жінок.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕНЕБОЛА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Д. Г. Коньков, О. А. Таран, А. Г. Богомол

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Винница.

Проблема послеоперационного обезболивания (ПО) у гинекологических больных по-прежнему остается актуальной и до конца нерешенной. Анализ методов ПО показал, что наиболее распространенной методикой в большинстве отечественных и зарубежных клиник является системное введение опиоидных анальгетиков «по требованию», которая в 33-75% случаев не обеспечивает в полной мере эффективности проводимой терапии. В стратегии терапии боли мультимодальная концепция предусматривает назначение неопиоидных анальгетиков. Многими исследователями демонстрируется, что системное введение НПВП позволяет эффективно проводить обезболивание. Основным механизмом действия всех НПВП является подавление циклооксигеназы (ЦОГ). В настоящее время хорошо изучены две ее изоформы – ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Однако широкое применение НПВП ограничено потенциальным риском развития серьезных нежелательных явлений в раннем послеоперационном периоде. Необходимость тщательного гемостаза, особенно на фоне антикоагулянтной терапии, отсутствие противопоказаний являются клиническими аспектами, которые следует учитывать при назначении НПВП. В послеоперационном периоде многие больные находятся в группе риска возникновения данных побочных эффектов по причине вынужденного голодания, обезвоживания, травмы тканей. Возможной альтернативой для таких больных является назначение ингибиторов ЦОГ-2. Поэтому наше внимание привлек Денебол – инновационный высокоселективный ингибитор ЦОГ-2 для парентерального введения, что позволяет его использовать в послеоперационном периоде для купирования болевого синдрома.

Цель: оценить терапевтическую эффективность Денебола при ПО. Исследования проводились на базе Винницкого ГКРД №1, который является базой кафедры акушерства и гинекологии №1 ВНМУ им. Н.И. Пирогова.

В данное исследование были включены 38 пациенток, которым была проведена лапароскопическая операция на органах малого таза в период сентябрь-декабрь 2011 г. Больные в раннем послеоперационном периоде один раз получали 50 мг Денебола в/м введением. Следующие введения Денебола проводились 2 суток послеоперационного периода в той же дозе. Группа сравнения – 18 женщин, получавших Омнопон. Интенсивность брюшной боли в покое, на глубоком вдохе, и при движении оценивалась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Оценки боли проводились при пробуждении, а затем через 1, 4, 8, 12 и 24 часа. Тошнота и сонливость (заторможенность) также отмечались на ВАШ.

Проведенное исследование показало, что введение 40 мг Денебола больным, перенесшим лапароскопические вмешательства в послеоперационном периоде, оказывало более выраженный анальгетический эффект, чем таковой при использовании Омнопона. Так, отметки интенсивности боли при движении были достоверно ($p \leq 0,05$) ниже в группе больных, получавших в качестве послеоперационной анальгезии Денебол, чем в группе сравнения. При этом ни у одной из больных, получавших Денебол, не были отмечены эпизоды рвоты.

Применение Денебола оптимизирует течение послеоперационного периода за счет редукции болевой симптоматики и быстрого восстановления витальных функций организма. Высокая эффективность и хорошая переносимость Денебола дают все основания рекомендовать препарат для широкого применения в комплексной терапии у больных, перенесших лапароскопические операции на органах малого таза.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКСТ-ВАГИНИТОВ

Д. Г. Коньков, Г. В. Чайка, О. А. Таран

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Винница.

Несмотря на значительные успехи в фармакологии и клинической микробиологии, вопросы лечения бактериальных вагинозов (БВ) и, в особенности, вагинитов, обусловленных двумя и более возбудителями продолжают оставаться актуальными в гинекологии и акушерстве. В репродуктивном возрасте вагиниты в 40-50% случаев обусловлены бактериальными инфекциями, в 20-25% – грибами рода *Candida*, а также вирусами, у 15-80% женщин вагиниты вызваны смешанными инфекциями (микст-вагиниты). Необходимость проведения лечебных и профилактических мероприятий при данной патологии обусловлена не только выраженной клинической симптоматикой, а также установленной прямой корреляционной зависимостью между дисбиотическими состояниями вагинального микроценоза и персистенцией микроорганизмов в эндометрии. Последнее способствует перспективному увеличению частоты преждевременных родов, невынашивания беременности, а также влияет на формирование микробиоценоза новорожденного. Частота возникновения таких заболеваний, как микст-вагиниты, первым этапом лечения которых является антимикробная терапия, не имеет тенденции к снижению. Данные литературы убедительно свидетельствуют о том, что от интенсивности лечения зависит его эффективность. Однако интенсификация лечения содержит в себе определенную опасность, связанную, в первую очередь, с гепатотоксичным действием используемых препаратов, что наиболее выражено у Метронидазола и Тинидазола. Преимуществами Орнидазола перед Метронидазолом являются лучшая переносимость, более выраженный эффект, меньшая частота рецидивов, меньший процент связывания с белками плазмы крови, более высокая концентрация в тканях и в месте поражения, низкая резистентность и большая чувствительность возбудителей.

В связи с этим целью настоящего исследования было клиническое изучение терапевтической активности препарата «Мератин Комби» при лечении микст-вагинитов у женщин репродуктивного возраста.

В данное исследование были включены 46 пациенток с ассоциативной флорой: условно-патогенные микроорганизмы факультативно-анаэробного происхождения (*Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Corynebacterium* spp 10^6 - 10^8 КОЕ/мл). Пациентки 1-й клинической группы (n=24) получали Мератин Комби по 1 таблетке интравагинально 2 раза в день в течение 10 дней. Пациентки 2-й клинической группы (n=22) получали Тержинан. Контроль качества проведенного нами лечения проводили сразу после окончания курса лечения и спустя 10 дней после окончания лечения путем микроскопического исследования мазков.

Проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность препарата Мератин Комби, чем у женщин, принимающих Тержинан ($p \leq 0,05$), которая проявлялась в качественном улучшении общего состояния пациенток, уменьшении отечности и гиперемии слизистой влагалища, начиная со 2 дня терапии, нормализацией вагинального микроценоза в 87,5% случаев, титр лактобацилл соответствовал норме репродуктивного возраста – 10^6 - 10^8 КОЕ/мл в вагинальном секрете. Побочных реакций при лечении среди пациенток обеих групп выявлено не было. Описанные данные соответствуют результатам других

исследований и свидетельствуют о высокой эффективности Мератина Комби в лечении смешанных инфекций влагалища.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточной клинической эффективности, хорошей переносимости и безопасности лечения больных микст-вагинитом при применении препарата «Мератин Комби» производства компании «Мири Хелскере Лимитед» (Великобритания), что позволяет добиться сокращения продолжительности лечения, стойкой ремиссии и уменьшения периода рецидива заболевания.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ З ПОРУШЕННЯМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

В. В. Корсак, І. І. Пацкань

Ужгородський Національний університет, м. Ужгород.

Проблема порушень вуглеводного обміну під час вагітності знаходиться в центрі уваги акушерів, ендокринологів, неонатологів, так як ця патологія пов'язана з великою кількістю акушерських ускладнень, високою перинатальною захворюваністю і смертністю та небезпекою для здоров'я матері і дитини. Полісистемний характер патологічних проявів у вагітних вимагає одночасного призначення великої кількості медикаментів, які негативно впливають як на матір, так і на плід. Враховуючи багатofакторну неспецифічну дію медичного озону на організм матері і плода, відсутність побічних проявів, ми вирішили ввести озонотерапію в комплекс лікування вагітних з порушеннями вуглеводного обміну.

Під спостереженням знаходилося 80 вагітних жінок з порушеннями вуглеводного обміну. 40 жінок з передгестаційним цукровим діабетом I типу, з них 20 вагітних отримували в поєднанні з медикаментозними методами лікування озонотерапію (I група), а 20 вагітних – традиційну терапію (II група). Крім того, обстежено 40 вагітних жінок з гестаційним цукровим діабетом, які розподілені відповідно (III та IV групи). Контролем служили 40 вагітних без даної патології.

Озонотерапія проводилася на апараті «Медозонс-БМ», щоденно, один раз на добу, шляхом внутрішньовенних інфузій 400 мл озонованого 0,9% розчину натрію хлориду з концентрацією озону 400 мкг/л протягом 5 днів. Проведено 3-4 курси з інтервалом в 4 тижні. Ефективність лікування оцінювалася в динаміці на основі клініко-лабораторних даних і контролю за станом плода. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою критерію Стьюдента.

Виявлено, що найбільш частими ускладненнями під час вагітності при порушеннях вуглеводного обміну є самовільне переривання вагітності, пізні гестози, багатоводдя, запальні захворювання сечовивідних шляхів, анемія. Частота самовільного переривання вагітності становила 35,6%, в контрольній групі – 11,0%, $p < 0,05$. Пізні гестози частіше виникали до 34 тижнів вагітності і їх частота становила 28,0%, в той час як в контрольній групі – 4,0%, $p < 0,05$. Специфічним ускладненням передгестаційного цукрового діабету при вагітності є багатоводдя, яке спостерігалось у 74,0% випадків, в контрольній групі – 1,0%, $p < 0,05$. Дуже частим ускладненням вагітності при передгестаційному цукровому діабеті є інфекція сечовивідних шляхів, яку відмічено у 43,4% хворих, в контрольній групі – у 13% жінок, $p < 0,05$. Необхідно підкреслити, що приведені ускладнення характерні для тяжких форм захворювання. При легкому ступеню тяжкості передгестаційного цукрового діабету, гестаційному цукровому діабеті частота цих ускладнень наближається до показників контрольної групи. В родах вірогідно частіше, ніж в контрольній групі, спостерігалися передчасне злиття навколоплодових вод, макросомія, аномалії родової діяльності, дистрес плода, оперативні розродження, асфіксії новонароджених, $p < 0,05$.

З метою корекції виявлених порушень нами проводилася поряд з традиційним лікуванням озонотерапія. Після проведеного лікування рівень глікемії знизився у вагітних всіх груп, однак в I та III групі він був достовірно нижчим за показники II та IV груп, $p < 0,001$. В зв'язку з змінами показників вуглеводного обміну в процесі лікування у вагітних проводилася корекція інсулінотерапії. В I групі при строках вагітності до 22 тижнів доза інсуліну знизилася на 20,0%, в II групі – на 4,0%, $p < 0,05$. При строковій вагітності 23-38 тижнів доза інсуліну в I групі знизилася на 3,7%, а в II групі зросла на 13%, $p < 0,05$. Озонотерапія також сприяла зниженню глікозильованого гемоглобіну у вагітних I групи з $10,4 \pm 0,2\%$ до $7,1 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) у порівнянні з II групою, а саме: до лікування – $10,3 \pm 0,4\%$, після лікування – $9,8 \pm 0,7\%$ ($p > 0,05$). Під впливом озонотерапії відбувалося суттєве збільшення рівня естріолу, загального білка плазми крові, в основному за рахунок альбумінів, альфа-1 та альфа-2 глобулінів, яким властива антиоксидантна активність. В II та IV групах таких змін не виявлено. Доплерометрія судин пуповини засвідчила нормалізацію систоло-діастолічного коефіцієнта після курсу озонотерапії (з $3,78 \pm 0,05$ до $3,10 \pm 0,02$, $p < 0,01$). В II та IV групах даний показник суттєво не змінився (з $3,72 \pm 0,04$ до $3,51 \pm 0,04$, $p > 0,05$). Визначення показників біофізичного профілю плода і кардіотокографії, зокрема комп'ютерної, свідчать про достовірне покращення стану плода у вагітних після проведення озонотерапії в порівнянні з II та IV групами, що підтверд-

жено і оцінкою новонароджених за шкалою Апгар. Використання в комплексному лікуванні вагітних з порушеннями вуглеводного обміну озонотерапії дозволило суттєво знизити відсоток оперативних розроджень в порівнянні з II та IV групами завдяки зменшенню кількості показань до кесарського розтину зі сторони плода.

Використання озонотерапії у вагітних з порушеннями вуглеводного обміну, дозволяє значно покращити перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонародженого, знизити рівень глікемії, що дозволяє зменшити дозу введеного інсуліну і, таким чином, знизити фармакологічне навантаження на вагітну і плід, практично не має протипоказань, економічно вигідне, просте у виконанні.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

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

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

У большинства (95,0%) доношенных новорожденных, находящихся в критическом состоянии, развивается ишемическая нефропатия (ИН), которая проявляется изменением диуреза, отечным синдромом I-III степени, мочевым синдромом (протеинурия, гематурия, цилиндрурия), снижением клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, нарушением азотвыделительной функции почек, снижением почечного кровотока, повышением активности ферментов в моче (г-глутамилтрансферазы, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, в-глюкуронидазы, холинэстеразы), выраженность которых связана со степенью тяжести данной патологии.

Как показали наши исследования, при использовании традиционного медикаментозного лечения ИН 118 доношенных новорожденных, у трети из них клинические проявления данной патологии сохранялись до конца неонатального периода (25,0%, 41,2%, 57,9% с ИН I, II и III степени тяжести): повышение уровня мочевины и креатинина (20,6% и 26,3% с ИН II и III); протеинурия (47,4%) и снижение почечного кровотока (56,3%) у детей с ИН III; снижение скорости гломерулярной фильтрации (25,0%, 41,2% и 57,9%); повышение активности ферментов в моче, характеризующих повреждение канальцев нефрона, имели место у всех детей с ИН I, II и III степени тяжести.

Для повышения эффективности терапии нами был предложен новый немедикаментозный неинвазивный метод мягкого вибромассажа в сочетании с моделированием невесомости с использованием лечебно-реабилитационной кровати КМ-07 «Сатурн-90» (ТУ 9452-004-20875829-2000). Действие кровати «Сатурн-90» основано на особых физических свойствах стеклянных микрошариков из натрий-кальциевого стекла, переходящих под воздействием слабого воздушного потока в псевдокипящее состояние. Образующиеся пузырьки на поверхности псевдожидкости оказывают мягкое равномерное механическое воздействие на периферийные нервные окончания кожи и мышц, в результате чего происходит их стимуляция с передачей сигналов в центральную нервную систему с последующим тонизирующим влиянием на центры кровообращения и дыхания младенцев.

При использовании немедикаментозного метода снижается медикаментозная нагрузка на ребенка, уменьшается число инвазивных процедур, связанных с введением лекарственных препаратов, отсутствует риск аллергических реакций. Ранее в неонатологии способ использовался для лечения новорожденных с неврологической патологией. Основанием для применения этого метода для лечения ИН явились положительные эффекты, установленные ранее: стимуляция сосудодвигательного центра посредством сильной афферентной импульсации, улучшение гуморальной регуляции сосудистого тонуса, реологических свойств крови и микроциркуляции, повышение кислородной емкости крови, усиление капилляризации тканей, увеличение минутного объема крови, снижение периферического сопротивления сосудов (В.И. Дубровский, 1993; Г.В. Яцык, 1998).

Лечение 21 новорожденного осуществлялось начиная с 15-17-го дня жизни на фоне общепринятой медикаментозной терапии, курс состоял из 7-10 сеансов, процедуры проводились ежедневно, длительность их составляла первоначально 10 минут, с ежедневным 5-минутным увеличением до максимальной – 30 минут. Группу сравнения составили 21 новорожденный с ИН I, II и III, которые получали стандартную терапию.

До начала терапии у 2/3 новорожденных обеих групп сохранялся отечный синдром I степени, у всех детей – мочевого синдром, уровень креатинина и активность ферментов в моче были выше нормы, доплерографические показатели почечного кровотока – ниже нормы. К окончанию курса лечения у всех детей, получавших комплексную терапию, полностью купировались отечный и мочевого синдромы и отмечалось снижение активности ферментов в моче, характеризующих состояние проксимальных (лактатдегидрогеназа, $p < 0,01$, γ -глутамилтрансфераза, $p < 0,01$) и дистальных (β -глюкуронидаза, $p < 0,001$) канальцев нефрона, тогда как у 1/3 детей, пролеченных по стандартной схеме, сохранялся мочевого синдром и не наблюдалось достоверного снижения активности ферментов.

Немедикаментозний метод вибромассажа в сочетании с моделированием невесомости способствовал улучшению морфофункционального состояния проксимального и дистального отделов канальцев нефрона и купированию клинической симптоматики, что подтверждает преимущества включения в курс терапии новорожденных с ишемической нефропатией способа лечения с использованием кровати «Сатурн-90» и позволяет рекомендовать её применение в лечении данной категории пациентов. Показатели активности ферментов нефротелия в моче могут быть использованы в качестве критериев оценки эффективности данного немедикаментозного метода.

ПРОБЛЕМА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ В РЕГІОНІ ЗАКАРПАТТЯ ІЗ ПРИРОДНОЮ НЕСТАЧЕЮ ЙОДУ

П. В. Лапко, В. В. Маляр

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

В структурі екстрагенітальної патології все більшого значення набуває поєднана патологія, зокрема залізодефіцитна анемія (ЗДА) на тлі гіпофункції щитоподібної залози. Поширеність залізодефіцитної анемії у вагітних жінок на тлі гіпотироксимії сягає 76,1%.

За умов зниження секреторної функції гіпофізарно-тиреоїдної системи в умовах природної нестачі йоду і/або при недостатньому споживанні продуктів із йодною насиченістю можуть безумовно поглиблюватися процеси засвоєння та метаболізму заліза, що, безумовно, веде до порушення процесів еритропоезу і наростання важкості анемії.

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

Мета роботи полягає у вивченні особливостей клінічного перебігу і встановлення механізмів формування дефіцитної анемії у вагітних жінок, проживаючих в умовах природного йодного дефіциту.

Проведений аналіз клініко-лабораторних показників у 61 пацієнтки з наявністю залізодефіцитної анемії на тлі гіпофункції щитоподібної залози в умовах йодного дефіциту. Контрольну групу склали 30 соматично здорових вагітних жінок з фізіологічним перебігом вагітності і достатнім забезпеченням організму йодом (медіана йодурії > 100 мкг/л). Стан тиреоїдної системи у вагітних оцінювали клінічно, методом ультразвукової діагностики та визначенням рівнів тиреотропного гормона (ТТГ) і вільного тироксина (FT₄) імуноферментним методом з використанням наборів БАГ (м. Харків). Вимірювання йодурії проводили церій-арсенітовим методом.

Гематологічні показники: рівень гемоглобіну, еритроцитів, кольоровий показник, середній вміст гемоглобіну в еритроциті (МСНС), середній об'єм еритроцита (МСV) визначили на автоматичному аналізаторі крові Sysmex KX-21 (Японія) та реактивів Diason (Угорщина).

Рівні сироваткового заліза та латентної зв'язуючої здатності сироватки крові (ЛЗЗС) визначали біохімічним методом, а рівень вмісту фолієвої кислоти – імуноферментним методом. Коефіцієнт насичення трансферину (КНТ) та загальну зв'язуючу здатність сироватки крові (ЗЗЗС) розраховували математичним способом (Н.А. Коровіна та ін., 2001).

Результати оброблено методом варіаційної статистики.

Вагітні жінки основної і контрольної групи були у віці від 18 до 36 років. Переважна більшість їх була у віці від 21 до 30 років. Так, у основній групі даний показник становив 67,2%, у контрольній – 66,7%. Частота соматичної захворюваності в анамнезі складала 88,5%, в контрольній – 6,6%. Пізні менархе відмічено у 3,8% вагітних жінок основної групи і у 3,3% – групи контролю.

Одержані результати свідчать, що в регіонах з йодним дефіцитом у жінок репродуктивного віку спостерігаються несприятливі прегравідарні умови, які можуть негативно впливати на процеси гестації. Про це свідчить зростання частоти затримки росту плода (63,9%), маловоддя (22,9%) та гіпоплазії плаценти (16,4%).

Серед клінічних симптомів у більшості пацієнток основної групи відмічалася втомлюваність, головні болі, запаморочення, слабкість, мерзлуватість, порушення трофіки шкіри і волосся. Окремі вагітні жінки відмічали періодичне посилення серцебиття, виникнення задишки при навантаженні, прояви зниження пам'яті та порушення пасажу кишківника.

Об'єктивно відмічалася блакитність склер, сухість і блідість шкірних покривів.

За ступенем важкості анемія легкого ступеню до 20-22 тижнів гестації зустрічалася у 63,9%, середнього – у 31,1% і важкого – у 5,0%.

Гематологічні показники у вагітних з анемією характеризуються достовірним зниженням у порівнянні із показниками контрольної групи рівнів еритроцитів, гемоглобіну кольорового показника, середнього вмісту гемоглобіну в одному еритроциті (МСН), гематокриту, середнього об'єму еритроцитів (МСV). За показником МСV нормоцитарна анемія (МСV між 82-95фл) у основній групі виявлена у 41 (67,3%) в порівнянні з

контрольною групою де даний показник склав 100%. Мікроцитарна (MCV < 82 фл) у 24 (39,3%) і макроцитарна (MCV > 95 фл) у 6 (19,8%).

Проведені нами дослідження показали достовірне зниження рівня фолієвої кислоти у сироватці крові пацієнток з анемією на тлі гіпотироксимії.

Ми звернули увагу на те, що із наростанням ступеню важкості анемії відповідно зростали рівні загально зв'язуючої здатності сироватки (ЗЗЗС) та латентної зв'язуючої здатності сироватки (ЛЗЗС) крові.

Підсумовуючи вище сказане, можна констатувати, що анемія на тлі гіпотироксимії як в період клінічної маніфестації, так при латентному перебігу має залізодефіцитний характер.

Поруч із дефіцитом заліза на формування анемії має вплив і знижений рівень фолієвої кислоти, який сприяє розвитку макроцитозу в умовах гіпотироксимії.

ПРОБЛЕМНАЯ ЛАКТАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

С. А. Ласачко, О. А. Джеломанова, Т. И. Слюсарь, Н. В. Шудрикова

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

В структуре заболеваний женского населения патологические процессы в молочных железах проявляются с высокой частотой – от 25% до 60%. В настоящее время актуальной остается проблема профилактики, своевременного выявления и лечения предопухолевых заболеваний молочных желез, среди которых первое место по распространенности занимает дисгормональная дисплазия. Рак молочной железы встречается в 3-5 раз чаще на фоне доброкачественной патологии молочных желез, что является существенным поводом для изучения данного вопроса.

Цель нашего исследования – изучить влияние проблемной лактации на риск развития дисгормональных заболеваний молочных желез.

Проведено ретроспективное исследование, которое включало анкетирование наряду с анализом историй болезни и амбулаторных карт 400 женщин. Основную группу составили 200 пациенток с диагнозом – дисгормональная дисплазия молочных желез. Контрольная группа – 200 здоровых женщин. Анализ полученных данных показал, что проблемы во время лактации в основной группе имели место в два раза чаще (50%), чем в контрольной (27%). Маститы и лактостазы возникали в основной группе в 16%, а в контрольной – в 9% случаев. Гипогалактия у здоровых женщин контрольной группы наблюдалась в три раза реже, чем в основной (10% и 30%). Трудности при прикладывании ребенка к груди в основной группе составили 48%, а в контрольной – 18%, что в 2,5 раза меньше.

Таким образом, проблемы, возникающие во время лактации, являются фактором риска возникновения дисгормональных заболеваний молочных желез.

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛАКТАЦИИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

С. А. Ласачко, О. А. Джеломанова, Н. В. Шудрикова

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

Одним из приоритетных направлений в современной медицине является изучение проблемы заболеваний молочных желез. В первую очередь это обусловлено тем, что в последние годы отмечается неуклонный рост онкологической патологии данной локализации как в Украине, так и в большинстве стран мира. Рак молочной железы занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности и составляет более 20% от всех злокачественных опухолей у женщин. Помимо дисгормональной патологии, основными факторами риска развития рака молочных желез являются: возраст, генетическая детерминированность, нарушения репродуктивной функции, эндокринная патология, образ жизни, питание, а также влияние окружающей среды.

Цель нашего исследования – изучить влияние способа прекращения лактации, как одного из показателей репродуктивного анамнеза, на риск возникновения заболеваний молочных желез.

Проведено ретроспективное исследование, которое включало анкетирование наряду с анализом историй болезни и амбулаторных карт 275 женщин. Пациентки были распределены таким образом: I группа – 75 женщин с подтвержденным диагнозом рака молочной железы, II группа – 100 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез, и 100 здоровых женщин, которые составили конт-

рольную группу. Оценивали длительность лактации и частоту применения различных способов прекращения лактации. Такими способами являлись: физиологическое угасание, «насильственный» (перевязывание), медикаментозный.

Анализ полученных данных показал, физиологическое угасание лактации имело место у 50,7% женщин I группы, что меньше, чем у пациенток II (75,0%) и контрольной группы (71,0%), где данный способ прекращения лактации преобладает. Также обращает на себя внимание тот факт, что в I группе доля пациенток, у которых лактация прекращена «насильственным» способом, достоверно больше (48,0%), чем у пациенток II (22,0%) и контрольной группы (28,0%). Медикаментозный способ прекращения лактации применялся у 1,5% женщин I группы, во II группе – 3,0%, в контрольной группе – 2,0%.

Таким образом, способ прекращения лактации имеет отдаленное влияние на состояние молочных желез. «Насильственное» прекращение лактации увеличивает риск развития рака молочных желез.

ЕДВА НЕ ПОГИБШИЕ ЖЕНЩИНЫ («NEAR MISS MATERNAL MORBIDITY»). ЧТО ПОМОГЛО ИМ ВЫЖИТЬ? ДЕФИНИЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА

Е. Ю. Лебеденко, М. П. Курочка, Н. Б. Кузнецова, Т. Е. Феоктистова, О. В. Гайда, А. Ф. Михельсон, И. Г. Багдасарова, А. В. Ковалева

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону.

Летальный исход – самое трагическое, чем может завершиться беременность. Материнская смертность (МС) – важнейшая медико-социальная проблема в мире. При оценке качества родовспоможения отправной точкой традиционно считается именно уровень материнской смертности. Однако, каждый год в мире около 5 500 000 женщин оказываются на грани акушерских потерь. Каждую минуту в мире возникает 8 смертельно опасных акушерских осложнений, предшествующих фатальному исходу! Несмотря на то, что женщина остается жить, реально не произошедший случай материнской смерти является патогенетической основой развития тяжелой хронической патологии и увеличивает риск летального исхода при дальнейшей реализации репродуктивной функции.

Несмотря на пристальный интерес к данной проблеме, возможные, но реально не произошедшие случаи МС не формируют показатель системы государственной статистики. Они не подвергаются системному аудиту органами управления здравоохранением. Дефиниция – определение строго фиксированного смысла термина не завершена.

Проведенный нами сравнительный анализ случаев тяжелых акушерских осложнений, едва не завершившихся летальным исходом – near miss (n=228) и материнских смертей (n=74), произошедших в Ростовской области за 10-летний период, показал отсутствие возрастных отличий. Женщины в возрасте от 21 до 30 лет встречались соответственно в 43,8% и 43,3% случаев, в возрасте от 31 до 40 – в 38,2% и 35,1%. Критические случаи с наибольшей частотой отмечались среди рожениц (91,2% и 87,8% соответственно), пациентки были сопоставимы по паритету: повторнобеременными были соответственно 61,8% и 78,9%, повторнородящими – 62,7% и 53,2%.

Сопоставимая по анамнестическим факторам риска величина баллов (15,3±2,1 в группе near miss и 15,7±1,9 в случаях МС) со II триместра беременности имела однонаправленную тенденцию к росту и к концу III триместра достигла соответственно 21,7±2,6 и 27,8±2,3 баллов.

Более высокая частота родов через естественные родовые пути отмечена среди «near miss» (51,7% против 35,7% в случаях МС). При этом в структуре оперативного родоразрешения частота экстренных кесаревых сечений была сопоставима в обеих группах (соответственно 55,9% и 69,9%). Преобладание в обеих группах кесаревых сечений, произведенных в экстренном порядке, над плановыми, свидетельствует о неиспользованных резервах своевременной диагностики и прогноза угрожающих состояний как для матери, так и для плода.

Не отличался нозологический профиль и структура причин развития критических состояний. В обеих группах отмечалась сопоставимая частота акушерских кровотечений (в группе «near miss» – 42,1%, в случаях МС – 41,8%), осложнений гестоза (соответственно 14,0% и 16,8%), различных форм сепсиса (21,1% и 24%) и экстрагенитальных заболеваний (16,4% и 14,1%).

В спектре дефектов диагностики, отмеченных с сопоставимо высокой частотой (67,2% и 72,4% случаев), в обеих группах встречалось отсутствие мониторинга факторов риска в течение беременности, неполное лабораторное обследование и неверная трактовка полученных результатов, недостатки в консультативной помощи смежных специалистов, обследование тяжелых пациенток вне стационара, отмечались ошибки в оценке качественных и количественных компонентов гемостаза. Дефекты на этапе оказания госпитальной помощи во время беременности также с равной частотой встречались в обеих группах (в

группе «near miss» – 51,7%, в случаях МС – 62,8%) – несвоевременное начало лечения, пролонгирование беременности при отсутствии эффекта от терапии, полипрагмазия.

Однако, нами выявлены существенные отличия в частоте организационных дефектов (6,2% в группе «near miss» и 44,2% – в группе МС, $p < 0,05$), а также в доле профессионально компетентных специалистов, оказывавших медицинскую помощь (соответственно 92,7% и 44,2%, $p < 0,05$). Пересмотр акушерской тактики в результате интранатального прироста факторов перинатального риска и своевременный перевод пациенток в учреждение родовспоможения III уровня отмечались в группе «near miss» с достоверно большей частотой ($p < 0,05$) по сравнению со случаями, завершившимися летальным исходом: 71,0% и 88,3% против 12,1% и 25,7%.

Кроме того, статистический анализ допущенных ошибок показал, что при схожем спектре дефектов в оценке факторов риска, в диагностических и лечебных мероприятиях, исследуемые группы значительно отличались по средним значениям баллов – числу ошибок на 1 пациентку. Так, в случаях материнских смертей их количество на одну пациентку достоверно ($p < 0,05$) превышало аналогичные при оказании помощи «near miss» (ошибки в оценке факторов риска $0,922 \pm 0,017$ и $0,733 \pm 0,120$; дефекты диагностических и лечебных мероприятий $0,894 \pm 0,023$ и $0,666 \pm 0,110$; низкий уровень профессиональной подготовки специалиста $0,892 \pm 0,023$ и $0,616 \pm 0,090$; неадекватный уровень учреждения родовспоможения $0,844 \pm 0,035$ и $0,583 \pm 0,096$).

Значимость тщательного клинического анализа случаев «едва не умерших» женщин подтверждается выявленной корреляционной зависимостью между риском неблагоприятного исхода и допущенными дефектами. Наиболее выраженной является связь с ошибками в оценке факторов акушерского и перинатального риска ($r = 0,861$), при проведении организационных мероприятий ($r = 0,836$), а также профессиональной подготовкой специалистов ($r = 0,823$).

По нашему мнению, предикторами (прогностическими маркерами) развития случаев near miss являются: недооценка прогрессивного увеличения баллов факторов перинатального риска в течение беременности и родов; несоответствие уровня учреждения родовспоможения группе акушерского и перинатального риска; отсутствие необходимых теоретических и практических (мануальных) знаний и навыков у акушеров и анестезиологов, оказывающих медицинскую помощь пациенткам группы «высокого» риска.

В формулировке определения возможных, но реально не произошедших случаев материнской смерти необходимо следовать принципу – как и для случаев материнской смерти должна использоваться одна и та же классификация первоначальных причин. ВОЗ предлагает для обсуждения следующее определение – это женщины, которые были при смерти, но выжили после осложнения, случившегося во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности. Более точным, по нашему мнению, является следующая формулировка. Едва не погибшие женщины (near miss) – это пациентки, пережившие угрожающие жизни состояния в результате акушерских причин, экстрагенитальных заболеваний или допущенных дефектов оказания медицинской помощи во время беременности, родов и 42 дней послеродового периода, кроме травм, отравлений, других последствий внешних причин, ВИЧ и акушерского столбняка.

Таким образом, случаи «near miss», как и материнские смерти, должны подвергаться углубленному анализу. Основное преимущество регулярного изучения критических состояний в акушерстве по сравнению со случаями материнских летальных исходов состоит в том, что они регистрируются гораздо чаще и, как следствие, дают больше материалов для полного статистического анализа. В целом, чем большее число случаев «near miss» подвергается анализу, тем более детальную количественную информацию о факторах риска и допущенных дефектах при оказании медицинской помощи можно получить по сравнению с анализом относительно небольшого количества случаев материнских потерь. Это предложение является крайне важным с точки зрения клинического аудита, требующего достаточно больших массивов данных для получения статистически значимых результатов, позволяющих судить о наличии резервов на пути к достижению заданной цели – снижению материнской смертности.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТОК ЗІ ЗМІШАНИМ ГЕНІТАЛЬНИМ ІНФІКУВАННЯМ

С. І. Литвинюк, В. І. Пирогова, І. І. Охабська

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

Попередження післяопераційних ускладнень в клініці ургентної гінекології, з огляду на поширеність генітальних інфекцій, продовжує залишатись актуальною проблемою. Застосування антибіотиків дозволило суттєво зменшити частоту гнійно-септичних ускладнень, однак абсолютне число вірусних і змішаних інфекцій продовжує зростати, а за визначенням ВОЗ «герпесвірусні інфекції будуть визначати майбутнє інфекційної

патології у XXI сторіччі». Проведене дослідження частоти післяопераційних ускладнень, пов'язаних зі змішаними бактеріально-вірусними ураженнями статеві сфери засвідчило, що майже у 25% хворих спостерігається загострення інфекційного процесу.

Метою роботи був аналіз ефективності застосування препаратів з протівірусною та імуномодулюючою властивостями у профілактиці періопераційних ускладнень. Під спостереженням перебувало 22 пацієнтки з вірусно-бактеріальним інфікуванням, встановленим методом ПЛР, з вказівками на часті епізоди рецидиву генітального герпесу, які були оперовані ургентно в зв'язку з позаматковою порушеною вагітністю, ускладненою кістою яєчника, ускладненою міомою матки. Всі пацієнтки отримували з передопераційного періоду Алокін-альфа (цитокіноподібний пептид алоферон) по 1 мг підшкірно, на курс лікування 6 ін'єкцій з інтервалом 2 дні на тлі базисної інтраопераційної антибіотикопротифілактики. Післяопераційні ускладнення були відсутні, рецидивів генітального герпесу протягом піврічного спостереження не було.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИРЕОЇДНОЇ І ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ З ЙОДОДЕФІЦИТНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

В. В. Маляр

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород.

Згідно зі сучасними даними, синдром плацентарної недостатності відноситься до мультфакторної патології, в патогенезі якої важливу роль відіграє тиреоїдна система.

Частота фетоплацентарної недостатності при тиреоїдній патології, за даними різних авторів, сягає до 76,1%.

У патогенезі фетоплацентарної недостатності немала роль належить ендокринним захворюванням, зокрема патології щитоподібної залози.

Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених проблемі фетоплацентарної недостатності, деякі аспекти її і сьогодні залишаються недостатньо вивченими, зокрема при тиреопатії.

Метою дослідження явилось вивчення взаємозв'язку тиреоїдної і фетоплацентарної системи у вагітних, проживаючих в умовах природного йодного дефіциту.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 80 вагітних з еутиреоїдним зобом (основна група). Серед пацієнток основної групи у 76 (95,0%) верифікований діагноз еутиреоїдний зоб на тлі йододефіцитного стану (рівень медіани йодурії < 100 мкг/л).

Контрольну групу склали 30 пацієнток з нормальним перебігом вагітності без соматичної патології та нормальним забезпеченням організму мікроелементом йоду (медіани йодурії > 100 мкг/л).

У 76 вагітних основної групи проведено комплексне клініко-лабораторне і біофізичне обстеження.

При проведенні проспективного клініко-статистичного дослідження і аналізі перебігу вагітності й пологів враховували наявність соматичної патології, особливості ускладнень при вагітності і пологах, кількість втручань в пологах. Стан новонародженого оцінювали за шкалою Апгар з неонатологом і робили кінцевий висновок про ранній неонатальний період.

Ультразвукова оцінка параметрів щитоподібної залози проводилася на апараті «Tosiba» (Японія).

Функціональний стан щитоподібної залози оцінювали за рівнем в сироватці крові вагітних тиреотропного гормону (ТТГ), вільного (FT₄) тироксину, які визначали методом імуноферментного аналізу. Додатково проводили вимірювання йодурії церій-арсенітовим методом (норма – медіана йодурії < 100 мкг/л).

Комплексна оцінка стану плода проводилася за величиною показника STV, що відповідає «критеріям Девіса / Радмана».

Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою стандартних програм статистичного аналізу Microsoft Excel 5,0.

Вагітні жінки основної і контрольної груп були у віці від 16 до 30 років, соціальний склад вагітних основної і контрольної груп суттєво не відрізнявся. Два і більше соматичних захворювань в анамнезі у жінок основної групи зустрічалися у 38 (50,0%) і у 24 (31,6%) – контрольної групи. В структурі гінекологічної захворюваності порушення менструального циклу відмічено у 22 (28,9%) жінок з еутиреоїдним зобом. Пізні менархе, олігоменорея і первинне безпліддя відмічено тільки у жінок з наявністю зобу на тлі йододефіциту. Одержані дані вказують на несприятливі прегравідарні умови у жінок з нестачею мікроелемента йоду.

За результатами пальпації і ультразвукового дослідження щитоподібної залози, дифузний еутиреоїдний зоб I ступеню був діагностований у 60 (78,9%) вагітних, II ступеню – у 16 (21,1%).

При ультразвуковому дослідженні фетоплацентарної системи у 76 пацієнток з еутиреоїдним зобом виявлено відхилення від норми одного і більше сонографічних показників – у 68,4%. Так, у 21 (27,6%) вагітної із зобом мали місце затримка росту плода, у 27 35,5% – маловоддя, у 15 (19,7%) – візуалізувалася «тонка плацента». В контрольній групі даних ускладнень не виявлено. Гіпотироксимія при маловодді спостерігалася у 16 (59,3%). Середнє значення FT_4 при маловодді у вагітних із зобом було суттєво нижчим ($11,03 \pm 0,7$ пмоль/л), ніж при нормальному об'ємі амніотичної рідини ($13,31 \pm 1,10$ пмоль/л; $p < 0,05$). У вагітних із зобом на тлі маловоддя порушення матково-плацентарного і плодово плацентарного кровообігу I-II ступеня відмічено у 21 (77,8%).

При цьому на КТГ показник STV знаходився в межах 3,0-3,49 мс. (критерій Девіса / Радмана), який свідчить на наявність ацидемії у плода і його загрозливий стан.

При вивченні функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи нами встановлено, що в умовах йодної нестачі частоти гіпотироксимії під час вагітності є вищою у жінок з еутиреоїдним зобом. Так, у 26 (34,2%) вагітних із зобом і у 5 (6,6%) без зоба в другій половині вагітності виявився знижений рівень вільного (FT_4) тироксину (менше 9 пмоль/л) при нормальних значеннях ТТГ.

Аналіз перебігу вагітності показав, що при низьких значеннях FT_4 значно частіше спостерігається загроза переривання вагітності – у 77,6%, анемія – у 76,3% і гестоз – у 40,8%. Установлено, що при загрозі перериванні вагітності, анемії і гестозі значення вільного (FT_4) тироксину склали ($9,1 \pm 1,1$; $9,3 \pm 0,6$; $9,9 \pm 0,8$ пмоль/л) відповідно, ніж у вагітних жінок без вказаних ускладнень вагітності ($12,5 \pm 1,2$ пмоль/л; $p < 0,05$).

Таким чином, одержані дані свідчать про тісний взаємозв'язок функціонального стану тиреоїдної і фетоплацентарної системи у вагітних при йододефіцитній патології. Рівень вільного (FT_4) тироксину та показник STV «критерію Девіса / Радмана» можуть бути використані в якості маркерів внутрішньоутробного стану плода.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

І. М. Мелліна, Л. І. Тутченко, А. А. Гамоля, С. М. Янютя

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ.

Проаналізовано 259 випадків вагітності у жінок з гіпертонічною хворобою з урахуванням індексу маси тіла. У 118 з них вивчено також показники збільшення маси тіла під час вагітності, толерантності до глюкози, вмісту загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої щільності в сироватці крові.

Встановлено, що надлишкова маса тіла і ожиріння спостерігаються у 73,0% вагітних з гіпертонічною хворобою, що в 5,6 разів частіше, ніж в популяції. У жінок з гіпертонічною хворобою I ступеня надмірна маса тіла є додатковим фактором ризику несприятливого перебігу вагітності. У цієї категорії хворих значно частіше спостерігаються поєднана прееклампсія і, в тому числі, прееклампсія тяжка, рання; передчасні пологи, розродження шляхом операції кесарева розтину; більш високими є показники перинатальних втрат і тяжких порушень стану дитини. При гіпертонічній хворобі 2 і 3 ступеня частота ускладнень вагітності та перинатальних втрат вкрай висока, але не залежить від показників маси тіла матері. У повних жінок з гіпертонічною хворобою часто спостерігаються патологічне збільшення маси тіла (більш ніж у половині), поява цукрового діабету (у 30,8%), виникнення і зростання порушень ліпідного обміну, що вказує на розвиток у багатьох з них під час вагітності такого важкого захворювання як метаболічний синдром. Безпосереднього негативного впливу гестаційного діабету, за умов своєчасного проведення лікувально-профілактичних заходів, та дисліпідемії на перебіг вагітності у жінок з гіпертонічною хворобою не виявлено. Виникнення поєднаної прееклампсії, а також порушень стану плода у повних жінок з гіпертонічною хворобою, так само як і у хворих з нормальною масою тіла, перш за все, пов'язані з характерними порушеннями центральної гемодинаміки. У вагітних з гіпертонічною хворобою I ступеня в поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням, на відміну від хворих з нормальною масою, вони виникають значно частіше.

Для вагітних з гіпертонічною хворобою й ожирінням удосконалено лікувально-профілактичні заходи. Вони включають: раціональне харчування, антигіпертензивну терапію, яка спрямована на нормалізацію показників центрального кровообігу, а також позитивно впливає на обмін ліпідів і не порушує толерантності до глюкози; використання препаратів, що усувають дефіцит магнію, засобів, що покращують функціональний стан печінки і сприяють нормалізації обміну холестерину, малих доз ацетилсаліцилової кислоти.

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Л. В. Михайлик-Пішак, І. І. Гудивок

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

В перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) важливе значення відіграє порушення рівноваги між процесами перекисного окислення ліпідів та системою антиоксидантного захисту.

Вивчаючи показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) у крові жінок з фізіологічною вагітністю (ФВ), виявили підвищення вмісту гідроперекисів ліпідів і малонового діальдегіду (МДА).

При вивченні стану ПОЛ у крові жінок з ГХ нами виявлено, що вміст продуктів перекисного окислення ліпідів (дієнових кон'югат (ДК) і малонового діальдегіду) достовірно збільшується ($p < 0,05$) при ГХ в порівнянні з фізіологічним перебігом вагітності, що може бути однією з причин гіпоксичного стану матері та плода в зв'язку з пошкоджуючою дією перекисів на фосfolіпідні мембрани еритроцитів. Вміст малонового діальдегіду при ГХ ($p < 0,01$) статистично достовірно перевищував вміст в порівнянні з ФВ і відображав ступінь важкості ГХ. Так, вміст МДА в крові вагітних з ГХ I ступеня важкості збільшився в 1,22, а при ГХ II ступеня в 1,57 рази ($p < 0,05$). Ідентична направленість змін спостерігалась з рівнем ДК. Так, у вагітних ГХ I ступеня вміст ДК підвищується в 1,48 ($p < 0,05$), а у вагітних з ГХ II ступеня – у 1,82 рази ($p < 0,01$) при порівнянні з ДК у вагітних контрольної групи. Нами підтверджено, що посилення процесів переокислення ліпідів знаходиться в прямій залежності від ступеня тяжкості патологічного процесу. Відмічене посилення процесів ліпопероксидації супроводжувалося змінами в системі антиоксидантного захисту у вагітних досліджуваних груп. Як показали наші дослідження, у вагітних з ГХ I-II ступеня зростає активність АОСЗ, що проявляється підвищенням активності церулоплазміну в 1,53 і 1,20 рази, зростанням насиченості трансферину залізом – в 1,07 і 1,08 рази, СОД – в 1,14 і 1,18 рази, а активності каталази – в 1,09 і 1,15 рази відповідно в порівнянні з фізіологічним перебігом вагітності.

Підвищення активності факторів АОСЗ (церулоплазміну, трансферину, СОД, каталази) при ГХ I-II ступеня свідчить про напруження антирадикальної системи захисту.

ЗНАЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДРАКОВЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ

**Е. В. Ольшевская, А. В. Чурилов, В. Л. Подоляка, Д. В. Подоляка, Ю. Г. Друпп,
В. С. Ольшевский, Д. С. Бухтеев**

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

В работе определена зависимость развития патологических состояний эпителия шейки матки от влияния инфекции, передающейся половым путем.

Обследовано 180 женщин с патологическими состояниями эпителия шейки матки. Пациенткам проведена простая и расширенная кольпоскопия. Выявление хламидий и микоплазм производилось иммуногистохимическим методом – прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), папилломавирусной инфекции – цитологическим методом, герпесвирусной – реакцией иммунофлюоресценции (РИФ).

По данным кольпоскопического исследования, у 72 (40,0%) женщин выявлена эктопия цилиндрического эпителия, у 34 (18,9%) – доброкачественная незаконченная зона трансформации (зона доброкачественной метаплазии), у 25 (13,9%) – Ovule Nabothi, у 21 (11,6%) – истинная эрозия, у 9 (5,0%) – эндометриоз шейки матки; у 19 (10,6%) кольпоскопическая картина соответствовала cervical intraepithelial neoplasia (CIN) различной степени выраженности. При идентификации инфекционных агентов при эктопии цилиндрического эпителия у 6 (8,3%) женщин выявлен папилломавирус, у 7 (9,72%) – вирус герпеса, у 14 (19,4%) – хламидии, у 8 (11,1%) – микоплазмы, в остальных случаях выявлена условно-патогенная флора. У 4 (11,8%) женщин с зоной доброкачественной метаплазии определена герпетическая инфекция, у 6 (17,6%) – микоплазмы, у 5 (14,7%) – хламидии. Наиболее высокая частота инфицирования выявлена у женщин с CIN. Обнаружено, что у 7 (36,8%) пациенток CIN была индуцирована вирусом герпеса, у 7 (36,8%) – папилломавирусом, у 3 (15,8%) – хламидиями; у 1 (5,3%) – микоплазмой, в 1 (5,3%) случае выявлена условно-патогенная флора.

Результати досліджень показали роль інфекції, передаваної статевим шляхом, у розвитку патологічних змін епітелію шийки матки. Ведуче значення у розвитку преінвазивних процесів шийки матки – CIN – належить герпесвірусній інфекції та папіломавірусу. Своєчасне виявлення інфекційних агентів та проведення етіологічного лікування є профілактикою раку шийки матки.

ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ ГІПОГАЛАКТІЇ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

В. С. Ольшевський

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк.

Пріоритетним завданням у охороні здоров'я ХХІ століття є забезпечення «здорового старту» у житті дитини.

Причини, що сприяють розвитку гіпогалактії, яка спостерігається у 26,0%-80,0% годуючих матерів, чисельні. Такі залежать від «материнських» факторів і стану новонародженого. В Україні зросла частота лейоміоми матки (ЛМ) у жінок репродуктивного віку до 25,0%-30,0%. Серед вагітних лейоміома матки спостерігається у 7,0%-8,0% жінок. Ураховуючи зростання частоти ЛМ, забезпечення повноцінного грудного годування, визначення факторів ризику, які будуть сприяти розвитку гіпогалактії у жінок з лейоміомою матки є особливо гострим і актуальним питанням.

Проаналізовано клініко-анамнестичні дані у 70 вагітних з лейоміомою матки для визначення факторів ризику розвитку у таких гіпогалактії. У обстежених жінок 1 вузол у матці спостерігався в 2,9 рази частіше, ніж множинні вузли. У максимальній кількості досліджених – у 45,72% випадків – лейоміома матки відносилась до типу I згідно з клініко-ультразвуковою класифікацією лейоміоми матки (згідно наказу №582 МОЗ України) за кількістю, розмірами, локалізацією вузлів.

Аналізуючи вік досліджених, визначено, що більшість жінок були у віці 31-35 років (42,86%) та 36-40 років (25,71%). У обстежених відзначено високий інфекційний індекс, відмічалось поєднання декількох інфекційних захворювань. При гострих і хронічних інфекційних захворюваннях залізо інтенсивно витрачається на нейтралізацію мікробних токсинів, фіксується клітинами в осередках запалення. Ураховуючи, що головні інгредієнти грудного молока утворюються із крові (під впливом гормонів гіпоталамо-гіпофізарної області і периферійних залоз внутрішньої секреції), гострі і хронічні інфекційні захворювання будуть впливати на стан крові і, відповідно, на якісні інгредієнти молозива і молока у породіль з лейоміомою матки.

Переважаючими серед гінекологічних захворювань були запальні процеси матки і придатків – у 28,57% випадків. Значна частота штучних абортів – у 45,71% жінок – має значення в розвитку хронічних запальних захворювань матки і придатків. До того ж, згідно наукових даних, аборти викликають виникнення регенеративних проліфератів внаслідок ушкодження міометрію, механічних травм, та пухлинну агресію і розвиток лейоміоми матки.

При захворюваннях печінки, які відзначено нами в анамнезі у 14,29% випадках, за даними науковців, порушується білковий обмін і процес використання печінкою білків крові для синтезу «попередників» молока і утворення білка молока з останніх молочною залозою, що може негативно позначитися на якісному складі молозива і молока.

Таким чином, при проведенні клінічних досліджень визначена залежність частоти розвитку лейоміоми матки від віку жінки, від частоти супутньої хронічної екстрагенітальної інфекційної патології та запальних захворювань матки і придатків, акушерської і гінекологічної патології, від паритету. Наявність гострих і хронічних інфекційних захворювань, як екстрагенітальних, так і генітальних, соматичної патології, обтяженого акушерського і гінекологічного анамнезу є факторами ризику, які будуть сприяти розвитку гіпогалактії у жінок з лейоміомою матки.

ВИЯВЛЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

С. О. Остафійчук¹, Т. Б. Сніжко¹, Н. І. Генік¹, В. Д. Воробій², Я. В. Босацький²

¹Івано-Франківський національний медичний університет; ²Прикарпатський центр репродукції людини, м. Івано-Франківськ.

Висока частота ранніх репродуктивних втрат та ускладнень вагітності визначає актуальність вивчення проблеми виношування вагітності, що наступила після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Метою нашої роботи було проаналізувати перебіг вагітності та пологів у жінок із ДРТ.

Нами проведено ретроспективний аналіз історій пологів в період з 2007 по 2009 рр. у 66 пацієнток з одноплідною вагітністю після застосування ДРТ, розроджених в пологових будинках м. Івано-Франківська. В контрольну групу ввійшли 45 жінок з фізіологічним настанням вагітності. Середній вік жінок склав $(33,7 \pm 2,3)$ роки. Первинне безпліддя до застосування програм мали 36,4%, вторинне – 63,6%. Ведучим фактором непліддя був трубно-перитонеальний (у 42,4% пацієнток). У 63 (95,5%) жінок вагітність настала внаслідок запліднення *in vitro*, у 3 (4,5%) – штучної інсемінації сперматозоїдами чоловіка. Всі пацієнтки отримували гормональну підтримку вагітності препаратами прогестерону.

У 45 (68,1%) вагітних в першому триместрі виявлялися явища загрози викидня, з них у 34,8% – з утворенням ретрохоріональної гематоми, блювотою вагітних середнього та важкого ступенів – у 18,2%. Ранній мимовільний викидень відбувся у 11 (16,6%) жінок, завмерша вагітність – у 7,6%. По при те, що всім пацієнткам з безпліддям на прегравідарному етапі проводилось адекватне лікування уrogenітальних інфекцій, у 17 (25,8%) з них в першому триместрі відмічалось загострення інфекційного процесу. Гормонотерапія, яка проводиться з метою збереження вагітності, сприяє активації бактеріально-вірусної інфекції, що викликає утробне зараження плода, хоріоамніоніт і стає провокуючим фактором переривання вагітності. Перебіг другого триместру супроводжувався загрозою передчасних пологів у 34 (51,5%), а виявлення істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) з подальшою хірургічною корекцією – у 23 жінок, що майже вдвічі перевищило такі ж показники у жінок з фізіологічним настанням вагітності ($p < 0,05$). Плацентарна недостатність, за даними УЗД, відмічалась у 36,4% випадків, затримка утробного розвитку плода – у 9 (13,6%), розвиток прееклампсії легкого та середнього ступенів тяжкості – у 18,2% вагітних. Високу частоту даних ускладнень можна пояснити імунологічним фактором, який є вищим в групі жінок з непліддям в анамнезі. Вагітність завершилася передчасними пологами у 4 (6,0%) жінок. Термінові пологи через природні пологові шляхи відбулися у 12 (26,7%), а операція кесаревого розтину була проведена у 33 (73,3%) жінок. Показаннями до операції в більшості випадків були поєднання обтяженого анамнезу та акушерської патології.

Здійснений нами аналіз підтверджує існуючі на сучасному етапі дані про високу частоту загрози переривання вагітності на різних термінах після ДРТ, формування ІЦН, плацентарної недостатності та оперативного розродження. Отримані дані вимагають особливої уваги до ведення вагітності після ДРТ, направленої на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ У ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ю. С. Парашук, Е. В. Благовещенский, Г. В. Мальцев

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Проблема юных первородящих остается актуальной в современном акушерстве, поскольку сохраняется тенденция к увеличению числа беременностей и родов у женщин юного возраста.

Работа выполнена на основании клинично-лабораторного обследования 120 беременных женщин в возрасте от 13 до 18 лет с железодефицитной анемией различной степени тяжести (основная группа) и 30 – без анемии (контрольная группа). Исследования показали, что наиболее распространенной патологией была угроза выкидыша, ранние гестозы, преэклампсия различной степени тяжести, фетоплацентарная недостаточность, материнско-плодовая инфекция.

Установлено, что у юных беременных основной группы уровень пролактина достоверно не отличался от контрольных показателей. Сохранялось его постепенное нарастание к концу беременности, однако возрастание значений пролактина возникало позже, чем в контрольной группе – только к концу II-го триместра. У юных с анемией II-III степени уровень эстриола практически всю беременность оставался сниженным и только к концу III-го триместра незначительно повышался, не достигая показателей группы контроля. Содержание прогестерона на протяжении беременности у юных основной группы было достоверно сниженным по сравнению с контролем. Выявлена зависимость уровня плацентарного лактогена от степени выраженности анемии. У юных с анемией II и III степеней содержание данного гормона во II и особенно в III триместрах имели тенденцию к повышению.

Анализ иммунологического статуса беременных основной группы выявил наличие признаков дисбаланса в иммунной системе, изменения основных показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета. В большей мере изменения отмечены при анемии III степени. Выявлено снижение содержания Т- и В-лимфоцитов в сравнении с показателями контрольной группы, и это снижение имело прямую зависимость от степени анемии. Средний уровень иммуноглобулинов IgG у юных был достоверно выше, чем в контрольной группе, причем максимально повышенным при анемии III степени. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте срыва адаптационных механизмов иммунокомпетентной системы и

нейрогуморальної регуляції у вагітних юного віку при вагітності, ускладненій залізодефіцитною анемією.

У 77 (85,5%) жінок основної групи вагітності протікали з ускладненнями. Основне місце займало несвоєчасне излитие околоплодных вод, преждевременные вагітності, слабкість родової діяльності, родової травматизм. Послеродовий період ускладнився у 21 (23,3%) вагітної родильниці з анемією. Найбільше часто відзначалися субінволюція матки, послеродовий ендометрит.

При морфологічному дослідженні вагітних основної групи встановлено, що по мірі посилення ступеня анемії в них нарастали явища дистрофії. Мали місце порушення созрівання ворсин, зниження колагенізації і склерозування стромы, посилення гемодинамічних порушень, зниження обмінних процесів, що свідчувало про розвиток функціональної недостаточності плаценти.

Отримані результати необхідно використовувати в клінічній практиці при веденні вагітних з залізодефіцитною анемією.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІЗНІХ ГЕСТОЗІВ

І. І. Пацкань, В. В. Корсак

Ужгородський Національний Університет, м. Ужгород.

Однією з актуальних проблем в сучасному акушерстві є пізні гестози. Незважаючи на досягнення у вивченні етіопатогенезу та впровадження нових методів профілактики і лікування, частота їх коливається від 10% до 30% без тенденції до зниження, а у 25-75% випадках його перебіг ускладнюється розвитком фетоплацентарної недостатності. Відповідно, дана патологія обумовлює високий рівень материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

Характер патологічних проявів пізніх гестозів потребує одночасного призначення для лікування великої кількості медикаментозних препаратів, які мають побічний вплив на матір і плід. Обмежити медикаментозну поліпрагмазію можливо при використанні медичного озону, який добре переноситься, практично відсутня побічна дія, обмежені протипокази, а механізм дії забезпечує системне відновлення гомеостазу. З метою покращення результатів лікування пізніх гестозів вагітних пропонується застосування озонотерапії, як елемента клініко-патогенетичної обґрунтованої терапії із зниженням традиційного медикаментозного навантаження.

Під спостереженням знаходилось 52 вагітні у третьому триместрі вагітності віком від 21 до 35 років, перебіг вагітності яких у 36 випадках ускладнився пізнім гестозом, а саме: преєклампсією середнього та важкого ступеня тяжкості. З них 16 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності – I група (контроль). Основна група обстежених вагітних, в залежності від способу лікування, була поділена на дві клінічні групи: 18 вагітних, які отримали традиційне лікування згідно клінічного протоколу (II група) та 18 вагітних, яким проводили комплексне традиційне лікування з використанням озонотерапії (III група).

При цьому II і III групи вагітних з пізніми гестозами були однорідними за віком, скаргами, даними анамнезу, вихідними даними клінічного та лабораторного обстежень.

Озонотерапія у вагітних III клінічної групи проводилася на апараті «Медозонс – БМ», щоденно, 1 раз на добу, шляхом внутрішньовенних інфузій 200-400 мл озонованого 0,9% розчину натрію хлориду, з концентрацією озону 400мкг/л протягом 5-7 днів.

Ефективність лікування оцінювалась в динаміці у вагітних обох груп на основі клінічної картини, результатів загальних клініко-лабораторних даних, біохімічних аналізів крові, дослідження судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу, за даними показників коагулограми, визначення показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантної системи захисту (АОЗ) у плазмі крові. Контроль за станом плоду проводився в динаміці шляхом ультразвукового дослідження з доплерометрією, визначення біофізичного профілю плоду, проведення кардіотокографії.

Для порівняння використовували нормативні показники, отримані у жінок з фізіологічним перебігом вагітності в аналогічні терміни (I група – контроль).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою критерію Стьюдента. Різницю між порівняльними середніми величинами вважали вірогідною при t більше 2 та p менше 0,05.

Патогенетичний поліморфізм пізніх гестозів, медикаментозне навантаження при їх лікуванні і неможливість використання деяких груп препаратів спонукає до пошуку ефективних, безпечних немедикаментозних засобів лікування. Альтернативою є озонотерапія, а наша робота спрямована на визначення її ролі в комплексному лікуванні і підвищенні результатів проведеної терапії.

Озонотерапія позитивно впливала на клінічний перебіг гестозів, швидко зникали протеїнурія і набряклий синдром, нормалізувався артеріальний тиск, відмічався седативний ефект, покращувався стан плода.

За нашими даними, використання озонотерапії в комплексному лікуванні гестозів прискорює регресію симптомів і попереджає наростання важкості, покращує стан плоду, запобігає невиношуванню вагітності, профілактує прогресуючу анемію вагітної, сприяє зниженню ПОЛ і активації АОЗ, покращенню функціонування системи гемостазу.

В порівнянні з II групою, у вагітних III групи у 3 рази зменшилась частота ускладнень в родах, у 2 рази – оперативних втручань, в 1,8 рази – народження немовлят в стані асфіксії, і відповідно скоротилась тривалість перебування в стаціонарі. Ускладнень і побічної дії при використанні озонотерапії ми не спостерігали.

Таким чином, запропоноване застосування озонотерапії в комплексній терапії пізніх гестозів патогенетично виправдано, сприяє покращенню результатів лікування, позитивно впливає на плід, дозволяє знизити фармакологічне навантаження на матір-плід, практично не має протипоказань і побічної дії, економічно вигідне.

Використання медичного озону дозволяє добитися покращення клінічних та лабораторних показників стану органів та систем матері, що сприяє пролонгації вагітності та зменшенню ускладнень протягом вагітності, пологів та післяпологового періодів. Позитивний вплив озонотерапії на фето-плацентарний комплекс дозволяє запобігти ускладнень з боку плоду під час пологів, знизити показник малюкової захворюваності та смертності, покращити віддалені наслідки для новонароджених.

ПЕРЕБІГ ФОНОВИХ ПРОЦЕСІВ ЕКТОЦЕРВІКСУ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ГОРМОНАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

В. І. Пирогова, Н. Я. Голюк

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

Патологія шийки матки займає одне з чільних місць у структурі гінекологічної захворюваності. Шийка матки є однією з екологічних ніш, анатомічні особливості і функція якої знаходяться у взаємозв'язку зі станом мікробіоценозу піхви. У той же час процеси клітинної проліферації і диференціювання епітелію шийки матки є гормонозалежними і змінюються протягом менструального циклу. Висока ймовірність злоякісного переродження фонних захворювань шийки матки (ФЗШМ) при відсутності належної профілактики та лікування вимагає дослідження їх особливостей на тлі гормональної контрацепції.

Під спостереженням перебувало 30 жінок репродуктивного віку (середній вік $26,7 \pm 2,3$ років) з ФЗШМ, які бажали з метою запобігання вагітності використовувати гормональну контрацепцію. Обстеження включало визначення стану біоценозу піхви за тест-системою «Фемофлор»; онкоцитологічне дослідження мазків з шийки матки; виявлення методом ПЛР антигенів хламідій, вірусів простого герпесу та папіломи людини з типуванням; кольпоскопію; за показаннями – біопсію шийки матки. Виявлено значну частоту порушень біоценозу піхви з переважанням анаеробного дисбіозу (36,7%), у 16,7 % жінок – хламідійне інфікування, у 10,0 % – виділення вірусу простого герпесу II типу при відсутності клінічних проявів, у 23,3 % – інфікування вірусом папіломи людини. Проведений аналіз свідчить про необхідність детального обстеження пацієнток з ФЗШМ перед застосуванням гормональної контрацепції та проведення відповідного лікування.

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

В. И. Пирогова, С. А. Шурпак, Н. П. Слична

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов.

Невынашивание беременности представляет одну из важнейших проблем акушерства и перинатологии во всем мире. Несмотря на большое количество исследований, появление возможности выявления и устранения факторов риска невынашивания, активное изучение патогенеза репродуктивных потерь, частота невынашивания беременности остается стабильно высокой. На практике для сохранения беременности в каждом конкретном случае применяется значительный арсенал средств, эффективность и обоснованность которых как в случае потери беременности, так и в случае успешного ее вынашивания не анализируются.

Целью работы была оценка соответствия применяемого в клинике невынашивания беременности арсенала средств существующим практическим рекомендациям, данным доказательной медицины, клиническим протоколам.

Проведена ретроспективная оценка медицинской документации 850 женщин, госпитализированных в гинекологические стационары г. Львова в 2010 г. по поводу угрозы невынашивания.

По поводу угрозы прерывания первой беременности на стационарном лечении перебивало 387 (45,5%) пациенток в сроках от 6 до 12 недель (в среднем $7,85 \pm 2,05$ недель). Среди 463 повторнобеременных в анамнезе самопроизвольная потеря первой беременности до 12 недель – у 218 (47,1%), с 13 до 21 недели – у 78 (16,9%). У 19 (4,1%) первая беременность была внематочной, у 43 (9,3%) – закончилась искусственным абортom. Среди 296 повторно беременных у 102 (34,5%) данная беременность была планированной и, соответственно, были проведены медико-генетическое консультирование, обследование на перинатальные инфекции и прегравидарная подготовка. У 61 (15,8%) первобеременной диагноз угрозы прерывания беременности был установлен на основании данных ультразвукографии при минимальных жалобах пациенток и отсутствии структурных изменений шейки матки. Спектр медикаментозных средств, применявшихся для проведения терапии, направленной на сохранение беременности, варьировал в широких пределах – беременные получали от двух (102 – 12,0%) до 10 (97 – 11,4%) лекарственных препаратов одновременно. При этом два прогестагена одновременно на срок не менее двух недель назначались 251 (29,5%) пациентке. Обращало внимание широкое использование препаратов (спазмолитики, препараты магния, обезболивающие, седативные) с недоказанной эффективностью в плане сохранения беременности. В подавляющем большинстве случаев отсутствовали обоснование и критерии пролонгирования или отмены терапии, направленной на сохранение беременности.

Научно обоснованная клиническая практика должна базироваться на доказательной базе (клинические протоколы, Кокрановское руководство). Все вмешательства во время беременности требуют тщательной оценки, они должны базироваться на принципе обеспечения безопасности беременной и плода с отказом от полипрагмазии и «акушерской агрессии».

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

В. І. Пирогова, Т. П. Яремчук, С. О. Шурпяк, О. В. Молчанова, О. М. Цар, М. М. Карпінська
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів.

Імунологічні причини репродуктивних втрат визначені як існування імуногенетичних порушень гістосумісності, тромбофілії та антифосфоліпідного синдрому, антиспермальних антитіл, часто асоційованих з присутністю антитіл до гормонів плаценти та нейротрансмітерів, порушень вмісту в крові та ендометрії натуральних килерів та їх цитотоксичності, існування антитіл до гормонів плаценти та нейротрансмітерів.

Сучасні допоміжні репродуктивні технології дозволяють подолати деякі з вказаних причин репродуктивних порушень, але вагітність після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) може мати ускладнений перебіг. Клінічний аналіз особливостей вагітностей двійнями після ЕКЗ, які відбулися у ЛОКПЦ в 2010 році, показав, що клінічні прояви імунологічних порушень наступні:

- неплідність імунологічного генезу;
- неплідність нез'ясованого генезу;
- невдалі спроби ЕКЗ в анамнезі;
- ендометріоз;
- звикле невиношування вагітності в I та II триместрах;
- антенатальна загибель плода нез'ясованого генезу в анамнезі та під час цієї вагітності;
- ранній розвиток прееклампсії;
- існування під час цієї вагітності тих самих етіопатогенетичних факторів, які спричиняли репродуктивні порушення;

Диспансеризація вагітних з багатоплідною вагітністю після ЕКЗ повинна проводитися з визначенням факторів ризику репродуктивних втрат імунологічного генезу та своєчасною діагностикою та корекцією порушень мікроциркуляторного русла в матці та плаценті, в основі яких є не запальні, а імунологічні причини.

РОДОДОПОМОГА ВАГІТНИМ З ОБТЯЖЕНИМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИМ АНАМНЕЗОМ

І. В. Прокопів

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

Протягом останніх років до 20% контингенту пацієнток пологових відділень складають жінки, які не перебували на диспансерному спостереженні з приводу вагітності. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), представляють в даний час актуальну медичну і соціальну проблему. Проте, частота перинатальної

інфекції, пов'язаної з окремими ІПСШ, визначається не тільки їх поширеністю в популяції, але і частотою передачі. Ризик перинатального інфікування складає близько 30% для гонококової, до 50% – для уреаплазмової, 40% – для хламідійної інфекції і близько 50% – для сифілісу.

Вивчали частоту ІПСШ та перинатального інфікування у 85 вагітних, що не перебували на диспансерному спостереженні і були госпіталізовані в у ЛОКПЦ з приводу передчасного розриву плодових оболонок (45) або загрози передчасних пологів (40) у 23-32 тижні гестації. Проведено бактеріоскопічне дослідження вмісту родових шляхів, обстеження на хламідіоз, гонорею, сифіліс, вірусний гепатит В із застосуванням швидких тестів (Cito test, Pharmasco). Первинний сифіліс було виявлено у 7,6%, трихомоніаз – у 20%, гонорею – у 5,9%, хламідійне інфікування – у 37,7% вагітних, позитивні проби на вірусний гепатит мали місце у 24,7% випадків.

Таким чином, застосування швидких тестів при наданні допомоги вагітним, що з різних причин не перебували на диспансерному спостереженні, дає змогу виявити інфікування в момент надходження вагітних і провести відповідні протиепідемічні і лікувальні заходи.

МОНИТОРИНГ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОГО ІММУНІТЕТА У РОДИЛЬНИЦ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРІОДЕ

**А. А. Сависько, М. П. Костинов, Г. Г. Харсеева, Е. П. Евдокимова, И. В. Подгорный,
В. А. Шовкун**

Ростовский государственный медицинский университет; г. Ростов-на-Дону; Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова; г. Москва.

Вакцинопрофилактика является самым эффективным и доступным средством борьбы с дифтерийной инфекцией. В условиях низкой заболеваемости и снижения циркуляции возбудителя дифтерии естественный иммунитет почти не формируется, и особое внимание следует уделять мониторингу антитоксического иммунитета.

Целью исследования явилось изучение уровня противодифтерийного иммунитета у родильниц в раннем послеродовом периоде в зависимости от возраста.

В течение 2010-2011 гг. обследованы родильницы в раннем послеродовом периоде (139 человек) в возрасте от 17 до 44 лет. Содержание антител к дифтерийному анатоксину (ДА) определяли с помощью РПГА (НПК «Микроанализ», г. Москва). Защитный титр противодифтерийных антител составлял 1:20. Уровень антител оценивали по величине средней геометрической титров (СГТ). Содержание противодифтерийных антибактериальных антител (IgG) определяли методом ИФА к дифтерийному диализатному антигену (ДДА), выделенному из нетоксигенного штамма *C. diphtheriae*.

Исследование уровня напряженности противодифтерийного антитоксического иммунитета у родильниц в раннем послеродовом периоде свидетельствовало о высоком уровне их защиты против дифтерийной инфекции: доля серопозитивных к дифтерии лиц составила $94,6 \pm 1,9\%$. Причем высокие титры антитоксина (1:160 и выше) обнаруживали у большинства обследованных ($76,9 \pm 3,5\%$ женщин). При анализе уровня напряженности противодифтерийного иммунитета в зависимости от возраста установили, что все обследованные до 24 лет были серопозитивны к дифтерии. Женщины, не имевшие защитных титров противодифтерийного антитоксина, были обнаружены среди обследованных старших возрастов – 25-30 и 31-43 лет, среди которых число серопозитивных составило $93,4 \pm 3,2\%$ и $90,3 \pm 5,3\%$ соответственно. Полученные данные коррелировали и с результатами определения уровня противодифтерийного антитоксина, оцениваемой по величине СГТ. Так, у обследованных до 24 лет СГТ (1:679,2) была значительно выше ($p < 0,05$), чем у обследованных 25-30 и 31-43 лет (1:260,8 и 1:188,0 соответственно).

При изучении противодифтерийного антибактериального иммунитета у беременных установили, что содержание антибактериальных антител у всех обследованных было низким (4,2-5,2 мкг/мл) и не зависело от возраста.

Таким образом, результаты серологического мониторинга показали, что у родильниц старшего возраста отмечено снижение уровня противодифтерийного иммунитета, что свидетельствует о необходимости их вакцинации.

АНТЕНАТАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

В. В. Сімрок, Т. Ф. Корява

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ.

Преєклампсію варто розглядати не тільки як захворювання материнського організму, але як патологію плода, тяжкість перебігу якої відповідає тяжкості стану матері. Обстежено 103 вагітні жінки з преєклампсією

різного ступеня тяжкості. Під час антенатального обстеження реєструвались зміни біофізичного профілю плода (БПП), у вагітних з легким перебігом прееклампсії він складав $8,45 \pm 0,16$ балів. Серед жінок з прееклампсією середнього ступеня тяжкості відмічалось зниження бальної оцінки БПП до $7,4 \pm 0,38$ та у вагітних з тяжкою прееклампсією – до $6,44 \pm 0,22$ балів ($p < 0,05$). Всім жінкам з бальною оцінкою БПП нижче 8 проводили доплерографічне дослідження. Отримані дані доплерографії корелювали з даними БПП. У 44% вагітних з тяжкою прееклампсією та середнього ступеня тяжкості зареєстрована затримка розвитку плода в порівнянні з 14% пацієнток з прееклампсією легкого ступеня тяжкості. Отже, ступінь тяжкості прееклампсії корелює зі ступенем тяжкості стану плода: чим вищий ступінь тяжкості прееклампсії, тим більш незадовільні антенатальні показники стану плода. Це створює умови для пошуку та розробки нових методів лікування, які б могли забезпечити підвищену стійкість організму матері та плода до гіпоксії, а також сприяти раціональному та розумному підходу до фармакологічного навантаження на організм вагітної жінки та її майбутньої дитини.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЇ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

З. В. Сміх, В. І. Пирогова

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

Частота передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНRP) протягом останніх років зберігає сталу тенденцію до зростання. На долю ПВНRP припадає до 40% структури перинатальної смертності та дві третини акушерських коагулопатичних кровотеч, що зумовлює актуальність даної проблеми.

Проведено клініко-параклінічний аналіз перебігу 80 вагітностей, що ускладнились передчасним відшаруванням плаценти. Частота ПВНRP при недоношеній вагітності склала 22,4%, 7,6% – при доношеній вагітності. У 12,5% вагітних діагностовано маловоддя, у 10,0% – багатоводдя, у 17,5% – прееклампсію середнього та важкого ступенів. В анамнезі у 37,5% жінок – лікування з приводу інфекцій, що передаються статевим шляхом. У першій половині вагітності у 32,5% пацієнток неодноразово спостерігались вагінальні кров'яністі виділення. У 46,2% випадках ПВНRP передувало початку пологової діяльності, у 31,3% – розвинулося в процесі пологів. У 22,5% при частковому ПВНRP вагітність було пролонговано на $3,1 \pm 1,2$ тижні. Оперативним шляхом розроджено 93,8% вагітних. Перинатальна смертність склала 75%, період новонародженості ускладнився анемією, геморагічним синдромом, гіпоксичним ураженням ЦНС, респіраторними розладами тощо. Отримані дані свідчать про необхідність пошуку вірогідних методів прогнозування ПВНRP для покращення перинатальних і акушерських наслідків вагітності.

КЛІНІКО-ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПОШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

М. І. Спужак¹, Ю. А. Коломійченко¹, І. О. Вороньжев¹, В. В. Шаповалова¹, С. М. Гриценко²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти; ²Харківський міський клінічний пологовий будинок із неонатологічним стаціонаром, м. Харків.

Травматичні пошкодження верхньо-шийного відділу хребта (ВШВХ) зустрічаються в практиці неонатологів не рідко, як правило внаслідок пологової травми. Клінічно проявляються неврологічним дефіцитом, паралічами, парезами, відставанням дитини в психомоторному розвитку.

Мета дослідження – порівняти дані клінічних та променевих методів дослідження при травмах ВШВХ у новонароджених.

Проведено клініко-променево та лабораторне дослідження 33 дітей, що знаходилися на лікуванні в неврологічному стаціонарі Харківського міського клінічного пологового будинку із неонатологічним стаціонаром. Всім дітям проводилася традиційна рентгенографія (на апараті РУМ-20М), частині з них було проведено МРТ (12 дітей, на апараті Siemens Magnetom C, 0,36Т), а також УЗД шийного відділу хребта (ШВХ) в аксіальній і сагітальній площинах (15 дітей, на апараті Siemens Sonoline G40).

Першу групу склали 16 дітей (10 хлопчиків і 6 дівчаток). Пацієнти цієї групи мали клінічно виражені парези та неврологічні розлади. З них 14 народилися через природні пологові шляхи, 2 – шляхом кесаревого розтину. Стан важкий – у 4 дітей і дуже важкий – у 2. Труднощі при виведенні плечиків – у 4 дітей, у 3 – накладалися щипці. На п'ятій хвилині двоє дітей було переведено на апарат ШВЛ. Спонтанна рухова активність знижена у 12 новонароджених, у 2 – різко знижена в правій верхній кінцівці, у 1 – паретична установка кистей, у 1 – паретична установка кистей і стоп. М'язовий тонус дистонічний – у 12. У частини дітей – порушення рефлексів періоду

новонародженості. Друга група – 17 дітей (11 хлопчиків і 6 дівчаток) з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС, 14 народилися через природні пологові шляхи, 3 – шляхом кесаревого розтину. Важкий стан – у 1 дитини. Труднощі при виведенні плечиків – у 2 дітей, у 1 – накладалися шипці. Спонтанна рухова активність знижена у 8 новонароджених, у 2 – помірно знижена в правій верхній кінцівці. М'язовий тонус дистонічний у всіх, у 2 – відмічено тремор кінцівок. Порушення рефлексів достовірно не відрізнялося від 1 групи.

При рентгенографії в 2 проекціях відмічалися прояви ротаційного підввику атланта (асиметрія бічних мас С1 1 гр. 100%, 2 гр. – 3 (17,65%); розширення суглоба Крювел'є 1 гр. – 3 (18,75%), 2 гр. – 1 (5,88%); віялоподібне розходження дужок С₁ та С₂ 1 гр. – 7 (43,75%), 2 гр. – 2 (11,76%), розширення превертебральних м'яких тканин в 1 гр. – 8 (50,00%), 2 гр. – 7 (41,18%); кіфотичне викривлення осі шийного відділу хребта 1 гр. – 4 (25,00%), 2 гр. – 1 (5,88%); розтягнення ШВХ у 2 пацієнтів (12,50%) 1 групи).

При МРТ відмічено прояви ротаційного підввику атланта (асиметрія бічних мас С1 1 гр. – 7 (87,5%), 2 гр. – 1 (25,0%); розширення суглоба Крювел'є – 3 (37,5%), дужок С1 і С2 – 1 (12,5%) і викривлення осі ШВХ – 3 (37,5%) у пацієнтів 1 гр. Розширення м'яких тканин 1 гр. – 5 (62,5%), 2 гр. – 2 (50,0%). Пошкодження спинного мозку не визначалося.

При УЗД ознаки ротаційного підввику С1 (асиметричне розташування бічних мас 1 гр. – 4 (44,44%), 2 гр. – 1 (16,67%), розширення суглобової щілини суглоба Крювел'є у 2 (22,22%) і розтягнення в ШВХ у 1 (11,11%) пацієнтів 1 групи).

Таким чином, найчастішим клінічним проявом пошкодження ВШВХ є порушення рефлексів, м'язового тону, у важких випадках – паралічі і парези. Променеві методи є провідними в діагностиці пошкоджень ВШВХ.

АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАЧИНАЮТСЯ С ДЕТСТВА

И. А. Сухарева, Г. И. Неуймина

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

Бесплодие в последние годы стало важной медико-социальной проблемой во всем мире. В бездетных браках мужское бесплодие составляет от 34% до 54%. Столь высокий уровень распространенности этой патологии обуславливает большой интерес к ее изучению.

Проблемы с деторождением начинаются с детства, когда мальчик переносит эпидемический паротит, осложненный орхитом. К бесплодию приводит крипторхизм (неопущение яичка), если не сделать операцию до трех лет, и занятия спортом, связанные с поднятием тяжестей, когда при больших нагрузках развивается варикозное расширение вен семенных канатиков.

В последние годы произошло уменьшение концентрации сперматозоидов у мужчин. По данным ВОЗ, 40 лет назад нижняя граница нормы была 60 млн. сперматозоидов в мл, а сейчас – всего 20 млн. Современные исследования определили главных врагов для сперматозоидов: мобильный телефон, компьютер, высокие температуры, алкоголизм, курение, ожирение, пестициды и др. Так, еще в 2004 году венгерские ученые обнаружили, что у мужчин, которые носили мобильный телефон на поясе или в кармане брюк, качество спермы ухудшалось на 20-30% в течение года. В 2007 году ученые из США отметили, что длительные разговоры по мобильному телефону приводят к уменьшению количества сперматозоидов в сперме. Высокая температура негативно влияет на мужские половые железы. Простудные заболевания, протекающие с температурой выше 38°C, приводят к ухудшению качества показателей семенной жидкости, и репродуктивная функция восстанавливается только через 5 месяцев. Длительное сидение за компьютером, 5-6 часов подряд, приводит к перегреванию половых желез и негативно сказывается на их функциях. Курение сигарет и алкоголь значительно снижают репродуктивный потенциал мужчин. По данным специалистов из Университета Баффало (США), сперма от 2/3 хронических курильщиков не прошла специальный лабораторный тест, показывающий, способен ли сперматозоид оплодотворить яйцеклетку. У курящих мужчин способность к оплодотворению на 75% ниже, чем у не курящих. Способность к оплодотворению напрямую зависит от количества выкуриваемых сигарет за день и «стажа» курения. Алкоголь влияет на клетки, которые вырабатывают тестостерон, недостаточность которого приводит к развитию алкогольного гипогонадизма. Особенно опасен алкоголь в период полового созревания. На репродуктивную функцию мужчин влияют пестициды класса полихлорированных дифенилов, ухудшая качество спермы. Мужчины, имеющие лишний вес или страдающие ожирением, чаще страдают бесплодием, чем те, чей вес не превышает нормы. Увеличение веса мужчины на 10 кг может повысить риск развития бесплодия на 10%, так как ухудшается качество спермы и развиваются гормональные изменения.

Андрологические проблемы детей и подростков, мужчин разных возрастных групп являются актуальными и социально значимыми, требуют всестороннего, постоянного научного изучения и разработки методов профилактики и лечения.

МОЛОДЕЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ: СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

И. А. Тучкина, О. А. Лященко, О. Б. Овчаренко, Л. А. Добровольская

Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

Частота непланируемой беременности у несовершеннолетних девушек и молодых женщин остается в Украине высокой. По официальным статистическим отчетам, число абортс с каждым годом уменьшается, однако практически неучтенным является их значительное количество, проведенное в частных структурах как оперативным способом, так и медикаментозным методом. Это подтверждается увеличением частоты воспалительных заболеваний половых органов и нарушений менструальной функции среди сексуально активных девушек. На специализированном амбулаторном гинекологическом приеме пациенток до 18 лет (по данным годовых отчетов в Харьковском регионе за 2008-2010 гг.), больные с воспалительными процессами генитального тракта и нарушениями менструальной функции составляют 76-84%.

Целью настоящего исследования было изучение состояния проблемы использования контрацепции среди подростков и молодежи и совершенствование методов предотвращения непланируемой беременности среди этого контингента. Проведено анонимное анкетирование 380 студентов, учащихся 1-6 курсов вузов г. Харькова в возрасте от 16 до 23 лет. Установлено, что сексуально активными чаще были юноши. Из живущих половой жизнью девушек в 25% отмечался промискуитет, у 40% из них после первых половых контактов отмечались клинические признаки воспалительных заболеваний половых органов. Контрацепцию использовали 10% опрошенных 16-20 лет и 25% молодежи в возрасте 21-23 лет. Чаще всего использовался барьерный метод (презервативы).

Разработана и внедрена молодежная программа, включающая анализ данных, полученных при анкетировании, обследование и лечение учащихся девушек у гинеколога, проведение комплекса просветительно-образовательных лекций-семинаров для студентов, живущих в общежитиях, с популяризацией широкого спектра знаний о физиологии репродуктивной системы и оптимальных методах предупреждения непланируемой беременности. Кроме того, в комплексную программу входил сравнительный анализ эффективности различных контрацептивных методов, проведенный в группе из 60 девушек 17-20 лет. Установлено, что наиболее эффективно, безопасно, экономично было использование гормональной контрацепции микродозированными эстроген-прогестинными препаратами (Новинет, Линдинет-20), имеющими также дополнительные позитивные лечебные свойства. В процессе применения препаратов Новинет и Линдинет-20, получен высокий положительный клинический эффект у девушек с гиперандрогенией, нарушениями менструальной функции, ретенционными образованиями яичников.

ДИАГНОСТИКА АНЕМИИ ПЛОДА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

О. Н. Харкевич, М. В. Белуга

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» МЗ Республики Беларусь, г. Минск.

Гемолитическая болезнь плода (ГБП) и новорожденного чаще всего развивается в результате несовместимости крови матери и плода по резус-фактору. Ежегодно регистрируется около 535 случаев гемолитической болезни новорожденных (ГБН) в Республике Беларусь в период 2001-2009 гг. Среднегодовой темп прироста заболеваемости ГБН составил 0,55%. В современной медицине важное значение приобретают современные инвазивные методы коррекции ГБП – внутриутробная гемотрансфузионная и инфузионная терапия. Поэтому важной задачей современного акушерства является ранняя пренатальная диагностика данной патологии.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности критериев пренатальной диагностики ГБП.

Всего обследованы 32 беременные женщины с резус-отрицательной принадлежностью крови и ГБП, которые находились на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя» в 2010-2011 годах. Из них I группу (основную) составили 16 пациенток с резус-сенсбилизацией, плодам которых с целью коррекции анемии выполнялась внутриутробная гемотрансфузия (ВУГТ). Всего выполнено 32 операции кордоцентеза с последующей внутриутробной гемотрансфузией. Во II группу вошли 16 пациенток с ГБП, плодам которых не выполнялась ВУГТ из-за позднего проявления ГБП (срок гестации более 34 недель) или отсутствия ультразвуковых маркеров ГБ.

Первым этапом диагностики ГБП является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое выполнялось на аппарате Voluson 730 Expert с использованием датчиков с частотой 3,5 МГц, включающее фетометрию и

доплерографию фетоплацентарного кровотока. При фетометрии определяли локализацию, размеры и степень зрелости плаценты. При доплерографии регистрировали фетоплацентарный кровоток в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода (СМА).

Показания для выполнения диагностического кордоцентеза выставлялись на основании данных УЗИ: многоводие (18,8%), гипертрофия плаценты (31,3%), гепатомегалия (31,3%), асцит у плода (18,8%), гидроперикард (6,25%) и ДПМ в СМА – увеличение пиковой систолической скорости кровотока (ПССК) выше гестационной нормы, которая регистрировалась в 100% случаев.

Пиковая систолическая скорость кровотока в СМА плодов, которым выполнялась ВУГТ, до операции составила в среднем $69,3 \pm 1,98$ см/сек, что было статистически достоверно выше, чем во II группе – $58,8 \pm 1,93$ см/сек (t-test, $p < 0,001$).

Показатели ПССК в СМА плода до внутриутробной гемотрансфузии достоверно отличались в зависимости от степени тяжести анемии плода. Так при анемии плода 2 степени тяжести увеличение ПССК, по сравнению с нормой, составило $8,8 \pm 1,77\%$ (дельта 2 ст. анемии $PS_{до ВУГТ-1,5 МоМ} = 7,35(3,35-9,35)$ см/сек), в отличие от анемии 3 степени – $18,6 \pm 3,07\%$ (дельта 3 ст. анемии $PS_{до ВУГТ-1,5 МоМ} = 14,7(8,0-19,0)$ см/сек) (U-test, $p < 0,05$). После ВУГТ скорость кровотока в СМА нормализовалась во всех случаях (U-test, $p < 0,05$), однако достоверных различий в зависимости от степени тяжести анемии выявлено не было (дельта 2 ст. анемии $PS_{до ВУГТ-PS_{после ВУГТ}} = 29,0(25,0-38,0)$ см/сек; дельта 3 ст. анемии $PS_{до ВУГТ-PS_{после ВУГТ}} = 30,5(21,0-32,0)$ см/сек; U-test, $p > 0,05$).

Вторым этапом диагностики ГБП являлся кордоцентез, взятие образца крови плода.

Показатели общего анализа крови плодов I группы при ГБП и гемолитической анемии различной степени тяжести представлено в таблице.

Таблица

Показатели общего анализа крови плодов I группы при ГБП

Показатели общего анализа крови	Анемия 1 ст. (n=3)	Анемия 2 ст. (n=16)	Анемия 3 ст. (n=13)
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	$3,50 \pm 0,15$	$2,90 \pm 0,15$ ^{p3}	$1,40 \pm 0,11$ ^{p2}
Гемоглобин, г/л	$120,00 \pm 4,00$ ^{p1}	$89,00 \pm 2,59$ ^{p3}	$50,00 \pm 3,16$ ^{p2}
Гематокрит, %	$34,50 \pm 1,15$ ^{p1}	$25,80 \pm 0,69$ ^{p3}	$15,60 \pm 0,83$ ^{p2}
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	$7,10 \pm 1,20$	$5,50 \pm 0,78$	$9,20 \pm 2,18$
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	$351,50 \pm 43,50$ ^{p1}	$220,90 \pm 13,46$	$193,30 \pm 27,28$ ^{p2}

Примечание: p1 – достоверные отличия между 1 и 2 ст. анемии, t-test, $p < 0,01$; p2 – достоверные отличия между 1 и 3 ст. анемии, t-test, $p < 0,01$; p3 – достоверные отличия между 2 и 3 ст. анемии, t-test, $p < 0,01$.

При увеличении степени тяжести анемии отмечалось достоверное уменьшение абсолютного количества эритроцитов и тромбоцитов, а также значительное снижение показателей гематокрита и концентрации гемоглобина в крови плодов I группы. Вместе с тем, регистрировалась сильная обратная корреляционная взаимосвязь между пиковой систолической скоростью кровотока в СМА и показателями гемоглобина и гематокрита у плодов I группы.

Таким образом, доплерометрия в СМА является достоверным методом диагностики анемии плода и может использоваться в качестве пренатального критерия диагностики ГБП и выставления показаний к диагностическому кордоцентезу с последующей гемотрансфузионной терапией.

ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У АКУШЕРСКИХ ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

О. Н. Харкевич, Е. А. Латникова, И. В. Курлович

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» МЗ Республики Беларусь, г. Минск.

Тактика родоразрешения беременных с экстрагениальной патологией (ЭП), длительно получающих различные схемы антикоагулянтной терапии, с учетом степени риска возникновения осложнений (кровотечение, рождение детей с геморрагическим синдромом, возникновение тромбоэмболических осложнений при отмене антикоагулянтной терапии) в настоящее время четко не определена. Оптимизация технологии подготовки этих больных к родоразрешению будет способствовать снижению количества осложнений для матери и плода в период беременности и родов, перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

Цель исследования: разработать комплексный метод подготовки и проведения родоразрешения беременных женщин, длительно получавших антикоагулянтную терапию во время беременности.

В основную группу включены 60 беременных женщин с патологией, требующей проведения длительной антикоагулянтной терапии, такой как врожденные и приобретенные пороки сердца, с нарушениями сердечного ритма, антифосфолипидным синдромом и системной красной волчанкой, наследственными тромбофилиями, тромбоэмболическими осложнениями, онкологическими заболеваниями генитальной и экстрагенитальной локализации. В контрольную группу включены 15 беременных женщин без акушерской и экстрагенитальной патологии, у которых антикоагулянты во время беременности не применялись.

Беременным женщинам проводилась антикоагулянтная терапия на протяжении не менее 28 суток перед родоразрешением одним из следующих препаратов: Фрагмин; Клексан, Варфарин (применяли у беременных с искусственными сердечными протезами во II и начале III триместра беременности). Низкомолекулярные гепарины (НМГ) вводили подкожно в следующей дозировке: Фрагмин по 120 МЕ/кг; Клексан по 100 МЕ/кг. При нормальных показателях гемостазиограммы НМГ назначали 1 раз в сутки, при гиперкоагуляции – 2 раза в сутки.

При подготовке к родоразрешению: вечерняя доза фрагмина не превышала 5 000 МЕ за 12 ч до родов + гепаринизированная свежемороженая плазма (СЗП 10 мл/кг + нефракционированный гепарин (НФГ) 1-2 ЕД/мл плазмы) за 1 сутки до родоразрешения; Варфарин (если был назначен) отменяли за 2-3 недели до родов, переходили на подкожное введение НМГ; ацетилсалициловая кислота (если была назначена) отменяли за 1 сутки до родоразрешения; при снижении активности антитромбина (АТ) III (< 80% активности) – трансфузия СЗП (10 мл/кг + НФГ 1-2 ЕД/мл плазмы) или концентрат АТ III 10-30 МЕ/кг в/в со скоростью до 300 МЕ/мин.

При оперативном родоразрешении проводили трансфузию СЗП: при нормальном уровне D-димеров – СЗП 10 мл/кг во время операции; при увеличении концентрации D-димеров – до операции СЗП 5мл/кг + НФГ 1 ЕД на 1 мл СЗП или концентрат АТ III; во время операции – СЗП 5-10 мл/кг.

В послеродовом периоде продолжение гепаринотерапии (НМГ или НФГ) через 6-8 часов после родоразрешения с постепенным переходом на антикоагулянты непрямого действия – Варфарин (после кесарева сечения на 5-7 сутки, после родов через естественные родовые пути на 3-5 сутки).

При назначении НМГ выполняли лабораторный контроль гемостазиограммы. Каждые 2-3 недели определяли концентрацию D-димеров (не выше 500 мкг/л) и ПДФ (не выше 2-5 мкг/мл). Осуществляли регулярный лабораторный контроль других показателей крови: фибриногена, числа Tr, Eг, Ht, АТ III, печеночных трансаминаз, протеинов крови. При нормальных величинах перечисленных показателей их определение выполняли каждые 4 недели, при отклонении от нормы – ежедневно до их нормализации.

У женщин, длительно получавших антикоагулянтную терапию во время беременности, сроки вынашивания беременности составили $263,40 \pm 3,34$ дня, что было достоверно меньше, чем в контрольной группе ($278,40 \pm 1,56$ дней), $p < 0,05$. Число оперативных родоразрешений в основной группе составило 70%, что было существенно выше, чем в контрольной группе (10%), $p < 0,05$. Масса новорожденных детей в основной группе составляла $3010,0 \pm 129,9$ грамм, что было значительно ниже по сравнению с контрольной группой ($3549,0 \pm 112,0$ грамм), $p < 0,05$. Основные показатели гемостазиограммы и маркеры тромбообразования (D-димеры) перед родоразрешением и в послеродовом периоде достоверно не отличались от контрольной группы, что указывает на эффективность разработанной нами технологии коррекции нарушений гемостаза у пациенток с ЭП. Существенных различий в состоянии новорожденных при оценке по шкале Апгар в конце I и V минуты жизни в группах не установлено. В объеме кровопотери, как при родоразрешении через естественные родовые пути, так и при операции кесарево сечение, достоверных различий не было. Ни у одного из новорожденных детей, по данным нейросонографии, внутрижелудочковых кровотечений и других геморагических проявлений не было выявлено.

Таким образом, разработанный комплексный метод подготовки к родоразрешению женщин, длительно получавших антикоагулянтную терапию во время беременности, позволяет пересмотреть существующие показания для досрочного прерывания беременности при тяжелой ЭП и способствует вынашиванию беременности до срока жизнеспособного плода.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

О. Н. Харкевич, В. Л. Семенчук

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» МЗ Республики Беларусь, г. Минск.

Перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности. Уровень перинатальной смертности выше при монохориальной (МХ) двойне (5%) по сравнению с дихориальной двойней (ДХ) (2%). Снижение частоты гибели плодов при монохориальной беременности

может быть достигнуто при своевременном установлении хориальности на ультразвуковом исследовании и тщательном наблюдением за состоянием плодов.

Цель исследования: определить признаки ранних осложнений при монохориальной беременности.

Исходы беременности и родов были изучены у 59 женщин с беременностью двойней, обследование, лечение и родоразрешение которых было проведено в родильном доме ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2009-2010 годах. В исследуемую группу были включены 35 беременных монохориальной биамниотической двойней, в контрольную – 24 беременных бихориальной биамниотической двойней. Возраст беременных колебался в пределах от 17 до 40 лет, и существенно не отличался в основной и контрольной группах – $27,90 \pm 0,84$ лет и $27,60 \pm 1,08$ лет соответственно. У всех обследованных женщин беременность наступила спонтанно. В группе с монохориальными беременностями первобеременные составили 60,0%, с дихориальными – 45,8%.

В работе использованы клинические, лабораторные, инструментальные и специальные методы исследования. Всем пациенткам было проведено ультразвуковое исследование плодов и фетоплацентарного комплекса с импульсной доплерометрией на аппарате Voluson 730. Тип плацентации определяли по данным УЗИ, а также при визуальном осмотре последа после родоразрешения. МХ двойни были диагностированы по следующим эхографическим признакам: единая плацента, идентичный пол плодов, отсутствие «лямбда-признака», тонкая мембрана (менее 2 мм).

Для диагностики осложнений многоплодной беременности (задержка роста одного или обоих плодов, ФФТС, внутриутробная гибель, а также структурных и хромосомных аномалий развития плодов) использовалось ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплерометрией плодов. Каждое УЗ-исследование включало оценку состояния плодов и плаценты: хориальность, толщину, тип созревания, соответствие сроку гестации, наличие амниотической перегородки, биометрию размеров плодов с определением бипариетального размера и окружности головки, окружности живота, длины бедра плодов, толщины пуповин и размеров мочевых пузырей обоих плодов, доплерометрию в артерии пуповины, срединной мозговой артерии и венозном протоке, оценку индекса амниотической жидкости обоих плодов.

Толщина амниотической перегородки в сроке гестации 10-14 недель при ДХ двойне в среднем составила $2,20 \pm 0,01$ мм, что было значительно больше, чем при МХ – $0,90 \pm 0,02$ мм ($p < 0,001$).

При анализе течения беременности у большинства пациенток с МХ и ДХ двойней (95,0% и 82,0% соответственно) выявлены различные осложнения. В динамике МХ и ДХ беременности были диагностированы следующие осложнения: анемия беременных – 46,7% и 29,2% соответственно, угроза преждевременного прерывания беременности – 56,7% и 54,2%, гестоз – 36,6% и 30,0% соответственно. Течение многоплодной беременности осложняется задержкой роста одного или обоих плодов. В наших наблюдениях при практически одинаковой частоте анемии, гестоза и угрозы прерывания беременности обращает внимание более высокий процент диссоциированного роста плодов при МХ типе плацентации 46,7% против 12,5% при дихориальной двойне, что, вероятно, связано с неодинаковым поступлением питательных веществ из единого плацентарного круга кровообращения.

В исследовании наблюдались следующие перинатальные исходы при беременности МХ двойней:

1. развитие двух нормальных плодов встречалось в 4 (11,4%) случаях;
2. фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) был зарегистрирован в 17 (48,5%) случаях монохориальных двоен;
3. задержка роста одного из плодов при отсутствии классических симптомов ФФТС – 12 (34,2%), из них 3 случая антенатальной гибели одного из плодов и 1 случай ранней неонатальной гибели одного из новорожденных в связи с врожденным пороком сердца;
4. нормальное развитие одного плода и тяжелая патология у другого (врожденное отсутствие сердца (акардиус-акраниус)) встречались в 2 (5,7%) случаях.

При УЗИ в первом триместре регистрировались следующие эхографические критерии осложнений монохориальной беременности:

1. Расширение воротникового пространства более 3 мм в 10-14 недель гестации зарегистрировано в 8 (22,8%) случаях с МХ двойней, у которых впоследствии развилась тяжелая форма ФФТС;
2. Уменьшение КТР одного из плодов 3 мм и более в сроке 8-10 недель беременности отмечалось в 10 (28,5%) случаях МХ двоен;

Во 2-м триместре беременности регистрировались следующие осложнения:

1. Многоводие у одного плода (максимальный вертикальный пакет вод более 60 мм в сроке беременности до 20 недель встречался в 4 случаях с ФФТС, от 20 до 25 недель – более 80 мм – в 17 случаях с ФФТС);
2. Маловодие у другого плода (максимальный вертикальный пакет вод менее 20 мм) наблюдалось во всех 17 (100%) случаях с ФФТС;

3. Отсутствие эхографической визуализации мочевого пузыря у плода-донора наблюдалось в 10 (58,8%) случаях с ФФТС и увеличение размеров мочевого пузыря у плода-реципиента – в 16 (94,1%) случаях с ФФТС;

4. Различие в массе плодов более 20% наблюдалось в 15 (88,2%) случаях с ФФТС.

Многоводие было выявлено в 17 (48,5%) случаях при МХ типе плацентации и в 5,6% дихориальных двоен ($p < 0,05$).

Маловодие диагностировано в 53,3% плодов монохориальных двоен и в 5,6% дихориальных двоен.

Совокупность патологических ультразвуковых критериев (диссоциация в массе плодов, маловодие у одного плода и многоводие второго плода) позволила антенатально установить диагноз ФФТС у 17 пациенток с МХ двойней в сроки 18-24 недели гестации.

Средний срок гестации у МХ двоен к моменту родоразрешения составил $29,00 \pm 0,87$ недель, при ДХ двойне он был достоверно больше – $36,50 \pm 0,36$ недель.

Операцией кесарево сечение родоразрешено 83,4% беременных с монохориальной двойней и 55,5% – с дихориальной двойней ($p < 0,05$). При монохориальной двойне основными показаниями к оперативному родоразрешению явились: декомпенсированное состояние плодов, преждевременная отслойка плаценты, гестоз. При дихориальной двойне основными показаниями к операции кесарево сечение были: тазовое предлежание или поперечное положение одного из плодов, поздний гестоз тяжелой степени, наличие неполноценного рубца на матке после предыдущих операций.

Средний вес новорожденных при МХ двойнях составил $1181,8 \pm 103,3$ г, при ДХ двойне он был значимо больше – $2622,5 \pm 69,3$ г ($p < 0,05$). Оценка новорожденных при МХ двойне по шкале Апгар на 1-й мин. составила $5,00 \pm 0,53$ балла, при ДХ двойне она была достоверно выше и составила $7,30 \pm 0,35$ балла ($p < 0,05$), на 5 минуте – $6,90 \pm 0,27$ и $7,80 \pm 0,14$ баллов соответственно. На второй этап выхаживания были переведены 76,5% новорожденных из МХ двоен и 50,1% – из ДХ двоен.

Проведенный анализ показал, что практически все осложнения беременности, сопровождающие течение многоплодной беременности, характерны как для монохориальных, так и для дихориальных двоен. Исключение составляют ФФТС и синдром обратной артериальной перфузии, которые специфичны для МХ беременности. При монохориальной двойне значительно выше удельный вес перинатальных осложнений, антенатальной гибели плодов, преждевременных родов и рождения маловесных детей по сравнению с дихориальной двойней. Поэтому при многоплодной беременности необходим непрерывный УЗИ-мониторинг за динамикой роста и состоянием плодов, своевременная диагностика и коррекция перинатальных осложнений.

АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В АНАМНЕЗЕ

Ф. С. Холухаева, В. П. Юровская

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону.

Критериями устойчивости организма к повреждающим экзо- и эндогенным факторам являются адаптационные возможности организма. В основу учения о неспецифической реакции напряжения под воздействием чрезмерных по силе раздражителей положена теория Ганса Селье (1936, 1950, 1952 гг.) о стрессе как о защитной реакции организма в ответ на чрезвычайные обстоятельства (С.Е. Павлов, 2009). Хронический стресс с его классической триадой патофизиологических изменений вызывает снижение резистентности и является неспецифической основой целого ряда «болезней века», от сердечно-сосудистых до онкологических. Стресс – всего лишь одна из реакций, составляющих общую периодическую систему неспецифических адаптационных реакций организма (ОНАР).

Основную группу составили 52 пациентки в периоде перименопаузы (средний возраст – $49,10 \pm 1,32$ лет), с анамнестическими данными о синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), которым с целью нормализации менструальной и детородной функции в репродуктивном периоде назначалась гормональная терапия, оперативных вмешательств не производилось. Контрольную группу составили 67 женщин, которым в возрасте 19-27 лет была произведена клиновидная резекция яичников по поводу СПКЯ. Средний возраст в данной группе составил $52,40 \pm 1,23$ лет.

Картина адаптационно-приспособительных реакций в группе женщин, перенесших клиновидную резекцию яичников по поводу СПКЯ в анамнезе, была сопоставима с данными в контроле и характеризовалась следующим.

У 68,6% женщин большинство адаптационно-приспособительных реакций протекало на низком уровне реактивности. Частота реакции повышенной активации также была достаточно высокой среди всех адаптационных реакций (37,3%), однако развитие этого вида неспецифических реакций в данной группе отмеча-

лось на високому рівні реактивності, який зустрічався в 2,3 рази частіше (13,4%) в порівнянні з групою неоперированих жінок (5,8%).

Реакція спокійної активації була виявлена нами у значно більшій частині жінок I-ої (в 31,3%) і контрольної (32,2%) груп порівняно з 9,6% в II групі. Реакція переактивації, являючись неспецифічною основою багатьох патологічних процесів (Л.Х. Гаркаві, Е.Б. Квакіна, 1990, Л.Х. Гаркаві, 2006), була помічена нами у рівного числа пацієнток I-ої групи і контрольної груп (по 5 пацієнток; відповідно 7,5% і 8,5% випадків). В той же час в II-ій групі кількість досліджуваних з таким типом реакцій виявилось в 4 рази більше – 20 пацієнток (38,5%).

Аналогічні дані були виявлені і при аналізі частоти реакції тренувки: в I-ої і контрольній групах їх частота суттєво перевищала таку в II групі (відповідно 20,9% і 22,0% порівняно з 5,8%). В I-ої групі жінок частота зустрічальності реакцій стресу достовірно не відрізнялась від такої в контролі (відповідно 2,9% і 1,7%).

Аналіз отриманих даних свідчав про те, що в групі неоперированих пацієнток по відношенню до СПКЯ в анамнезі, так само як і в порівнюваних групах, більшість антистресорних адаптаційних реакцій (n=34, 65,4%) протікала на низьких рівнях реактивності. Однак, частота реакцій стресу (n=9, 17,3%) суттєво перевищала таку в групі пацієнток, перенеслих кліновидну резекцію яєчників в анамнезі по відношенню до СПКЯ (2,9%) і в контрольній групі (1,7%). При цьому переважаючими в структурі адаптаційно-приспосібальних реакцій в цій групі були реакції підвищеної активації, що протікають на низькому рівні реактивності, які зустрічались у 12-ти жінок (23,1%).

Напружена реакція тренувки була встановлена лише у 2-х жінок (3,8%) II групи, напружена реакція спокійної активації – у 4-х (7,7%). В цілому напружені адаптаційні реакції (реакції низького рівня – 65,4%, переактивації і стресу – 17,3%) в цій групі виявлялись в 82,7% випадків (у 43-х з 52-х пацієнток).

Таким чином, порівнюючи частоту виявлення напружених адаптаційних реакцій в I-ої і контрольній групах (табл.) свідчало про відсутність впливу кліновидної резекції полікістозних яєчників, виконаної в репродуктивному віці, на якість і характер адаптаційних приспосібальних реакцій у цій групі пацієнток в перименопаузальний період. Для обох груп характерною була висока частота реакцій спокійної активації, реакцій тренувки. Переважання в обох групах реакцій низького рівня реактивності може вказувати на універсальну відповідь адаптаційних систем організму пацієнток в зв'язі з змінами параметрів гормонального, вуглеводного і ліпідного метаболізму, що відбуваються в період перименопаузи.

Пацієнтки порівнюваного віку, неоперировані в репродуктивному віці по відношенню до СПКЯ (II група) перебувають в стані значно більш вираженого угнетення захисних підсистем організму порівняно з пацієнтками, перенеслими в репродуктивному віці кліновидну резекцію яєчників по відношенню до СПКЯ. Незважаючи на високу частоту зустрічальності адаптаційно-приспосібальних реакцій низького рівня реактивності, в їх структурі достовірно частіше помічаються реакції переактивації і стресу. При цьому сумарна частота реакцій високого рівня реактивності була статистично більш низькою.

Знижені адаптаційні можливості у неоперированих пацієнток в репродуктивному віці по відношенню до СПКЯ потребують включення в комплекс лікувальної програми (в поєднанні з ЗГТ) препаратів, що мають виражене неспецифічне дію на організм по типу формування загальних адаптаційних реакцій.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПЕРЕБІГУ, РАЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ДІСПАНСЕРНОГО НАГЛЯДУ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, С. А. Перекрестов, О. А. Чурилова

НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 217 вірусопозитивних жінок від 15 до 49 років, розділених за характером перебігу папіломавірусної інфекції на 2 групи: 126 пацієнток з персистоючим і 91 – з транзитним перебігом. Найбільшу частину, як в I, так і в II групах склали жінки активного репродуктивного віку (20-39 років), відповідно 79,20±1,05% і 83,40±1,09%. При персистоючому перебігу достовірно частіше (97,40%) реєструвався обтяжений гінекологічний анамнез, чим при транзитному – 77,80% (p<0,001). Аналіз пролактину в сироватці крові у 78 пацієнток показав, що його рівень при перси-

стуючій інфекції вище ($553,90 \pm 36,29$ мМЕ/мл), ніж при транзиторному перебігу – $321,30 \pm 26,03$ мМЕ/мл ($p < 0,05$). Порівняльний аналіз секреторного IgA у вагінальному відокремлюваному секреті виявив відмінності рівня при персистуючому перебігу ($348,9 \pm 4,2$ мкг/мл) і при транзиторному ($175,6 \pm 6,4$ мкг/мл), $p < 0,0001$.

Таким чином, в результаті аналізу історій хвороб встановлено, що інфікування папіломавірусною інфекцією найчастіше реєструється у жінок активного репродуктивного віку з обтяженим гінекологічним анамнезом; гіперпролактинемія є чинником, супутнім персистенції вірусу, а їх поєднання посилює ризик онкологічного процесу; життєвий цикл цього вірусу (відсутність цитопатичних властивостей, фази вірусемії – дозволяють відійти від контролю імунної системи) збільшують значення механізмів локальної резистентності (вивчення рівня IgA в секреті цервікального каналу).

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПАПІЛОМАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, С. А. Перекрестов, О. А. Чурилова

НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Проведено комплексне обстеження 148 жінок з папіломавірусною інфекцією шийки матки, яких залежно від морфологічного діагнозу ми розділили на 3 групи: I – 51 хвора з неускладненою папіломавірусною інфекцією; II – 49 хворих з ектопією шийки матки у поєднанні з неускладненою папіломавірусною інфекцією; III – 49 хворих з ускладненою папіломавірусною інфекцією у поєднанні з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією.

Імунологічне дослідження включало визначення рівня імуноглобулінів А, М, G і секреторного імуноглобуліну А в слині і секреті цервікального каналу за допомогою неконкурентного 2-х сайтового імуноферментного аналізу і визначення трансферина гаптоглобіну С3-компонента компліменту в цервікальному слизі. Результати дослідження свідчать про схожі зміни в системі імунітету в усіх групах хворих, що вказує на наявність єдиної причини, тієї, що викликала ці зміни – папіломавірусної інфекції. Порушення в системі місцевого імунітету характеризувалися збільшенням концентрації імуноглобулінів А і G, у тому числі і секреторного імуноглобуліну А, гаптоглобіну, трансферина С3. Папіломавірусна інфекція шийки матки супроводжується порушенням місцевого синтезу імуноглобулінів і порушенням проникності судинної стінки. Найбільш важливою в розвитку цієї інфекції є зміна секреторного імуноглобуліну А.

ЩОДО ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАГОСТРЕННЯ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

А. В. Чайка, С. А. Айкашев, С. А. Перекрестов, О. А. Чурилова

НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Профілактика незапланованої вагітності є пріоритетною в глобальній стратегії ВООЗ. Ускладнення після абортів мають місце у кожній третій жінки. Мета дослідження – зменшити ризик загострення хронічних запальних процесів, спричинених вірусно-бактеріальною асоційованою інфекцією у пацієнток після хірургічного переривання вагітності. Під спостереженням знаходилося 60 жінок з хронічними запальними захворюваннями в анамнезі, які обрали хірургічний метод переривання вагітності. Всім пацієнткам проводили дослідження згідно до протоколів, а також на інфекції, що передаються статевим шляхом до аборту, на 7-й день і через 1 місяць після операції. Основну групу обстежених склали 30 жінок, яким після хірургічного переривання вагітності призначалися Зофлокс (400), Флюзак (150) та Біострепта. Контрольну групу склали 30 пацієнток після аборту, яким проводилася традиційна терапія. Призначення Біострепти, Зофлокса, Флюзака в основній групі вплинуло на зниження частоти виділення вірусно-бактеріальних інфекцій з порожнини матки майже в 3 рази в порівнянні з контрольною групою. За даними ультразвукового дослідження органів малого тазу після операції, інволюція матки проходила швидше в основній групі. Таким чином, при комплексній терапії з включенням біострепти після хірургічного переривання вагітності швидше відбувається інволюція матки, знижується виявлення бактеріально-вірусних інфекцій і ризик загострення запальних захворювань органів малого тазу.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

В. К. Чайка, Л. В. Желтоноженко

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

Эктопия шейки матки занимает одно из первых мест в структуре гинекологических заболеваний у девочек-подростков (по данным разных авторов – от 35% до 97%), и одним из предрасполагающих факторов в развитии данной патологии является изменение микробиоценоза влагалища. Цель исследования: изучить микробиоценоз влагалища у девочек-подростков с эктопией шейки матки. Всего обследовано 42 пациентки с эктопией шейки матки в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст – $16,4 \pm 0,2$ лет). Диагноз – эктопия шейки матки – установлен методом кольпоскопии. Исследование состояния микробиоценоза влагалища проводилось с помощью количественной полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием тест-наборов «Фемофлор-16». Материалом для исследований был соскоб эпителиальных клеток из заднебокового свода влагалища. С помощью данного метода определялись следующие показатели: контроль взятия материала; общая бактериальная масса; количество нормобиоты (*Lactobacterium* spp.); количество условно-патогенной биоты – факультативные аэробы (*Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp), анаэробы (*Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas* spp.; *Atopobium* vaginae; *Eubacterium* spp.; *Sneathia* spp. / *Leptotrichia* spp. / *Fusobacterium* spp.; *Megasphaera* spp. / *Veilonella* spp. / *Dialister* spp.; *Lachnobacterium* spp. / *Clostridium* spp.; *Mobiluncus* spp. / *Corynebacterium* spp.; *Peptostreptococcus* spp.); *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*; *Candida albicans*.

У 10 пациенток (23,8%) определялся нормоценоз влагалища: общая бактериальная масса (ОБМ) имела нормальный уровень (абсолютный показатель – 10^6 - 10^8); количество *Lactobacillus* spp. имело нормальный уровень $>10^6$; количество аэробных и анаэробных условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) не превышало нормальный уровень (абсолютный показатель $<10^4$), *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma (urealyticum+parvum)* отсутствовала или присутствовала в количествах, не имеющих диагностического значения (абсолютный показатель $<10^4$); грибы рода *Candida* – отсутствовали или присутствовали в количествах, не имеющих диагностического значения (абсолютный показатель $<10^3$). Умеренный дисбаланс отмечался у 13 пациенток (30,9%): ОБМ имела нормальный уровень; отмечалось умеренное снижение *Lactobacillus* spp.; часть условно-патогенной биоты имела слабо и умеренно увеличенный уровень (абсолютный показатель $>10^4$); микоплазмы присутствовали в количествах, имеющих диагностическое значение $>10^4$. Выраженный анаэробный дисбаланс отмечался у 6 пациенток (14,2%): сниженный уровень ОБМ $<10^5$; низкие значения лактобацилл; абсолютный показатель анаэробных микроорганизмов был $>10^4$, аэробных – не превышал нормальный показатель. Выраженный смешанный дисбаланс выявлен у 5 (11,9%) – количество УПМ превышало 10^4 , при этом у 3 пациенток (7,1%) *Mycoplasma hominis* присутствовала в количествах, имеющих диагностическое значение – 10^5 .

У 8 пациенток (19,0%) диагностирован кандидоз – грибы рода *Candida* spp. присутствовали в количествах, имеющих диагностическое значение – 10^6 , количество лактобацилл – снижено, уровень УПМ – в пределах нормы.

Таким образом, данный метод позволяет определить качественный и количественный состав биоты влагалища, дифференцировать состояния физиологического равновесия и дисбаланса, оптимизировать и индивидуализировать подход к ведению пациенток с эктопией шейки матки.

РОЗВИТОК І ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ «ВАЛЕОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ЖИТТЯ» В ПОЛІКЛІНІКАХ, КОНСУЛЬТАЦІЯХ, ШКОЛАХ, УЧБОВИХ ЗАКЛАДАХ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ АДЕКВАТНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В. К. Чайка, А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова

НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Перехід від системи охорони здоров'я, соціально-економічна криза, зниження народжуваності, міграція населення, епідемія соціально-обумовлених хвороб, зріст кількості інфекцій тих, що передаються статевим шляхом – усе це призвело до прогресуючого зниження чисельності населення, росту захворюваності і зниження індексу здоров'я населення.

Для комплексного вирішення медичних, соціальних проблем, що стоять перед суспільством, а також поліпшення демографічної ситуації в Україні, на базі НДІ медичних проблем сім'ї була розроблена програма, цілі і завдання якої включають:

– організацію консультативної служби сім'ї з питань, що стосуються поліпшення і збереження репродуктивного здоров'я, індивідуально підібраними методиками на базі відділення сімейної медицини і планування сім'ї, у тому числі і інфекцій, що передаються статевим шляхом;

– проведення викладання і консультування на базі медичних установ, шкіл, учбових закладів, організованих колективів з подальшим створенням мережі консультантів в дільничних поліклініках, жіночих консультаціях, районних лікарнях, школах і середніх спеціальних учбових закладах з питань раціонального планування сім'ї та інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Методами реалізації програми є: підготовка консультантів і організація кабінетів з питань валеології, вірусно-бактерійних інфекцій в репродуктології і раціонального планування сім'ї; створення стендів, посібників, бюлетенів і методичних рекомендацій з валеології та пропаганді здорового способу життя; проведення виїзних семінарів – акцій із залученням лідерів громадської думки; організація телефону «Довіра»; створення навчальних комп'ютерних програм і комп'ютерних залів.

Реалізація програми призведе до підвищення індексу репродуктивного здоров'я населення Донецького регіону, зниження частоти вірусно-бактерійних уrogenітальних інфекцій, підвищення зацікавленості людини в зміцненні свого здоров'я, до його участі у збереженні і зміцненні особистого здоров'я і здоров'я членів сім'ї.

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В ДОНЕЦЬКОМУ РЕГІОНІ ЗА СІМЕЙНИМ ПРИНЦИПОМ

В. К. Чайка, А. В. Чайка, С. А. Айкашев, О. А. Чурилова

НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Тривале погіршення здоров'я населення регіону поставило перед необхідністю створення системи надання сімейної медичної допомоги і розвитку її профілактичної ланки. Мета дослідження полягала в розробці моделі сімейної медицини, що забезпечує поліпшення стану здоров'я дітей і підлітків, жінок, чоловіків, матерів, зниження їх захворюваності, розвиток раціональних принципів планування сім'ї, формування активної участі населення в лікуванні хвороби, збереженні і зміцненні особистого здоров'я і здоров'я членів їх сімей, подолання кризових ситуацій у відтворенні населення області і підвищення індексу здоров'я сімей.

На основі аналізу існуючої допомоги в регіоні, основних показників служби, історій хвороб, у тому числі з різними формами порушень репродуктивного здоров'я, була розроблена модель сімейної медичної допомоги, яка включає сімейну медицину, гінекологію і репродуктологію, гінекологію дитячого і підліткового віку, хірургію, педіатрію і алергологію, андрологію, сімейну психотерапію, неврологію і голкорексфлексотерапію, фізіотерапію, валеологію і так далі. Модель допомоги розроблялася згідно з основними положеннями:

1) оптимальною формою організації медичної допомоги в регіоні, що забезпечує її високу якість, є створення регіональної служби, заснованої на: програмно-цільовому плануванні; стандартизації об'єму і якості допомоги на усіх етапах і рівнях; адаптації існуючої системи допомоги до регіональних особливостей населення Донбасу; формування принципу – сімейний лікар не лише доктор, але і адвокат в медицині для усієї сім'ї;

2) стандартизація лікувально-діагностичного процесу із застосуванням скринінгових тестів на основі єдиної організаційно-медичної технології;

3) основним оцінним критерієм допомоги є її якість, регламентована стандартами якості як кінцевого результату, так і процесу досягнення цього результату;

4) оптимальною формою управління є автоматизована експертна система дистанційного навчання і управління на основі експертної оцінки якості допомоги, що здійснює активний моніторинг за допомогою, що надається в регіоні. Стратегія надання допомоги будується на прогнозі, ранній діагностиці відхилень, адекватному лікуванні виявлених відхилень, сучасній реабілітації і профілактиці.

Досвід роботи по розробленій системі, починаючи з 1998 року, показав високу ефективність; підвищився індекс здоров'я прикріпленого контингенту сімей, репродуктивні втрати, пов'язані з абортами в обслуговуваному контингенті сімей різко зменшились. Кількість абортів знизилася і в області. Вдалося не лише значно понизити аборти у підлітків, але і реально впливати на зниження відхилень періоду статевого дозрівання, домагаючись відновлення порушеної менструальної функції у дівчаток-підлітків майже в половині випадків немедикаментозними методами.

Таким чином, реформування організації лікувально-діагностичного процесу з позиції системного підходу є одним з істотних резервів оптимізації сімейної медичної допомоги, охорони репродуктивного здоров'я населення Донецької області, підвищення значення її профілактичної ланки, формування у людини усвідомленого розуміння взаємозв'язку його здоров'я і поведінки, особистій відповідальності за свій стан і активну участь в лікуванні хвороб і зміцненні здоров'я сім'ї.

ПОЗИТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДНОСТІ У ЖІНОК З АНТИСПЕРМАЛЬНИМИ ЦЕРВІКАЛЬНИМИ АНТИТІЛАМИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Т. П. Яремчук, Н. Є. Марченко, В. Г. Корнієнко, М. М. Карпінська

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

Жіноча неплідність внаслідок дії антиспермальних цервікальних антитіл традиційно характеризується низькою ефективністю медикаментозних методів корекції та тенденцією до застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Водночас, діагностика етіопатогенетичних механізмів утворення цервікальних антиспермальних антитіл та етіотропне лікування призводить до суттєвого покращання результатів неінвазивних методів лікування.

Антиспермальні антитіла цервікального слизу являються Ig класу А та поділяються на сперміоаглютинуючі, сперміоімобілізуючі та сперміоцитотоксичні. Антитіла перехресно зв'язують антигенні детермінанти на поверхні сперматозоїда, створюючи великі агрегати клітин (аглютинація) або активують систему комплементу, яка може знищувати сперматозоїди. Також вкриті антитілами сперматозоїди можуть загущувати шийковий слиз, що гальмує їхнє проникнення у матку (кругові рухи переважають над поступальними, тобто виникає так званий *shaking phenomenon*). Антиспермальні антитіла, які фіксовані до голівки сперматозоїда, унеможливають його зв'язування та проникнення в яйцеклітину.

Клінічними факторами ризику існування імунологічної неплідності внаслідок дії цервікальних антиспермальних антитіл являються: інфікування збудниками сексуально-трансмисивних інфекцій (СТІ) (вірусом простого герпесу I/II, цитомегаловірусом, мікоплазмою, хламідією), неплідність нез'ясованого генезу, хвороби шийки матки, наявність чоловічих антиспермальних антитіл.

Нами розроблена схема комплексної терапії жінок з неплідністю внаслідок існування цервікальних антиспермальних антитіл. За нашими даними, антиспермальні цервікальні антитіла найчастіше є наслідком вірусної або мікоплазмової генітальної інфекції. Після повного комплексного обстеження подружньої пари сучасними методами діагностики етіотропне лікування призначається обом партнерам з метою елімінації збудників сексуально-трансмисивних інфекцій та лікування супутніх гінекологічних хворіб (препарати: Панавір, Панавір інлайт гель, Ацикловір, антимікоплазмені та антихламідійні препарати, Лавомакс, Циклоферон, свічі Віферон, Лаферон фармбіотек, антигрибкові препарати та інші). Після завершення етіотропного лікування призначається антигомотоксична терапія препаратами «Heel» впродовж 2-х місяців (Лімфоміозот в ін'єкціях та краплях, Енгістол, Гінекохеель, Метроаднексін'ель, Траумель та інші). Важливою вимогою лікування є припинення поступлення сперматозоїдів у організм жінки на 3 місяці (утримання на період лікування, латексні презервативи). Обов'язковим є вимірювання базальної температури та встановлення днів овуляторного періоду. Обов'язковим є також лабораторний контроль вилікованості від збудників СТІ із застосуванням ПЛР. Статеве життя без латексних презервативів та спроба вагітності після лікування рекомендована з овуляторного періоду.

Нами отримані достовірні позитивні результати від антигомотоксичної терапії препаратами «Heel» у жінок з антиспермальними цервікальними антитілами, що дозволяє рекомендувати представлені методи лікування до застосування ДРТ.