

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА,
ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТОЛОГІЇ»,
*7-9 травня 2013 року, м. Судак***

КОНТРОЛЬОВАНА СТИМУЛЯЦІЯ ОВУЛЯЦІЇ В ЦИКЛАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК З ВИСОКИМ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ

Е. М. Айзятуллова, А. В. Чайка, О. М. Носенко

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї; Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк.

Мета дослідження – розробити та оцінити ефективність використання протоколу допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) за допомогою антагоністів ГнРГ з урахуванням рівня сироваткового прогестерону (Р).

Обстежено 240 безплідних жінок, які потребували проведення лікування безпліддя методами ДРТ і мали високу вірогідність виникнення синдрому гіперстимуляції яєчників (СГЯ) при проведенні контрольованої оваріальної стимуляції (КОС) (вік <33 років; кількість антральних фолікулів – понад 10 в кожному яєчнику на 2-3-й день менструального циклу (МЦ); рівень антимюлерового гормону (АМГ) >5 нг/мл; отримання під час попередніх КОС понад 10 яйцеклітин; розвиток СГЯ при проведенні попередніх КОС). До групи I ввійшли 120 пацієнок, які на 2-й день МЦ мали рівень Р нижчий за 1,5 нг/мл, до групи II – 120 жінок, які мали рівень Р вищий за 1,5 нг/мл. У групах I і II виділено по 2 групи – основну (ІО і ІПО) і порівняння (ІП і ІПП). Пацієнткам основних груп (ІО і ІПО – 120 жінок) проводили КОС з антагоністами гонадотропін рилізінг гормону (ГнРГ) (ганірелікс) з урахуванням рівня сироваткового прогестерону, а груп порівняння (ІП і ІПП – 120 жінок) – за стандартним протоколом КОС з антагоністами ГнРГ (ганірелікс).

Якщо рівень сироваткового Р на 2-й день МЦ був вищий за 1,5 нг/мл, то з 2-го дня МЦ призначали ганірелікс по 0,25 мг/день протягом 3-х днів, на 5-й день МЦ проводили динамічний контроль рівня Р. Якщо він був нижчий за 1,5 нг/мл, то з 5-го дня МЦ починали введення гонадотропінів у фіксованій дозі 150-250 МО.

Якщо рівень сироваткового Р на 2-й день менструального циклу був нижчий за 1,5 нг/мл, з 2-го дня МЦ починали введення гонадотропінів в середній фіксованій дозі 150-250 МО.

В обох випадках, якщо був фолікул розмірами ≥ 14 мм призначали антагоніст ГнРГ ганірелікс (оргалутран) в дозі 0,25 мг/день протягом 4-5 днів до досягнення розмірів лідируючого фолікула ≥ 18 мм в діаметрі та не менше 3 фолікулів діаметром ≥ 16 мм. Потім призначали тригер овуляції – хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ) 10 тисяч МО одноразово і селективний агоніст $\beta 2$ -дофамінових рецепторів квінаголід (норпролак) в дозі 0,025-0,6 мг щоденно протягом 8 днів. Через 34-36 годин після введення ХГЛ виконували трансвагінальну пункцію фолікулів і забір яйцеклітин. Під час пункції внутрішньовенно вводили 0,2 мг судинозвужувального препарату терліпресину (реместіп).

Застосування розробленого способу застосування антагоністів (ганірелікс) при КОС з урахуванням рівня сироваткового прогестерону привело до сумарного зниження частоти розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників середнього та важкого ступенів при проведенні ДРТ в основних групах ІО і ІПО порівняно з групами ІП і ІПП з 17,50% (21 випадок) до 2,50% (3 випадка) ($p < 0,05$), а також до підвищення частоти народження живих дітей порівняно з традиційним способом застосування антагоністів ГнРГ при КОС з 20 (16,67%) до 40 (33,33%) випадків ($p < 0,05$).

Проведення КОС у безплідних пацієнок з високим ризиком розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників в циклах ДРТ із застосуванням антагоністів ГнРГ і з урахуванням рівня Р приводить до вірогідного зниження синдрому гіперстимуляції яєчників середнього і важкого ступенів та до підвищення частоти народження живих дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ДІВЧАТ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВІКУ ІЗ ДИСТРОФІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВУЛЬВИ

В. О. Бенюк, Н. О. Мироненко, В. Л. Колесник, Л. С. Джурасва, В. В. Курочка

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

Проведено визначення психоемоційного стану у 102 дівчат у віці від 5 до 12 років, хворих на крауроз вульви, та 30 дівчат контрольної групи зіставної за віком. Використано методику діагностики рівня тривожності Р. Теммела, М. Дорки, В. Амена – за допомогою якої визначали ступінь тривожності.

Встановили, що у 63 (61,7%) пацієнок, в яких захворювання виникло на фоні хронічного рецидивуючого вульвовагініту, високий рівень тривожності (ІТ вище 50%) спостерігався у 32 (31,1%), середній рівень

тривожності (ІТ від 20 до 50%) – у 28 (27,4%) обстежених дівчат, низький рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%) визначався у 3 (2,9%) обстежених дівчат.

У 24 (23,6%) пацієнток, в яких крауроз вульви мав маніфестний перебіг, високий рівень тривожності (ІТ вище 50%) спостерігався у 11 (10,7%), середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%) – у 8 (7,8%) обстежених дівчат, низький рівень тривожності (ІТ від 0 до 20%) визначався у 5 (4,9%) обстежених дівчат.

У 15 (14,7%) обстежених дівчат із латентним перебігом захворювання високий рівень тривожності (ІТ вище 50%) спостерігався у 3 (2,9%) пацієнток, середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%) – у 5 (4,9%) обстежених та низький рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%) визначався у 25 (24,6%) обстежених дівчат.

У дівчат контрольної групи високий рівень тривожності (ІТ вище 50%) не спостерігався, середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%) – у 5 (16,6%) дівчат, низький рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%) визначався у 25 (83,4%) дівчат контрольної групи.

Встановлено залежність між формою, клінічним перебігом, тривалістю дистрофічних уражень вульви та психоемоційним станом у препубертатному віці у вигляді підвищення тривожності та погіршення психоемоційного статусу, що впливає на якість життя.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАМАТКОВИХ ТРУБНИХ ВАГІТНОСТЕЙ

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

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

Питання своєчасної діагностики позаматкової трубної вагітності та лікування хворих надалі мають актуальність та практичну значимість, так як від терміну діагностики хвороби, об'єму внутрішньочеревної кровотечі, супутньої гінекологічної патології залежить можливість проведення органозберігаючих методів лікування. Тому з'ясування клінічних особливостей позаматкових вагітностей є в основі покращення діагностично-лікувальної роботи з цим контингентом хворих.

Метами медичної статистики проведено аналіз 36 клінічних випадків позаматкових трубних вагітностей, які були діагностовано в II гінекологічному відділенні Львівського обласного клінічного перинатального центру в 2011-2012 роках. Цифрові показники історій хвороб полічені за допомогою комп'ютерної програми «Statistica».

У 72,22±7,57% випадків хворі були мешканками міста ($p \leq 0,05$). Жінок віком менше 20-и років не було. Вік 21-25 років був у 25,00±7,32% жінок, 26-29 років – у 30,56±7,79%, 30-34 роки – у 25,00±7,32% хворих, 35-39 років – у 11,11±5,31%, більше 39 років – у 8,33±4,07% жінок. У 77,78±7,03% хворих показанням до лапароскопічного лікування була перервана трубна вагітність, у 22,22±7,03% жінок – непорушена трубна вагітність. Об'єм внутрішньочеревної кровотечі 25 мл був у 21,43±7,90% хворих, 50-100 мл – в 42,86±9,52% жінок, 150 мл – у 3,57±3,57% хворих, 200 мл – в 14,29±6,73% жінок, 250 мл – у 10,71±5,95% хворих, 300 мл – також в 10,71±5,95% жінок, 350 мл – в 3,57±3,57% хворих.

Найчастіше плідне яйце було локалізовано в інтерстиціалній частині маткової труби – в 50,0±8,45% ($p \leq 0,01$), в ампулярній частині – у 16,67±6,30% жінок. У 81,11±8,24% хворих було діагностовано поєднану гінекологічну патологію. У 33,33±7,97% жінок виявлені зрости малого тазу, фіброміома матки – у 5,56±3,87%, сактосальпінге – в 11,11±5,31% жінок, сальпінгіт – у 2,78±2,78% хворих, полікістозні яєчники – також у 2,78±2,78% жінок, генітальний ендометріоз – у 5,56±3,87% хворих. Права труба була уражена у 8,33±8,33% жінок, ліва – в 41,67±8,33% хворих. Всім хворим було проведено хірургічне лікування лапароскопічним методом в об'ємі туботомії з енуклеацією плідного яйця або тубектомії. В 2,78±2,78% випадків відбувся перехід на лапаротомію. У післяопераційному періоді всі хворі отримували комплексне лікування із застосуванням антибіотиків, фібринолітиків, герудотерапії. У послідуєчому хворим призначалися антигомотоксичні препарати.

Таким чином, клінічними особливостями позаматкових трубних вагітностей є висока частота їх розвитку у 91,67±4,67% в жінок репродуктивного віку 21-39 років та достовірне переважання в 72,22±7,57% серед хворих міських мешканок. У 81,11±8,24% випадків позаматкова вагітність поєднувалася з іншою гінекологічною патологією – зростами малого тазу, сактосальпінгсами, сальпінгітом, фіброміомою матки, полікістозними яєчниками, ендометріозом. Виявлена патологія підтверджує значення порушень контрактильної здатності маткових труб та функції яєчників у процесах аномальної імплантації плідного яйця. Клінічні особливості позаматкових вагітностей свідчать про необхідність проведення профілактики даної патології у напрямках своєчасного виявлення та лікування гінекологічних хворих, санітарно-просвітницької роботи серед населення по питаннях контрацепції та профілактики сексуально-трансмісивних хвороб.

ПРИНЦИПЫ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В. В. Бобрицкая

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.

На сегодняшний день не существует единого научного мнения по вопросу лечения папилломавирусной инфекции (ПВИ), в том числе и в акушерско-гинекологической практике. Проведено большое количество научных работ, доказывающих необходимость и эффективность элиминации вируса папилломы человека (ВПЧ) с помощью иммуноотропной терапии. Эффективным методом защиты от развития онкопатологии шейки матки считают вакцинацию специфическими противовирусными вакцинами.

Цель работы – оценить эффективность сочетания интерферонотерапии с последующим назначением индукторов интерферонов для элиминации ПВИ у женщин репродуктивного возраста.

Под наблюдением находились 30 пациенток с лабораторно подтвержденным «носителем» ВПЧ без клинических проявлений заболевания. Исследование проводилось с интервалом в 6 месяцев для исключения факта самоэлиминации инфекции. Лечение пациенткам с подтвержденной ВПЧ инфекцией проводилось курсами интерферона (альфаферкина) внутримышечно 30 млн. курсовая доза, и при положительных результатах – повторные курсы интерферона 10-20 млн. Курс индукторов интерферона применялся после интерферонотерапии в течение 2-4 месяцев как изолированно, так и в сочетании с интерферонами. После первого курса 30 млн. альфаферкина отрицательный результат ВПЧ – у 38% пациенток, в сочетании с индукторами интерферона – у 62%.

Таким образом, патогенетически обоснованной для лечения ВПЧ является иммуномодулирующая терапия. Курсы интерферонотерапии являются эффективными для элиминации ВПЧ, сочетание интерферонов и индукторов интерферонов также патогенетически обоснованно и требует дальнейшего обоснования. Элиминация ВПЧ может сократить количество патологических состояний, вызываемых вирусом.

ОЦІНКА ВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ НОВОУТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ

О. Ю. Боженко, Г. С. Дубець, В. О. Склярова

3-я комунальна міська клінічна лікарня, м. Львів.

Своєчасна діагностика захворювань в гінекології є однією з актуальних клінічних проблем. Це обумовлено не лише поширеністю раку даної локалізації в структурі онкологічної захворюваності та високою смертністю, але і актуальністю збереження репродуктивного здоров'я жінки. Ангіогенез – це універсальний процес розвитку нових судин, він є невід'ємною ланкою онкогенезу. Його слід розглядати як нормальний фізіологічний процес так і як ключову ланку у розвитку багатьох патологічних процесів, зокрема туморогенезу.

Мета дослідження: оцінити діагностичні можливості доплерівської сонографії та визначення сироваткового фактору росту ендотелію судин (VEGF) при диференційній діагностиці пухлин яєчників (ПЯ).

В аналіз включено 139 пацієнок, котрі обстежувались з приводу виявлених пухлинних мас в тазу. Виділено наступні групи: I-у групу (38 хворих) склали пацієнтки із злоякісними пухлинами яєчників (ЗПЯ), група II – пацієнтки з доброякісними ендометріюїдними пухлинами яєчників (ДЕПЯ) (36 хворих), III-я група (65 хворих) – жінки, в яких верифіковано інші доброякісні пухлини яєчників (ДПЯ). Ультрасонографічне дослідження виконували на апаратах експертного класу TOSHIBA Xario, SonoAce 8000. Ехографічну оцінку у 2D режимі та аналіз характеру внутрішньопухлинного кровоплину (ВПК) проводили згідно з рекомендацій IOTA group (2000 р.). Оцінювали внутрішню структуру новоутворення: рівність та потовщення стінки, ехогенність вмісту, наявність перетинок, папілярних структур, величину солідного компоненту, наявність асциту, ефекту дорзального підсилення акустичного сигналу, яєчничкової тканини. При застосуванні режиму кольорового доплерівського картування (КДК) визначали наступні типи ВПК («color score»): I тип – кровоплин відсутній, II – присутній мінімальний кровоплин, III – частково посилений кровоплин, IV – посилений кровоплин. Відповідно визначали індекси пульсативного доплеру: IR, PI, Vmax, S/D. Рівні сироваткового VEGF визначали у 83 пацієнок методом імуноферментного аналізу за допомогою набору Human VEGF (Invitrogen, США) згідно з інструкціями виробника. Отримані результати зіставляли з даними гістологічного дослідження. Статистичний аналіз проводили за допомогою пакету програм Statistica for Windows 5.0 (Statsoft, USA). У зв'язку з негаусівським розподілом (перевірка за допомогою критерію Шапіро-Віллка) дані подавали як медіана (мін.-макс.) [нижній-верхній квартилі] та порівнювали їх між групами за допомогою критерію Манн-Вітні. Кореляцію параметричних характеристик всередині груп оцінювали за допомогою критерію тау Кендала.

I тип ВПК зустрічався у 11 (30,56%) із ДЕПЯ та у 37 (56,92%) у пацієнток із ДПЯ. II тип ВПК – у 23 (63,89%) із ДЕПЯ та у 25 (38,46%) – із ДПЯ. III тип ВПК виявлено у 7 (18,42%) жінок із ЗПЯ, у 2 (5,56%) – із ДЕПЯ та у 3 (4,62%) – із ДПЯ. IV тип визначався лише у хворих із ЗПЯ – 31 (81,58%). Засвідчено значущу відмінність між рівнями VEGF та індексами пульсуючої доплерометрії (IR, PI, S/D) у хворих із раком та без нього (як для групи ДЕПЯ, так і групи ДПЯ) ($p < 0,05$). Водночас виявлено погранично значущу відмінність індексів пульсативного доплера між групами ДЕПЯ і ДПЯ: $p = 0,13$ для IR, $p = 0,11$ для PI, $p = 0,08$ для Vmax.

При зіставленні показників васкуляризації пухлини при КДК та концентрації в крові VEGF в об'єднаній групі «ДЕПЯ та ДПЯ» виявлено високозначущу їх позитивну кореляцію (тау Кендала – 0,39, $p < 0,001$). Встановлено значуще зростання рівня VEGF при появі поодиноких локусів кровоплину, тобто II-го типу, різко цей рівень зростає при частковому посиленні кровоплину $p < 0,05$. Натомість при порівнянні рівнів VEGF у хворих із ЗПЯ не було виявлено відмінності з групою ДПЯ при тому ж типі кровоплину. Не виявлено також значущого подальшого зростання VEGF при появі посиленого, мозаїчного типу кровоплину. Оскільки в межах доброякісних пухлин відмічено залежність рівнів VEGF від характеру кровоплину, а серед осіб із частково посиленим кровоплином такої відмінності не зауважено, то різниця у рівнях VEGF у хворих із раком та без нього в цілому пов'язана з відсутністю серед хворих із ЗПЯ перших двох типів кровоплину. При частково посиленому типі в межах утворення рівень VEGF не дає змогу диференціювати рак від доброякісного процесу.

Таким чином, трансвагінальна ультразвукографія із використанням режимів кольорового та імпульсного доплера – неінвазивний метод дослідження, котрий характеризує неангіогенез і може активно застосовуватись при диференціації ЗПЯ та ДПЯ. Різниця у ангіогенезі між доброякісними та злоякісними ПЯ представлена різницею у показниках внутрішньопухлинного кровоплину (IR, PI, Vmax, S/D), що значуще корелює із маркером VEGF.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Н. Н. Волошина, Т. П. Кузнецова, Н. А. Волошин, А. Н. Рябошапка, Ю. А. Шатовский

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье.

Злокачественная трансформация многослойного плоского эпителия наблюдается почти у 30,0-40,0% больных с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями (ЦИН). Своевременная диагностика и адекватное лечение предопухолевых заболеваний является реальной профилактикой инвазивного рака шейки матки (РШМ). Вирус папилломы человека (ВПЧ) является основной причиной возникновения РШМ. Количественное определение вирусной нагрузки в эпителии шейки матки может служить прогностическим критерием развития ЦИН. Традиционно использующиеся только деструктивные методы лечения патологии шейки матки (электро-, крио-, лазеро-, радиоволновая деструкция) недостаточно эффективны. Неудачи методов локальной деструкции и рецидивы ЦИН, а также тот факт, что иммунодефициты являются постоянными элементами вирусных инфекций, которые влияют на тяжесть течения и исход заболевания, доказывают целесообразность иммунотерапии (С. И. Роговская, 2012).

Цель исследования – изучить результаты лечения ЦИН и вирусную нагрузку ВПЧ после деструктивного и комплексного лечения.

Проведено обследование 78 женщин с ЦИН, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 33 пациентки, которым было проведено только деструктивное лечение в различных лечебных учреждениях города Запорожья. Они были направлены в наш центр «Патологии шейки матки» в связи с длительным отсутствием эпителизации или рецидивами ЦИН. Вторую группу составили 45 пациенток с ЦИН, которым диагноз был установлен впервые. Пациенткам обеих групп проводилось кольпоскопическое, цитологическое обследование и качественный и количественный анализ на присутствие ВПЧ высокого онкориска. По показаниям выполнялась биопсия с последующими патологоанатомическим и иммуногистохимическим исследованиями.

Все пациентки были комплексно обследованы. Средний возраст пациенток 1-й группы – $26,0 \pm 2,3$ лет, 2-й группы – $27,0 \pm 1,8$ 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 противовирусное и иммуномодулирующее лечение, а на втором этапе им проводилось деструктивное лечение. Через 6 месяцев после проведенного лечения всем пациенткам проведено кольпоскопическое, цитологическое и исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Через 6 месяцев после проведенного лечения при цитологическом исследовании у 20 (60,6%) пациенток 1-й группы и у 9 (20,0%) – второй выявлены признаки SIL и койлоциты, маркеры папилломавирусной

инфекции. Качественная ПЦР диагностика ВПЧ дала позитивный результат у 17 (51,5%) пациенток первой и у 8 (17,8%) – второй группы. Количественное определение ВПЧ выявило клинически значимую вирусную нагрузку (более 3 lg) у 10 (30,3%) пациенток первой группы и у 5 (11,1%) – во второй группе. У остальных пациенток выявлена клинически незначимая нагрузка (менее 3 lg).

Таким образом, комплексное лечение ЦИН с использованием противовирусных и иммуномодулирующих препаратов значительно улучшает результаты лечения ЦИН. Количественное определение ВПЧ повышает специфичность исследования при высокой чувствительности теста.

СКРИНІНГ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ

Л. І. Воробйова, Н. Ф. Лигирда, І. В. Гончарук, Л. С. Болгова, Є. О. Логінова, Л. В. Скорода
Національний інститут раку, м. Київ.

Проблема профілактики, раннього виявлення передракових захворювань та раку шийки матки в сучасних умовах надзвичайно актуальна. Питома вага хворих на рак шийки матки (РШМ), які знаходяться в репродуктивному віці, складає 47,0%. Щорічні втрати близько 1,5 тисячі жінок, хворих на РШМ, вкрай негативно впливають на демографічну ситуацію в Україні.

Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року передбачає активізацію заходів по ранній діагностиці злоякісних пухлин, оскільки цей напрям в клінічній онкології є найбільш перспективним і пріоритетним. Підтвердженням доцільності такої політики в охороні здоров'я є досвід країн з високо розвинутою медициною, які суттєво покращили результати лікування онкологічних хворих і знизили захворюваність та смертність за рахунок організації цілої системи превентивних заходів, з яких провідна роль відноситься скринінгу.

Однією із важливих проблем репродуктивного здоров'я жінок в Україні є до кінця не вирішені питання профілактики і ранньої діагностики раку шийки матки, а також реабілітації хворих із зазначеним онкологічним захворюванням.

В Україні триває впровадження галузевої програми «Скринінг патології шийки матки» (Наказ МОЗ України від 31.12.2004 року № 677). Програма охоплює роботу акушерсько-гінекологічної та онкологічної служб МОЗ України на первинному, вторинному та третинному рівні.

Фактичним результатом виконання цієї програми, враховуючи її недофінансування та низьке забезпечення матеріальної бази сучасним медичним обладнанням, стало збільшення виявлення початкових форм РШМ на 14,2% та РШМ 0-стадії (cancer in situ) з 2,2 до 5,8 при стабільній захворюваності на РШМ – 19-20 випадків на 100 тисяч жіночого населення впродовж останніх 10 років.

Цитологічний аналіз цервікальних мазків є основним тестом організованих скринінгових програм РШМ. Складовою успіху скринінгової програми є чітке виконання організаційних заходів: створення єдиної комп'ютерної програми; забезпечення комп'ютерами та спеціальна підготовка персоналу; якісний забір матеріалу на цитологічне дослідження та своєчасна доставка в лабораторію; своєчасне інформування пацієнток про результати аналізу; забезпечення повторної явки пацієнтки у випадках виявлення патології шийки матки; адекватне дообстеження, встановлення діагнозу та лікування; забезпечення диспансерного нагляду за пролікованими жінками.

Переваги цитологічного методу: успішний світовий досвід, висока специфічність, відносно низькі витрати.

Аналітична оцінка вищезгаданої програми та практичний досвід роботи виявили відсутність відповідної спільної для обох служб нормативно-правової бази, яка б забезпечувала та узгоджувала чітку послідовність у наданні медичної допомоги хворим на передракові захворювання та рак шийки матки і подальший їх моніторинг та чітко визначала функціональні обов'язки служб в організації та забезпеченні подальшої роботи за напрямом програми.

Вирішення цієї задачі полягає в розробці подальшої методології і нормативно-правової бази із внесенням змін в організацію протиракової боротьби задля подальшого ефективного розвитку та впровадження напрацьованих в практику лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я України усіх рівнів медико-санітарної допомоги.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Л. И. Воробьева

Национальный институт рака, г. Киев.

Сведений о степени инфицирования юного населения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), как и распространенности папилломавирусной инфекцией (ВПЧ) в Украине нет, хотя косвенно

можно предположить ее высокую встречаемость (ранние половые связи, высокая частота аборт). Ведущая роль в возникновении рака шейки матки (РШМ) принадлежит ВПЧ инфекции, передаваемой половым путем, широко распространенной в популяции и высоко контагиозной.

Ежегодно в Украине выявляется около 5 тысяч новых случаев рака шейки матки, каждая третья больная находится в возрасте до 30 лет. Факторы риска РШМ: сексуальный дебют ранее 17 лет; 3 и более половых партнера в течение года; иммунодефицитные состояния (ВИЧ-инфекция и др.); курение; низкий социально-экономический уровень; урбанизация.

Если не предпринимать никаких мер по профилактике РШМ, который в 100% случаев инициирован ВПЧ, то, согласно прогнозам, к 2025 г. он будет ежегодно уносить около 440 тысяч жизней (в 2008 г. смертность от РШМ составила 275 тысяч, в Украине – 2230 женщин).

Не существует в настоящее время эффективных методов лечения ВПЧ-инфекции и поэтому вопросы сексуального воспитания, длительное время считавшиеся неуместными в системе не только образования, но и медицины, должны стать приоритетными.

Украина не единственная цивилизованная страна с яркими проявлениями псевдопуриганства и высокими показателями заболеваемости ИППП и заболеваний шейки матки в молодом возрасте.

Предупреждать возникновение этих заболеваний методами просвещения необходимо еще в школьные годы, но эта проблема из медицинской становится этической: «как с детьми разговаривать о сексе?»

К сожалению, онкогинекологи почти не привлекаются к разработке гинекологами таких масштабных проектов, как «Планирование семьи», «Репродуктивное здоровье» и др., в которых следовало бы акцентировать элементы профилактики рака шейки матки.

Причина происходящего – отсутствие не только в Украине, но и в других странах целостной государственной программы образования подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья.

Поэтому Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с Федеральным центром просвещения в сфере сексуального здоровья в 2010 г. подготовили «Стандарты сексуального образования в Европе», куда вошел комплекс программ репродуктивного образования, построенных на национальных и культурных традициях европейских стран.

Таким образом, вопрос репродуктивного здоровья, а, следовательно, и сексуального просвещения – элемент не только личностного воспитания, но и залог улучшения демографической ситуации в Украине.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ

Л. И. Воробьева, В. С. Свинцицкий, Л. Н. Полонская

Национальный институт рака, г. Киев.

На сегодняшний день накоплен значительный клинический опыт эндовидеохирургии миомы матки. Хирурги-эндоскописты стремятся оперировать как можно раньше, при небольших объемах патологических процессов, когда преимущества лапароскопического вмешательства очевидны. Однако, в отличие от лапаротомной миомэктомии, при лапароскопическом варианте операции травма тканей органа после удаления узла оказывается обширнее, сопоставляемые ткани в ложе узла подвергаются коагуляционному некрозу, контактный миометрий повреждается до глубины 1,0-1,2 см, что приводит к проблеме полноценности рубца на матке.

В Национальном институте рака (НИР) с 2004 по 2012 год произведена консервативная лапаротомная миомэктомия с фиброматозными узлами >10 см в диаметре у 77 пациенток, желающих сохранить репродуктивную функцию. Распределение больных, которым проведена консервативная миомэктомия, по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных миомой матки, оперированных в НИР, в зависимости от возраста

15-19 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года
1 (1,3%)	8 (10,4%)	11 (14,3%)	27 (35,1%)	25 (32,5%)	5 (6,4%)

Эта категория больных представляет определенные трудности, а именно: операция сопровождается достаточно большой кровопотерей, повышается необходимость обширной коагуляции, определенные сложности представляет собой сопоставление послеоперационной раны, значительно увеличивается длительность операции.

Нами разработана оригинальная методика консервативной миомэктомии с временным пережатием маточных сосудов у пациенток с фиброматозными узлами >10 см в диаметре с целью профилактики интраоперационной кровопотери. Интраоперационно у всех пациенток проведено срочное гистологическое исследование удаленных узлов. У 3 больных (3,9%) диагностирована саркома матки, объем оперативного вмешательства был расширен до пангистерэктомии.

Гистологические типы фибромиом представлены в таблице 2.

Таблица 2

Гистологические типы миом, выявленных при консервативной миомэктомии

Лейомиомы	49 (63,6%)
Ангиолейомиомы	15 (19,5%)
Пролиферирующие фибромиомы	13 (16,9%)

Нами прослежено 57 (74,0%) женщин в послеоперационном периоде. Повторное оперативное вмешательство проведено у 6 (7,8%) больных, из них у 4 – по поводу рецидива миомы матки. На данный период наблюдения 18 (23,4%) женщин родили детей. У 12 пациенток (66,7%) были срочные самопроизвольные роды через естественные родовые пути, у 6 (33,3%) – родоразрешение путем кесарева сечения.

Самопроизвольные аборты были у 3 больных (3,9%). Несостоятельности послеоперационного рубца не отмечено ни у одной больной, выносившей беременность.

Полученные нами результаты лечения пациенток с фибромиомами матки >10 см в диаметре дают основание для рекомендации использования консервативной миомэктомии, особенно у больных с большими опухолями для более широкого использования в гинекологических стационарах. Проведение органосохраняющих операций позволит сохранить репродуктивную функцию пациенток, улучшить качество их жизни.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСОМ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАЗЕРНОЙ ИММУННОЙ КОРРЕКЦИИ

С. И. Гайворонская, О. П. Танько, О. А. Лященко, Л. А. Выговская

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Состояние репродуктивного здоровья женского населения за последнее время значительно ухудшилось. Наибольшее влияние на фертильность женщины оказывают бактериальные и вирусные факторы, которые вызывают воспалительные заболевания женских половых органов. Особая роль отводится вирусу папилломы человека (ВПЧ) в связи с особенностью некоторых генотипов вируса вызывать злокачественные опухоли пораженных органов. По данным Всемирной организации здравоохранения, в экономически развитых странах за последние 10 лет отмечено увеличение дисплазий шейки матки молодых женщин. На сегодняшний день получены аргументированные доказательства возникновения рака шейки матки в результате воздействия онкогенных штаммов ВПЧ на этот орган. Доказано, что персистенция или очищение от ВПЧ зависит от иммунного ответа организма. При изменении показателей различных факторов иммунного ответа ВПЧ имеет больше возможностей для длительной персистенции и поражения органов и тканей.

Целью исследования было изучение факторов иммунного ответа у женщин, инфицированных онкогенными штаммами ВПЧ (16, 18), при применении метода иммунологической коррекции лучом гелий-неонового лазера. Изучалась концентрация цитокинов – фактора некроза опухоли, IL-6, уровня лизоцима, циркулирующих иммунных комплексов, Ig A, M, G. С целью иммунокоррекции применялся гелий-неоновый лазер ЛГ-72 с длиной волны 632,8 нм, дающий красное монохромное излучение. Данное излучение обладает иммуностимулирующим действием при облучении иммунокомпетентных органов (вилочковой железы, подмышечных и паховых лимфатических узлов).

До начала лечения у женщин, инфицированных ВПЧ, были повышены уровни цитокинов как медиаторов естественного иммунитета (ФНО, IL-6), показатели лизоцима и циркулирующих иммунных комплексов. При исследовании иммуноглобулинов А, М, G выявлено достоверное повышение содержания иммуноглобулина G. После проведения курса лазерной иммунокоррекции восстановилась функциональная активность показателей гуморального иммунитета: нормализовался интерфероновый статус, снизилось содержание иммуноглобулина G.

Результати даних досліджень можуть свідечувати про подавлення очагов реплікації вірусів, зниження їх концентрації в сировотке крові.

Все пацієнтки отметили хорошу переносимість лазерної терапії. Побочних ефектів или алергічних реакцій не отмечалось. Через 6 місяців после закінчення лікування пацієнтки були повторно обстежені на папілломавірусну інфекцію. По результатам ПЦР-дослідження, ВПЧ виділен у 7% пацієнток.

Проведені нами дослідження дозволяють рекомендувати в практику використання низкоінтенсивного випромінювання гелій-неонового лазера з метою досягнення специфічних імунних відповідей при інфікуванні жінок ВПЧ.

ЗАМІСНА ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

І. В. Гончарук, С. В. Неспрядько, О. В. Турчак, Л. І. Воробйова

Національний інститут раку, м. Київ.

Рак шийки матки (РШМ) та рак ендометрія (РЕ) є найбільш поширеними формами злоякісних новоутворень жіночих статевих органів. За результатами світових досліджень, має місце підвищення захворюваності на РШМ у жінок віком до 40 років. Питома вага хворих на рак шийки матки, які знаходяться в репродуктивному віці, складає 47%. Серед хворих на РЕ 16-18% пацієнток – жінки репродуктивного віку. Хірургічний метод лікування хворих на РШМ та РЕ є основним і включає радикальну екстирпацію матки з придатками та тазову лімфодисекцію.

Однак лікування злоякісних новоутворень у хворих репродуктивного віку нерідко призводить до зниження якості життя. Зокрема, у хворих на РШМ та РЕ виключення функції яєчників внаслідок радикального лікування спричиняє розвиток хірургічної менопаузи, основним проявом якої є постоваріоектомічний синдром (ПОЕС), що характеризується вегето-судинними, психоемоційними та обмінно-ендокринними порушеннями, які виникають в різний час після проведеного радикального лікування. Враховуючи генез гормонально-метаболічних розладів у жінок з хірургічною менопаузою, єдиним патогенетично обґрунтованим методом лікування ПОЕС є замісна гормональна терапія (ЗГТ).

Метою даного дослідження є оцінка ефективності замісної гормональної терапії у лікуванні постоваріоектомічного синдрому у онкогінекологічних хворих.

Досліджено можливість застосування ЗГТ хворим на РШМ 0, I, II, III стадій (48 пацієнток) і хворим на РЕ I стадії (32 пацієнтки) після хірургічного або комбінованого лікування. Середній вік хворих складав 41 рік (від 23 до 52 років). Всі пацієнтки до проведення хірургічного лікування мали збережену менструальну функцію. Контрольна група включала 40 пацієнток, яким ЗГТ не призначали.

Тривалість спостереження на момент включення хворих на РШМ та РЕ в дослідження складала від 3 днів до 2 років. Пацієнток включали в дослідження з урахуванням протипоказів до ЗГТ. Після хірургічного втручання пацієнткам призначали монотерапію естрогенами у вигляді трансдермального пластирю «естрамон 50» (діюча речовина: естрадіол (17-бета-естрадіол) 50 мкг/24 год.). Один трансдермальний пластир наклеювали на шкіру з інтервалом 3-4 дні, у середньому – 2 пластири на тиждень. Якщо при застосуванні «естрамону 50» клімактеричні скарги не зникали, дозу збільшували вдвічі. Препарат призначали протягом 6-18 місяців.

На момент включення хворих на РШМ та РЕ в дослідження, а також через 3 та 6 місяців здійснювали оцінку проявів ПОЕС, нейровегетативних, психоемоційних та обмінно-трофічних порушень, їх динаміки за модифікованим менопаузальним індексом (ММІ) при огляді і опитуванні за допомогою спеціально розроблених анкет. Всім пацієнткам проводили наступні клініко-лабораторні дослідження: гінекологічний огляд, цитологічний контроль, обстеження молочних залоз, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і малого тазу тощо.

До призначення ЗГТ всі пацієнтки мали прояви хірургічної менопаузи різного ступеня. В структурі розладів ПОЕС переважали вегето-судинні та психоемоційні порушення.

На фоні прийому ЗГТ протягом 6 місяців прояви хірургічної менопаузи зменшилися на 65%. Вже протягом перших 3-4 тижнів застосування ЗГТ зникали такі вегетосудинні прояви ПОЕС, як «гарячі приливи», пітливість, головний біль, тахікардія, слабкість, сонливість, занепокоєння тощо. Призначення ЗГТ сприяло позитивній динаміці психоемоційних проявів ПОЕС: знижувалась дратівливість, покращувався сон, пам'ять, підвищувалась працездатність, апетит, стабільність настрою. В цілому, застосування ЗГТ покращувало якість життя даної категорії хворих.

В групі хворих, які приймали ЗГТ, відмічали позитивну динаміку урогенітальних розладів: зникали дизуричні явища, сухість піхви, нетримання сечі тощо.

В контрольній групі прояви хірургічної менопаузи носили стійкий характер з тенденцією до розширення проявів астеноневротичного характеру, тривожно-фобічних симптомів, депресивних розладів різного ступеня тощо.

За час спостереження у жодної хворої під час прийому ЗГТ та після не встановлено рецидивів захворювання.

Таким чином, препарати ЗГТ ефективні в корекції постоварієктомічного синдрому і можуть використовуватись в реабілітації хворих на РШМ та РЕ з метою покращання якості життя.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ТА АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ

А. П. Григоренко, О. Г. Шиманська-Горбатюк, Н. С. Шатковська, Н. Г. Феценко

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.

Незважаючи на розвиток сучасної медицини – фетоплацентарна недостатність (ФПН) і досі залишається частим ускладненням вагітності (до 22,0%) і однією з найбільш частих причин перинатальної захворюваності (до 60,0%) та смертності.

У клінічній практиці ФПН виявляють у кожній третій вагітній з групи високого ризику перинатальної патології. ФПН ускладнює перебіг вагітності при екстрагенітальній патології та акушерській патології у 30,0-100,0% випадків.

Мета дослідження: виявлення факторів ризику ФПН за допомогою аналізу клініко-анамнестичних даних вагітних з ФПН та співставлення їх з аналогічними даними групи порівняння.

Нами обстежено 102 вагітних жінки з гестаційним терміном 28-36 тижнів. Основну групу склали жінки з ФПН на фоні акушерської та екстрагенітальної патології (71 жінка), контрольну групу – здорові вагітні (31 жінка).

Досліджувались клініко-анамнестичні дані індивідуальних карт вагітності, а також дані спеціально розроблених анкет.

Статистичну обробку отриманих результатів проведено методом варіаційної статистики. Для оцінки достовірності різниць середніх величин розраховували t-критерій Стьюдента-Фішера. Різниця вважалась достовірною при значенні $p < 0,05$.

За віком жінки основної групи та групи порівняння достовірно не відрізнялись ($28,0 \pm 1,6$ рік та $25,7 \pm 1,0$ рік відповідно).

Паритет: в основній групі першовагітних та впершенароджуючих виявилось 50,7%, у контрольній – 61,3%; повторновагітних та впершенароджуючих в основній групі було 28,2%, а у контролі – 29,0%; повторнонароджуючих в основній групі виявилось 23,9%, а у контрольній групі – 6,5%, тобто більшість пацієнток були впершенароджуючими, а більше половини обстежених – першовагітними. Достовірна різниця між групами по паритету була лише серед повторнонароджуючих жінок.

Співставлення соматичного анамнезу виявило, що у вагітних обох груп найчастіше спостерігались хвороби зору (міопія, астигматизм), захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрити, гастродуоденіти, дискінезії жовчовивідних шляхів, холециститу), хвороби сечовидільних шляхів (сечокам'яна хвороба, цистити, пієлонефрити). Рідше зустрічались ожиріння, тонзиліти, отити, бронхіти, захворювання щитовидної залози, хвороби шкіри та варикозна хвороба. По даних нозологіях достовірної різниці між групами не виявлено.

Достовірну різницю ($p < 0,05$) між групами виявлено по вегето-судинній дистонії (ВСД) за гіпертонічним типом, яка мала місце у 41 вагітній основної групи – 57,7% і у 3 жінок контролю (9,7%). Крім того, гіпертонічна хвороба та хвороби серця зустрічались лише у вагітних основної групи у 9,9% та 7,0%, відповідно.

Гінекологічний анамнез у жінок обох груп був обтяжений штучними абортами та викиднями, зокрема кількість штучних переривань в основній групі складала 37,8% проти 14,3% групи порівняння ($p < 0,05$), а викидні мали місце у 13,5% випадків в основній групі та у 3,2% вагітних контрольної групи ($p < 0,05$). У жінок обох груп спостерігались ерозії шийки матки, хронічні сальпіngoофорити, міома матки, ендометріоз, TORCH-інфекції. Достовірної різниці по цих нозологіях між групами не було.

Перебіг даної вагітності в обох групах ускладнився раннім гестозом, загрозою переривання вагітності та загрозою передчасних пологів, гестозами II половини вагітності. У вагітних основної групи загроза переривання вагітності та передчасних пологів спостерігалась у 26 жінок (36,6%), а у контролі – у 5 (16,1%), прееклампсія легкого та середнього перебігу в основній групі мала місце у 37 вагітних основної групи (52,1%), а важкого перебігу – у 5 жінок (7,0%), у контрольній групі прееклампсії не було ($p < 0,05$). По частоті гестозу I половини вагітності між групами достовірної різниці не спостерігалось.

Значну різницю між групами виявлено по частоті гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) під час вагітності. Зокрема, в основній групі вона складала 38,0%, а у контролі – 12,9% ($p < 0,05$). А також достовірну різницю виявлено по частоті тютюнопаління серед вагітних: 22,5% в групі з ФПН проти 6,5% групи порівняння ($p < 0,05$).

Таким чином, ФПН частіше ускладнює вагітність у жінок з ВСД за гіпертонічним типом, гіпертонічною хворобою та хворобами серця, у тих, що мали штучне чи самовільне переривання вагітності в анамнезі, а також вагітність, ускладнену загрозою переривання, прееклампсією різного ступеня важкості. ФПН частіше виявляється у жінок, які палять чи перенесли ГРВІ під час вагітності. Саме ці фактори можна вважати чинниками ризику розвитку ФПН.

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ З УРАХУВАННЯМ ГЕНЕТИЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ

А. М. Громова, О. Є. Афанасьєва

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Актуальність проблеми гіперпластичних процесів обумовлена рівнем їх розповсюдженості, що досягає 57% серед гінекологічної патології та інтенсивним ростом злоякісних новоутворень слизової оболонки матки, які займають 4-е місце в структурі онкологічної захворюваності жінок. Важливо зазначити, що гіперпластичні процеси ендометрія мають певні труднощі в ракурсі діагностики, що обмежується досить грубими інвазивними маніпуляціями.

Лікувальні стратегії також мають ряд складнощів та недоліків. Навіть чітке дотримання терапевтичних рекомендацій, застосування високоякісних препаратів не дають стовідсоткової гарантії відсутності рецидиву захворювання в майбутньому.

Саме тому метою нашої роботи було обґрунтування диференційних підходів до лікування гіперпластичних змін слизової оболонки матки із застосуванням сучасних відеоендоскопічних методик з урахуванням генетичної детермінованої схильності до рецидивуючого перебігу захворювання.

Під нашим спостереженням знаходились 90 жінок, що звернулися зі скаргами на кров'яні виділення з статевих шляхів різної інтенсивності, середній вік яких становив $49,7 \pm 8,3$ років. І групу склали 55 жінок з гістологічно підтвердженими гіперпластичними процесами ендометрія. Група контролю складалася з 35 жінок, що були госпіталізовані з приводу гіперполіменореї але не мали органічних, лабораторно підтверджених гормональних порушень статевої системи та патологічних змін ендометрія. Всім хворим були проведені: поглиблений анамнестичний аналіз, повне клініко лабораторне обстеження, визначення поліморфних варіантів генів 1-тус та P53, виконано гістероскопічне та патогістологічне дослідження слизової оболонки матки.

В залежності від застосованого лікування жінки першої групи були поділені на дві підгрупи. Першу підгрупу склали 25 жінок, пролікованих за допомогою розробленої електрохірургічної трансцервікальної методики – комбінованої резекції ендометрія. До другої підгрупи увійшли 30 жінок, яким з лікувальною та діагностичною метою було виконано фракційне вишкрібання слизової оболонки порожнини матки, та за результатами гістологічного дослідження була призначена гормональна терапія.

Таким чином, поліморфізми Arg72Pro гену p53 (К контингенції = 0,78) та (S/S) гену 1-тус (К контингенції = 0,99) асоціюються з рецидивуючим перебігом ГПЕ, тобто наявність вищезазначених генетичних варіабельностей є несприятливим фактором щодо прогнозу даної патології.

В групі хворих, що мають обмеження або абсолютні протипоказання до застосування гормональних препаратів, високий ризик рецидиву захворювання та з супутньою внутрішньоматковою патологією – комбінована резекція ендометрія є ефективним альтернативним методом лікування ГПЕ.

МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Е. П. Дорогая, Л. П. Кузьмук

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

Лейомиома матки является наиболее распространенной доброкачественной опухолью половой системы у женщин фертильного возраста. До недавнего времени основным методом в лечении данной патологии был хирургический. В последнее время одним из приоритетных направлений в лечении лейомиомы матки является органосохраняющий консервативный метод лечения. За последнее время возможности современной

фармакотерапии существенно расширились, однако при выборе препарата лечащему врачу приходится учитывать не только данные его клинической эффективности, но и учитывать его стоимость.

Цель работы – оценка эффективности комплексного лечения женщин с лейомиомой матки на основании данных клинической картины, включающей в себя расширенную кольпоскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, данных гистероскопии, морфологического исследования ткани удаленных лейоматозных узлов и определения иммуногистохимических показателей (маркеров пролиферации, апоптоза, факторов роста).

Обследовано 90 пациенток, обратившихся за лечением в Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами за период с 2011 по 2012 гг. с диагнозом: лейомиома матки. Возраст пациенток составил $28,6 \pm 7,4$ года. Основными жалобами были нарушение менструального цикла, боли во время месячных, бесплодие. Длительность анамнеза составила в среднем $5,1 \pm 2,6$ лет. Комплексное УЗИ проводили на аппарате Pto Focus трансвагинальным датчиком с частотой 8,0 МГц. Исследование проводили на 7-9 день цикла. Гистероскопию и гистерорезектоскопию проводили на 5-10 день менструального цикла гистероскопом Карл Шторц под внутривенным обезболиванием с использованием жесткой оптики. В качестве жидкостной среды использовали туросол.

Определение рецепторов к эстрогенам и прогестерону было проведено непрямым стрептавидин-пероксидазным методом с использованием первичных антител к антигенам эстрогенов и прогестерона (фирма ДАКО, Дания).

В результате обследования были установлены размеры лейомиомы от 6 до 8 недель беременности. При тактике лечения обязательно учитывался как гистологический тип миомы, так и клиничко-морфологические характеристики самой лейомиомы, так как разные гистологические типы лейомиом имеют разный пролиферативный потенциал, определяющий индивидуальный подход к лечению.

В результате проведенной гистероскопии были выявлены фиброматозные узлы по типу G0, которые были полностью резецированы интраоперационно, и по типу G1, которые были резецированы частично.

В комплекс консервативной симптоматической терапии всем пациенткам были добавлены эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день и индинол по 2 капсулы 2 раза в день в течение 8 месяцев.

Из гормональной терапии назначались комбинированные оральные контрацептивы (этинилэстрадиол 30 мкг, диеногест 2 мг) в пролонгированном режиме. Для женщин более молодого возраста были рекомендованы антигонадотропины (гестрион 2,5 мг 2 раза в неделю), обладающие антигестагенным, антиэстрогенным эффектами. Особенно эффективной данная терапия отмечалась у женщин с незначительным диффузным увеличением матки, с имеющимися узлами до двух сантиметров в диаметре. Для женщин, еще не реализовавших свою фертильную функцию – агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов. Назначался бусерелин депо-форма 3,75 мкг – одна инъекция в 28 дней № 6.

Терапия проводилась в течение от 6 месяцев до 1,5 лет под контролем УЗИ и дополнительных лабораторных методов обследования каждые 3-6 месяцев. Каждая пациентка была осмотрена в среднем 3-4 раза за исследуемый период. По результатам лечения мы разделили всех пациенток на две группы. Первая группа состояла из 77 женщин (85,5%), у которых по результатам клинической картины, данных УЗИ, гистологического исследования биоптатов эндометрия, данных диагностической гистероскопии, размеры матки и лейоматозных узлов были уменьшены или оставались стабильными, со стороны эндометрия патологии выявлено не было. Вторая группа, состоящая из 13 женщин (14,5%), имела на фоне лечения увеличение размеров матки и отмечала сохранение ранее имеющихся симптомов.

Из первой группы у 63 (70,0%) женщин наблюдалось уменьшение размеров матки на 1,5-2 недели, у 23 (30,0%) размеры не уменьшились, но все они отмечали отсутствие болевого синдрома, нарушения менструального цикла, нарушений функций смежных органов, а также наличие такого объективного критерия, как нормализацию общего анализа крови и отсутствие анемии. Размеры матки и узла у женщин первой группы до начала лечения составили $204,4 \pm 10,8$ см³ и $28,9 \pm 12,1$ см³, у женщин второй исследуемой группы – $302,1 \pm 14,1$ см³ и $76,0 \pm 15,2$ см³. После проведенной терапии объем матки и крупного узла реально уменьшился и составил $180,1 \pm 10,5$ см³ и $20,1 \pm 9,5$ см³. Во второй группе размеры объемов уменьшились менее выражено – $300,1 \pm 13,9$ см³ и $73,2 \pm 13,9$ см³. В период проведения лечебных мероприятий 13 (14,5%) женщинам из второй группы проводилась контрольная офисная гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием, и в связи с продолжающимися меноррагиями проведена миомэктомия лапароскопическим доступом.

По итогам проведенной терапии после обследования в динамике отмечено уменьшение размеров матки пациенток в исследуемых группах, что объективно свидетельствует об эффективности лечения.

Изложенные выше исследования указывают на целесообразность назначения консервативного лечения узловатой лейомиомы матки у молодых женщин репродуктивного возраста. В результате назначения

комплексной терапии наблюдается устранение патологических симптомов (нарушений менструального цикла, болей, нарушений функций смежных органов). Отмечалось также и предотвращение роста лейомиомы матки, что помогло избежать в ряде случаев оперативного лечения с возможной потерей матки и придатков. Однако у 12 (14,5%) пациенток из общего количества, получавших консервативную терапию, лечение было неэффективным, и им было предложено органосохраняющее оперативное лечение – лапароскопическая миомэктомия.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УРОВЕНЬ МЕЛАТОНИНА У БЕРЕМЕННЫХ

Е. И. Заболоцких, С. П. Пахомов, О. П. Лебедева, О. В. Головченко, М. В. Валикова
Белгородский государственный национальный исследовательский университет; Белгородский областной перинатальный центр, г. Белгород.

Гормон мелатонин был открыт в 1958 году А. Б. Лернером. Вырабатывается основными секреторными клетками эпифиза – пинеалоцитами. Роль мелатонина до конца не выяснена, участвует в регуляции сна, имеет антиоксидантную активность, влияет на репродуктивную функцию. Изменения концентрации мелатонина имеют заметный суточный ритм в шишковидном теле и в крови, как правило, с высоким уровнем гормона в течение ночи и низким уровнем в течение дня. Уровень мелатонина зависит от множества факторов, возраста, освещенности региона, в котором проживает индивидуум. Факторы, определяющие уровень мелатонина у женщин, особенно во время беременности, до конца не выяснены. Это и послужило поводом для настоящего исследования. Целью работы являлось установление возможных индивидуальных факторов на уровень мелатонина у женщин во время беременности. На базе первой Белгородской городской муниципальной больницы было обследовано 96 беременных женщин. На сроках 5-7 недель беременности проведено полное клиническое обследование. Уровень мелатонина определялся в слюне женщин, утром – в одно и то же время, натощак, методом твердофазного иммуноферментного анализа. В результате исследования было установлено, что у женщин со сниженным содержанием мелатонина отмечалось более высокое содержание эритроцитов – $4,40 \pm 0,14 \cdot 10^{12}$, в сравнении с женщинами со средними значениями концентрации мелатонина – $4,16 \pm 0,26 \cdot 10^{12}$ ($p < 0,05$), более низкое содержание ионов калия в сыворотке крови – $3,78 \pm 0,21$ ммоль/л против $4,04 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$). Из анамнестических данных установлено, что у женщин с более поздним менархе ($13,51 \pm 0,57$ лет) также отмечен более низкий уровень мелатонина ($p < 0,05$). По всем остальным изучаемым показателям достоверных отличий выявлено не было.

Из сказанного следует, что уровень мелатонина в незначительной степени зависит от индивидуальных показателей женщин, но имеет достоверную связь с уровнем некоторых биохимических и клинических показателей (работа выполнена при финансировании гранта Президента РФ МД-936.2012.7).

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРОДУКТОВ ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО КОМПЛЕКСА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

С. А. Зайналова, С. П. Синчихин, О. Б. Мамиев
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Астраханская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Астрахань.

Установлено, что у женщин рабочих специальностей и служащих газоперерабатывающего комплекса имеется разная частота встречаемости акушерско-гинекологической и соматической патологии.

Вопрос о характере и частоте заболеваний у женщин, занятых в газоперерабатывающей промышленности, изучен недостаточно.

Цель исследования – изучить состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин, работающих на Астраханском газоперерабатывающем заводе (АГПЗ).

Всего при профилактическом осмотре обследовано 92 женщины, которые были разделены на две группы. Первую группу (63 человека) образовали работницы основных профессий – операторы технологических установок, лаборанты химического анализа, сотрудники контрольно-измерительных приборов. Вторую группу (32 человека) сформировали сотрудницы заводоуправления и хозяйственных цехов, расположенных на территории завода.

Средний возраст обследованных составил 30,5 лет. Стаж работы в газовой промышленности до 5 лет был у 15% и у 20% пациенток, от 5 до 10 лет – у 28% и у 18%, от 10 до 15 лет – у 57% и 62% женщин по группам соответственно.

Анализ данных акушерско-гинекологического анамнеза обследуемых показал, что у 87% женщин из 1-й группы и 65% – из 2-й группы ранее наблюдалась беременность. Осложненное течение гестационного периода и родов встречалось у 60% и 45% обследованных по группам соответственно. Неразвивающаяся беременность в анамнезе была у 6% женщин из 1-й группы и у 5% обследованных из 2-й группы. Артифициальные аборт и выкидыши встречались, соответственно, у 33% и 12% женщин 1-й группы и у 18% и 8% – 2-й группы.

Для контрацепции презерватив, внутриматочную спираль, гормональные и спермицидные средства использовали 13% и 15%, 18% и 12%, 20% и 35%, 3% и 6% женщин по группам соответственно.

Среди экстрагенитальной патологии в 1-й и 2-й группах наиболее часто встречались: заболевания желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, щитовидной железы, почек и мочевыводящих путей – у 29% и 37%, у 17% и 8%, у 16% и 14%, у 8% и 10% обследованных по группам соответственно.

Первое место среди заболеваний женской половой сферы занимали дисфункции яичников и эндокринные формы бесплодия – у 32% и 29% обследованных по группам соответственно. Второе место по частоте встречаемости – хронические воспалительные заболевания половых органов; в 1-й группе – у 27% женщин, во 2-й группе – у 15%. На третьем месте отмечены доброкачественные новообразования матки – у 8% и 14% женщин по группам соответственно.

При исследовании крови у большинства работниц АГПЗ наблюдалось некоторое снижение показателей крови (количество эритроцитов, лейкоцитов, показатель гемоглобина).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у женщин рабочих специальностей и служащих газоперерабатывающего комплекса имеется разная частота встречаемости акушерско-гинекологической и соматической патологии, а также репродуктивного поведения. Указанное следует учитывать в практической работе врачей амбулаторного звена учреждений здравоохранения.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Л. И. Зварич, И. Ю. Ганжий, И. А. Евтерева

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

Вопросы совершенствования диагностики патологических состояний эндометрия, которые часто представлены гиперпролиферативными процессами эндометрия (ГЭ), являются актуальными в связи с ростом их в популяции до 5,00% и частотой малигнизации от 3,00% до 29,00%, а также диагностическими ошибками при использовании неинвазивных методов исследования.

Целью данной работы было выявление диагностических особенностей эхографии органов малого таза у женщин при различных видах пролиферативных изменений эндометрия в различных возрастных группах.

На основании углублённого обследования пациенток (n=57) с различными видами ГЭ проведен детализированный анализ сонологических изменений, расчёт эндометриально-маточного коэффициента (ЭМК) в различных возрастных группах. ГЭ была также подтверждена на основании гистероскопического и патогистологического (ПГИ) исследований.

Возраст пациенток составил $42,00 \pm 12,00$ лет. Нарушение менструального цикла (НМЦ) отмечалось в 96,49% случаях. При этом меноррагии были отмечены у 11 женщин (19,30%), метроррагии – у 31 (54,39%), менометроррагии – у 1 (1,75%), кровотечение в менопаузе – у 4 (7,02%), иные виды НМЦ были выявлены в 4,03% наблюдений. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) диагностировалась лейомиома матки у 27 женщин (47,37%). Сочетанная патология в виде полипов и лейомиомы матки по данным УЗИ была выявлена у 6 пациенток (10,53%), сочетание лейомиомы+полипов+ГЭ отмечено в 8 случаях (14,04%), лейомиома в сочетании с ГЭ диагностирована в 5 наблюдениях (8,77%), лейомиома и другая патология эндометрия – у 8 (14,04%) пациенток. М-эхо в 1-ую фазу менструального цикла составило $10,30 \pm 0,21$ мм (N – до 14 мм). Неоднородность эндометрия отмечалась в 38,75%, кистозные включения были выявлены в 22,50% эхограмм. У 12 пациенток (21,05%) М-эхо в 1-ую фазу цикла было более 16 мм. Полипы эндометрия выявлены на 19 эхограммах (33,33%), в 5,00% случаев диагностированы полипы цервикального канала. М-эхо при полипах составило $9,90 \pm 4,30$ мм, ЭМК= $0,22 \pm 0,10$. При сочетании полипа и ГЭ оно значимо не отличалось $9,80 \pm 5,20$ мм; ЭМК= $0,22 \pm 0,12$. Толщина эндометрия и ЭМК при изолированной ГЭ составили ($11,3 \pm 4,8$ мм, $0,23 \pm 0,10$ соответственно). Кисты и кистоподобные изменения яичников выявлены в 5 случаях (6,25%) сонограмм. Исследования, проведенные в различных возрастных группах, показали, что при наличии полипов эндометрия и их сочетании с ГЭ в репродуктивном возрасте не отмечается увеличения толщины эндометрия и ЭМК, в то время как при этой патологии в менопаузе выявлено повышение этих

показателей (М-эхо – $7,10 \pm 0,15$ мм; ЭМК=0,21). При установлении изолированной ГЭ (по данным ПГИ) и сопоставлении с данными УЗИ у женщин репродуктивного возраста М-эхо составило $9,40 \pm 1,21$ мм, ЭМК=0,20, в то время как в перименопаузе этот показатель значительно отличался (М-эхо – $14,30 \pm 1,15$ мм, ЭМК=0,29). Эти данные указывают на то, что при проведении ультразвуковой диагностики необходимо учитывать не только толщину М-эхо в различные фазы менструального цикла, но и ЭМК, а также рассматривать их в возрастном аспекте.

В структуре ГЭ полипы и изолированная ГЭ в репродуктивном возрасте – более частая патология (26,25% и 20,00% соответственно). Диагностическую значимость имеет не только увеличение М-эхо, но и ЭМК, особенно в диагностике изолированной ГЭ в перименопаузе.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЗАВЕРШЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

А. М. Кадыков, Н. В. Егорова, О. Б. Мамиев, М. В. Штепо

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Астраханская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Астрахань.

Преждевременные роды (ПР) являются актуальной проблемой современного акушерства и наблюдаются, по данным ряда авторов, в 5,0-10,0%.

Цель – изучить особенности течения и завершения гестационного периода у женщин с преждевременными родами в сроке 22-33 недели беременности.

Обследовано 220 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, у которых данная беременность завершилась преждевременными родами. У всех пациенток проводили сбор общего и акушерского анамнезов по общепринятым критериям, выявляли наличие перенесенных заболеваний, изучали исходы предыдущих беременностей, течение и исход данной беременности.

Из экстрагенитальной патологии хронические заболевания дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта наблюдались у 11,4%, 33,2% и 25,6% соответственно. Другая соматическая патология была обнаружена у 36,8% (заболевания щитовидной железы, анемия, нарушение жирового обмена). При микроскопическом исследовании влагалищного мазка у 68,2% пациенток выявлен неспецифический кольпит, кандидоз – у 10,0%. Женщин с наличием бактериально-вирусной инфекции было 53,2%, среди них цитомегаловирусная наблюдалась у 48,2% обследуемых, токсоплазмоз – у 35,0%, вирус простого герпеса – у 45,0%, хламидии – у 5,0%, микоплазмы – у 3,2%, уреоплазмы – у 6,8%, две и более инфекции – у 31,8%.

Течение настоящей беременности осложнилось в 30,0% наблюдений угрозой ее прерывания. Рецидивы угрозы прерывания беременности с неоднократными госпитализациями были отмечены у каждой четвертой пациентки. Ранний токсикоз отмечался у 8,2% женщин. Перенесли острые респираторные вирусные инфекции 20,0% обследуемых, по поводу чего проводилась общепринятая терапия. При анализе течения беременности было отмечено, что гестозы имели место у 34,0% женщин. Хроническая плацентарная недостаточность диагностировалась в 11,8% наблюдений. Многоводие или маловодие наблюдались в 18,2% и 6,9% соответственно.

Роды сопровождались несвоевременным излитием околоплодных вод у 25,9% обследуемых, слабостью родовой деятельности – у 28,2%. Послеродовые септические осложнения возникали в 5,0% наблюдений. Родовая травма сопровождала 11,4% преждевременных родов.

Из 220 недоношенных новорожденных родились ранее 28 недель гестации 16,7% детей, на 28-31 неделе – 25,0%, на 32-33 неделе – 58,3%. У всех недоношенных отмечалось осложненное течение неонатального периода. При оценке по шкале Апгар в тяжелой асфиксии родились 5,6%, остальные 94,4% – в состоянии умеренной асфиксии. У 100,0% новорожденных отмечалось гипоксически-ишемическое или гипоксически-геморрагическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) с синдромом угнетения. У 66,7% были клинические проявления респираторного дистресс-синдрома (РДС), пневмопатии с различной степенью выраженности дыхательной недостаточности (ДН). У всех новорожденных со сроком гестации менее 28 недель доминировали тяжелые поражения ЦНС и ДН третьей степени. Наиболее незрелые новорожденные, не превышающие массой 1000 г, умерли в раннем неонатальном периоде.

При морфологическом исследовании плаценты после родов у 81,8% наблюдались воспалительные изменения: у 66,8% – с признаками гематогенного инфицирования (лимфоцитарный базальный и париетальный децидуит, продуктивный виллузит), у 15,0% – гематогенное распространение сочеталось с восходящим путем инфицирования (гнойный хориоамнионит и мембранит).

Таким образом, исходы раннего неонатального периода зависят от срока гестации и степени зрелости новорожденного. Следовательно, основной задачей является профилактика преждевременных родов. Полученные данные свидетельствуют о значительном влиянии инфекции на течение беременности и исход преждевременных родов, в связи с чем снижение степени тяжести и длительности инфекционного процесса, своевременное проведение адекватных лечебно-профилактических мероприятий и использование в выхаживании недоношенных детей высокотехнологичной медицинской помощи может служить дополнительным резервом в снижении уровня репродуктивных потерь.

Таким образом, изучены особенности течения и завершения гестационного периода у 220 женщин с преждевременными родами. При этом хроническая соматическая патология была выявлена у 70,2% обследуемых, воспалительные заболевания половых органов – у 53,2%. Наиболее часто наблюдались преждевременные роды в интервале от 28 до 33 недель беременности, что составило 83,3%. У новорожденных преобладала патология со стороны ЦНС и органов дыхания. Получены данные о существенном влиянии инфекции на исход преждевременных родов, что определяет актуальность своевременного обследования и лечения данного контингента женщин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

О. И. Калиновская, В. П. Коноз*

*Харьковский национальный медицинский университет; *Коммунальное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков.*

В настоящее время наиболее прогрессивным ишемизационным методом органосохраняющего лечения лейомиомы матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА). Ишемия – «ахиллесова пята» лейомиомы матки. При прекращении кровоснабжения миоматозных узлов в них происходят дегенеративные процессы, приводящие к необратимому уменьшению их размеров. При этом целью эмболизации является полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизата. Анатомия маточных и яичниковых артерий такова, что в месте соединения матки и фаллопиевых труб маточная артерия отходит к яичнику и оканчивается, срастаясь (анастомозируя) с артериальной системой яичника. Такие маточно-овариальные анастомозы наблюдаются примерно у 11% пациентов и могут привести к заполнению яичниковой артерии с одной стороны, к нецелевой эмболизации яичниковых артерий, быть причиной выключения яичников с последующим снижением функции. В процессе совершенствования выполнения ЭМА был разработан ряд технических приемов, позволяющих минимизировать риск ишемического повреждения яичников.

По данным наших наблюдений, у более чем половины больных, перенесших ЭМА, имеется выраженное анастомозирование ветвей маточной и собственно яичниковой артерий. Непреднамеренный заброс эмболов в один из яичников был выявлен у 5 больных с односторонними маточно-яичниковыми анастомозами. При выявлении двусторонних анастомозов на первоначальном этапе работы мы воздержались от проведения ЭМА у 3 пациенток. В последующем для проведения эмболизации при таком типе кровоснабжения и угрозе заброса эмболов в яичники была изменена техника проведения ЭМА. Для этого поддерживающий катетер устанавливали в устье яичниковой артерии, после ангиографии и определения топографии анастомоза проводили по нему микрокатетер ниже уровня отхождения артериол к яичнику. При невозможности проведения микрокатетера дистальнее отхождения сосудов стромы яичника для предотвращения непреднамеренной его эмболизации были использованы эмболы с диаметром, превышающим калибр артериол в строме яичника (более 700 нм). Еще одним условием корректно выполненной эмболизации при наличии маточно-яичниковых анастомозов являются медленное и бережное введение эмболов и низкая концентрация их в контрастном растворе. Безусловно, технический успех ЭМА при наличии анатомических особенностей кровоснабжения внутренних половых органов зависит от способности правильно оценить варианты кровоснабжения на дооперационном этапе, квалификации рентгенохирурга и эндоваскулярного технического обеспечения. Из общей группы женщин заброс единичных эмболов в яичники был зарегистрирован, по данным ультразвукового исследования (УЗИ), у 6%. У этих больных выявлено типичное отхождение маточной и яичниковых артерий.

Выводы: при наличии мелких гиперэхогенных включений поливинилалкоголя в строме яичников, регистрируемых при УЗИ и цветном доплеровском картировании, не было выявлено нарушения микроциркуляции в яичниках, а также нарушения их функции, по данным секреции половых гормонов. При адекватной оценке особенностей кровоснабжения и правильной технике выполнения ЭМА риск ятрогенного ишемического повреждения яичников минимален.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПЛЕРОГРАФИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

О. И. Калиновская, Ю. С. Паращук

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Лейомиома матки – самая распространенная доброкачественная, гормональнозависимая опухоль, которая диагностируется у 20-27% женщин фертильного возраста и нередко ведет к возникновению бесплодия и невынашивания беременности.

Внедрение новых малоинвазивных органосохраняющих методов лечения сделали эмболизацию маточных артерий (ЭМА) альтернативой традиционной миомэктомии. Имеются самые противоречивые сообщения о влиянии эмболизации на функцию яичников.

Целью исследования явилась оценка влияния ЭМА на функцию и кровоток в яичниках сразу после операции и в отдаленном послеоперационном периоде.

С 2007 г. нами на базе Коммунального учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (г. Харьков) обследованы и пролечены 110 пациенток с лейомиомой матки, средний возраст которых составил $35,8 \pm 8,9$ года (в пределах от 25 до 49 лет). Всем пациенткам в плановом порядке была проведена эмболизация миомы матки на ангиографе Axiom Artis MP, «Siemens», Германия, 2005. Доступ к маточным артериям осуществлялся по стандартной методике Сельдингера с использованием частиц поливинилалкоголя (ПВА) и микросфер «Biosphere». Состояние кровотока в яичниковых артериях после проведенного лечения оценивалось по данным трансвагинального ультразвукового исследования (УЗИ) с цветным доплеровским исследованием непосредственно до- и после ЭМА.

По данным УЗИ, сразу же после ЭМА у всех женщин наблюдалось исчезновение кровотока в яичниковых артериях, что сопоставимо с результатами других авторов. Аналогичное обследование (на том же аппарате, тем же специалистом) было выполнено пациенткам через несколько месяцев после ЭМА. Средний период наблюдения после ЭМА до контрольного УЗИ составил 28 недель (от 18 до 42 недель). Допплеровское исследование показало, что у 18 пациенток (16%) артериальный кровоток в яичниковых артериях продолжал полностью отсутствовать, в то время как у 64 (59%) он восстановился. У 28 пациенток показатели кровотока были снижены (по сравнению с дооперационными значениями).

Из общей группы женщин заброс единичных эмболов в яичники был зарегистрирован, по данным УЗИ, у 6%. У этих больных выявлено типичное отхождение маточной и яичниковых артерий. Даже при наличии мелких гиперэхогенных включений ПВА в строме яичников, регистрируемых при УЗИ и цветном доплеровском картировании, не было выявлено нарушения микроциркуляции в яичниках, а также нарушения их функции.

Таким образом, дисфункция яичников у больных с лейомиомой матки после ЭМА носит преходящий характер. Восстановление кровотока в яичниковых артериях после ЭМА наступает в послеоперационном периоде от 6 до 12 месяцев.

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА

С. М. Коровай, В. В. Бобрицкая, А. Ю. Железняков

Харьковский городской перинатальный центр; Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.

Дефицит прогестерона является патогенетической основой развития многих заболеваний в акушерско-гинекологической практике. Недостаточность лютеиновой фазы, дисфункциональные маточные кровотечения, синдром поликистозных яичников, функциональные кисты – все эти разнообразные по клиническому течению состояния объединяет состояние гипопрогестеронемии. Немаловажную роль играют прогестероновые рецепторы, однако на сегодняшний день единственным клинически доступным методом коррекции данных состояний является назначение препаратов прогестерона.

Невынашивание беременности, эндотелиальная дисфункция, неполноценное формирование маточно-плацентарного звена кровообращения с развитием гестоза приводят к неблагоприятным перинатальным исходам.

Создание новых вариантов лечебных форм прогестерона имеет целью наиболее полное соответствие биологически активного синтезированного вещества натуральному. Термин натуральности касается не способа получения, а идентичности препарата природному гормону, который используется в клинической

практике. Практически все стероидные гормоны производятся из сои или ямса, поэтому не происхождение препарата отвечает термину «натуральность», а полное совпадение химического строения молекул.

Прогестагены (предшественники и биоподобные прогестерону вещества) подразделяются на натуральный прогестерон (синтезируется яичниками и плацентой): прогестерон для инъекций в этилолеате, прогестерон для инъекций – масляный раствор, микронизированный прогестерон и синтетические стероиды (прогестины – воздействие, подобное прогестерону) – ретропрогестерон (дидрогестерон), производные 17-оксипрогестерона капроната, производные 19 нортестостерона, производные спиронолактона (дроспиренон).

Однако следует подчеркнуть, что продолжительное использование прогестерона без соответственного применения эстрадиола (при гинекологических заболеваниях) увеличивает инсулинорезистентность, что может привести к развитию метаболического синдрома, увеличению отложения жира в области талии, росту уровня холестерина, повышению артериального давления.

Нами получен опыт применения новой лекарственной формы прогестерона – раствор этилолеата 1% – препарат инжеста. Преимущество клинического применения препарата состоит в фармакологической форме: по сравнению с масляной основой прогестерона – лучшая переносимость, безболезненные инъекции, отсутствие олеом (абсцессов) в месте инъекции. В соответствии с протоколами по оказанию акушерско-гинекологической помощи (Приказ МОЗ Украины № 624 от 03.11.2008 г.), препарат назначался по показаниям к назначению прогестерона: наличие в анамнезе 2 и более самопроизвольных выкидышей в первом триместре (привычное невынашивание); доказанная до беременности недостаточность лютеиновой фазы; бесплодие в анамнезе; беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий.

При угрозе аборта пациентки получали инжеста 1% 1 мл раз в сутки 7-14 дней. В результате проведенной терапии клинические явления угрозы прерывания беременности купированы, при доплерометрическом исследовании отмечено улучшение маточного кровообращения.

У пациенток с беременностью в результате экстракорпорального оплодотворения инжеста 1% 1мл в/м применялся курсами по 14 дней, в комплексе с принятой сохраняющей терапией. Также не отмечено побочных эффектов препарата, клиническая эффективность доказана положительными результатами проведенной терапии.

Таким образом, применение раствора этилолеата прогестерона 1% (инжеста) в клинических случаях дефицита прогестерона патогенетически обосновано, имеет достаточную эффективность и может быть рекомендовано для широкого применения в лечебной практике акушерских и гинекологических стационаров.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ЛЕЙОМІОМОЮ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗІ

О. О. Корчинська, М. В. Лянна

Ужгородський національний університет, медичний факультет; м. Ужгород.

Відомо, що прогноз вагітності великою мірою визначається повноцінністю першої (6-8 тижнів) та другої (13-18 тижнів) хвиль інвазії трофобласта в сегментах спіральних артерій матки. Порушення цих процесів веде до виникнення плацентарної дисфункції та передчасних пологів як клінічних її проявів. Особливо актуальною ця проблема є у пацієнок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, оскільки їхні репродуктивні органи зазнавали оперативних чи гормональних впливів до настання вагітності.

Мета – оптимізувати профілактичні заходи у пацієнок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі щодо виникнення передчасних пологів у них.

Проведено порівняльний аналіз частоти виникнення, тривалості перебігу та ефективності лікування загрози передчасних пологів у пацієнок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, яких було розподілено на 2 групи: I – 30 вагітних, яким призначали загальноприйняті заходи, та II – 30 вагітних, яким застосовано розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс, який включає: у 6-8 та 13-18 тижнів гестації – довенне введення препарату α -аргініна (№ 10) з подальшим переходом на пероральні форми його, з моменту діагностики вагітності призначено препарат микронізованого прогестерону у дозі 300 мг/добу до 22-го тижня вагітності. У 22 тижні вагітності – вагінальне ультразвукове дослідження з метою визначення довжини шийки матки. При її довжині 30 і < міліметрів та лійкоподібному розширенню цервікального каналу – продовження терапії микронізованим прогестероном допівково 200 мг на ніч в поєднанні з використанням акушерського песарію до 34 тижнів гестації.

Використання запропонованих нами методів сприяло значному зниженню частоти загрози передчасних пологів у II групі вагітних – 12 випадків (40,0%) проти 25 (83,3%) у I групі ($p < 0,05$). Всі вагітні були госпіталізовані до акушерського стаціонару. Тривалість перебування в ньому у пацієнок II групи була

достовірно коротшою, ніж у I групі: відповідно $10,4 \pm 1,2$ дні та $20,3 \pm 1,4$ дні ($p < 0,05$). При використанні запропонованої нами методики епізоди загрози виникали у більш пізні терміни вагітності, в середньому – $33,2 \pm 1,2$ тижні вагітності, у той час як при загальноприйнятих заходах – $27,1 \pm 1,1$ тижні гестації. У першій групі частота виникнення епізодів загрози передчасних пологів склала $2,8 \pm 0,7$ на 1 вагітну, в той час як у другій групі – $1,3 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). У 10 пацієток першої групи загроза передчасних пологів супроводжувалась загрозою порушення стану плода, що проявлялося сповільненням кровотоку в артерії пуповини та сумнівним біофізичним профілем плода.

У I групі передчасні пологи відбулися у 5 пацієток, причому 2 випадки – шляхом кесаревого розтину у терміні 33-34 тижні в зв'язку з дистресом плода в першому періоді пологів. Одна новонароджена дитина померла на 2 добу неонатального періоду на тлі важких дихальних розладів та затримці внутрішньоутробного розвитку 2 ступеню.

У II групі передчасні пологи мали місце в 2 випадках у терміні 35-36 тижнів вагітності у пацієток зі звичним невиношуванням в анамнезі. Пологи відбулися через природні пологові шляхи, респіраторні розлади у новонароджених були відсутні.

Цікаво відмітити, що в II групі достовірно рідше, аніж у I, мали місце пізні ускладнення вагітності, такі як прееклампсія (відповідно 6 (20%) та 12 (40%) пацієток; $p < 0,05$) та плацентарна дисфункція у поєднанні із затримкою внутрішньоутробного розвитку плода – відповідно 4 (13%) та 9 (30%) спостережень ($p < 0,05$). Це ще раз засвідчує доцільність використання у зазначені терміни гестації розробленого нами профілактично-лікувального комплексу.

Використання препарату α -аргініну та мікродозованого прогестерону у 6-8, 13-18 тижнів та, при потребі, у 22-34 тижні вагітності дозволяє запобігти передчасним пологам у пацієток з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

ВЛИЯНИЕ ДЕЙСТВИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Е. Кудяев, И. И. Крукиер, Н. К. Ходарева, А. С. Дегтярева, С. В. Круглова, А. А. Никашина
Медицинский центр инновационных технологий «Артемид»; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Актуальной медико-биологической проблеме применения информационных технологий в медицине уделяется в настоящее время большое внимание. В первую очередь это касается вопросов разработки новых видов информационных препаратов (ИП), в том числе гомеопатического ряда. Эти препараты, являясь также системными адаптантами, оказывают определенное влияние на организм человека. В России каждая пятая беременность самопроизвольно прерывается, что приводит не только к медицинским, но и демографическим потерям. В этой ситуации приобретают особую значимость дискуссионные аспекты лечения невынашивания беременности (В. Е. Радзинский, Г. Ф. Тотчиев, 2008). Интегральным проявлением различных осложнений беременности, в том числе и её невынашивания, является плацентарная недостаточность, формирующаяся на фоне усиления свободнорадикальных процессов, крайним проявлением которых может явиться окислительный стресс. Вырабатываемый в этих условиях пероксинитрит является результатом взаимодействия таких мощных свободных радикалов, как супероксиданион и оксид азота (NO), проявляющего при этом свои цитотоксические свойства.

В связи с вышеизложенным, целью работы явилось изучение влияния информационных препаратов на продукцию NO и пероксинитрита в сыворотке крови женщин с угрозой прерывания беременности.

Для исследования были взяты сыворотки крови 22 женщин с угрозой прерывания беременности. Каждая сыворотка, полученная от указанных пациенток, была разделена на 2 части: опытную группу составили 12 сывороток и контрольную группу – 10. Сыворотки крови опытной группы были обработаны информационным препаратом (электронной копией микроэлементов) – с применением специального прибора для хранения и использования электромагнитных копий препаратов (аппаратура фирмы «Имедис») по авторской методике (А. Е. Кудяев, К. Н. Мхитарян, Н. К. Ходарева, 2009). Контролем служили сыворотки крови женщин (10), не подвергшиеся никакому воздействию.

Концентрацию пероксинитрита определяли в сыворотке крови спектрофотометрически с использованием молярных коэффициентов экстинкции, содержание метаболитов оксида азота (NOx) – с помощью классической реакции Грисса, после чего рассчитывали коэффициент отношения пероксинитрита к оксиду азота.

В результате исследований показано, что в опытной группе коэффициент отношения пероксинитрит/оксид азота уменьшался в 2,7 раза относительно контрольных величин за счет увеличения содержания

NOx и уменьшения уровня цитотоксического пероксинитрита. Поскольку последний участвует в регуляции кислородсвязывающих свойств гемоглобина, очевидно, уменьшение его содержания будет способствовать улучшению реологических свойств крови.

Таким образом, показана возможность влияния ИП на изучаемые показатели свободнорадикальных процессов, а указанный коэффициент (пероксинитрит/оксид азота) может быть использован в качестве дополнительного критерия оценки проведенного лечения и дальнейшего пролонгирования осложненной беременности.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Г. Н. Кузьменко, С. Б. Назаров, И. Г. Попова, М. М. Клычева

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново.

Исследования гемостаза у недоношенных новорожденных выполняются для оперативной диагностики его нарушений, оценки эффективности проводимой терапии. В настоящее время используются высокотехнологичные методы исследования гемостаза с помощью гематологических автоматизированных анализаторов плазменного гемостаза и тромбоэластографии (ТЭГ). Сведения о параметрах гемостаза у недоношенных новорожденных немногочисленны, противоречивы и фрагментарны, поскольку имеются трудности взятия материала у этой категории новорожденных, а результаты исследований зависят от используемых реактивов и анализаторов, референтные диапазоны достаточно разноречивы в связи с вариабельностью показателей.

Цель исследования – определить показатели гемостаза в группе условно здоровых недоношенных новорожденных с гестационным возрастом (ГВ) 35-36 недель гестации, исследуемые на современном автоматическом анализаторе и тромбоэластографе.

Проведены исследования параметров плазменного гемостаза у 87 недоношенных новорожденных, рожденных от матерей с физиологическим течением беременности и родов в сроке гестации 35-36 недель, не имеющих отклонений в раннем неонатальном периоде. Исследование проводилось у новорожденных на 1-3-й и 5-8-й дни жизни на анализаторе «STA Compact» (Diagnostica Stago, Франция) с использованием реагентов той же фирмы. При оценке полученных данных использовались референтные показатели взрослых, приведенные в тест системах Diagnostica Stago. Выполнена также оценка гемостаза по показателям ТЭГ у 40 здоровых доношенных и 33 новорожденных с ГВ 35-36 недель, рожденных от матерей с физиологическим течением беременности и родов, не имеющих отклонений в раннем неонатальном периоде. Измерение параметров стабилизированной цитратом венозной крови проводили на тромбоэластографе TEG 5000 («Haemoscope Corporation», США). При оценке полученных данных использовались референтные показатели взрослых. Статистический анализ результатов исследования выполнен с помощью компьютерной программы Statistica 6.0 (Stat soft) for Windows.

Результаты настоящего исследования показали, что состояние свертывающей системы крови у новорожденных 35-36 недель гестации отличается гипокоагуляционной направленностью, для них характерно удлинение активированного частичного тромбопластинового времени, тромбинового времени и показателей международного нормализованного отношения, по сравнению с показателями взрослых. У новорожденных 35-36 недель гестации, по сравнению с взрослыми, отмечается преимущественное снижение VII и X факторов, не отличаются уровни VIII, V и I факторов, а также имеет место снижение антикоагулянтов – протеина С и антитромбина III. Параметры гемостаза имеют большую вариабельность в первые дни жизни. В первые дни жизни новорожденные 35-36 недель гестации, несмотря на сниженные уровни плазминогена, имеют достаточный фибринолиз, что обеспечивает стабильность гемостаза. У детей 35-36 недель гестации уровни Д-димера составляют 0,80 мкг/мл (0,69; 1,10) – в 1-3-й и 0,57 мкг/мл (0,45; 0,75) – в 5-8 дни жизни и снижаются в динамике раннего неонатального периода.

Получены референтные значения параметров ТЭГ у новорожденных. Функциональная активность тромбоцитов и образование фибрина по показателям максимальной амплитуды (МА) у недоношенных ниже, чем у доношенных детей (51,10±2,37 мм и 59,50±1,41 мм соответственно, $p < 0,05$). Высокая прочность (G) и эластичность сгустка у доношенных новорожденных обеспечивает адаптацию системы гемостаза, что объясняет отсутствие кровотечений у этих детей. Существенным различием является снижение прочности сгустка у недоношенных по сравнению с доношенными новорожденными, а также снижение коагуляционного потенциала крови (СИ). Представленные референтные значения параметров тромбоэластограммы, полученные в данном исследовании, могут быть использованы при оценке гемостаза новорожденных, для текущего контроля состояния системы гемостаза и для оценки эффективности проводимой терапии.

Использование современных аналитических систем и приведенных референтных показателей при обследовании недоношенных новорожденных позволит совершенствовать диагностику нарушений гемостаза и избежать задержки в принятии решений о необходимости оказания адекватной помощи детям.

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ШКАЛИ АПГАР ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Т. К. Мавропуло, Н. С. Капшученко, О. Ю. Рибка, Т. А. Теренкова

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»; Комунальний заклад «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня ім. проф. М. Ф. Руднева» Дніпропетровської обласної ради; Комунальний заклад «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №9» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпропетровськ.

Для тих, хто працює з новонародженими дітьми, оцінка тяжкості і ризику є частиною повсякденного життя. Використання скринінгових систем або шкал оцінки дозволяє стандартизувати процес оцінки короткотермінових та довготермінових результатів діагностичних та лікувальних процедур. Найбільш важливими характеристиками оціночної системи є її дискримінаційна здатність (здатність тесту розподіляти пацієнтів на тих, у кого є вірогідність вказаного прогнозу, і тих, в кого її нема) і калібровка шкали (ступінь відповідності між передбаченим вказаним наслідком і реальною частотою наслідку, що спостерігається).

Умовно всі шкали оцінки стану новонародженої дитини можуть бути розділені на три групи: рангові шкали оцінки, шкали оцінки загальної тяжкості стану, прогностичні оціночні шкали. Найчастіше нами використовуються рангові шкали оцінки, які мають ситуативне діагностичне значення. В цій групі відомі шкали представлені в діючих клінічних протоколах ведення новонароджених дітей, в тому числі оцінка по шкалі Апгар.

Оцінка за шкалою Апгар на теперішній час використовується не тільки для вибору засобів підтримки післяпологової адаптації, але й для прогнозування смертності та довгострокових неврологічних наслідків у новонароджених дітей.

Незважаючи на широке використання сучасних високотехнологічних методів обстеження та лікування новонароджених, практична цінність шкали Апгар переконливо підтверджена. Але на сьогодні ми маємо суттєві проблеми «відтворюваності оцінки», а саме різні підходи лікарів до оцінки стану новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні (фізіологічний стан чи патологія при порівнянні з доношеними дітьми?) та новонароджених, яким проводяться заходи інтенсивної терапії (чи враховувати результати проведення цих заходів?). Все це призводить до значних коливань оцінки, а, отже, і до визначення різного обсягу необхідних заходів по стабілізації стану новонародженої дитини.

Для подолання цих проблем запропоновано комбіновану оцінку за шкалою Апгар (M. Rudiger, M. Aguar, 2012). Відмінність її від традиційної полягає в тому, що, по-перше, оцінка стану новонародженого проводиться незалежно від гестаційного віку та заходів інтенсивної терапії, які проводяться, по-друге, з включенням бальної оцінки цих заходів інтенсивної терапії. Таким чином, максимальна оцінка повинна бути надана дитині в ідеальному клінічному стані без будь-якого медичного втручання, а нульова – новонародженому, який отримує всі реанімаційні заходи, але без клінічної відповіді.

Використання комбінованої оцінки за шкалою Апгар повинне бути включене в клінічні протоколи ведення новонароджених дітей.

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

П. И. Немтинов, В. А. Шаблий, Г. С. Лобынцева

Институт клеточной терапии, г. Киев.

Повреждения головного мозга, вызванные гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) в перинатальном периоде – основная причина ранней смерти новорожденных и развития неврологической симптоматики у выживших детей. Последние мультицентровые клинические исследования продемонстрировали эффективность гипотермии, начатой в первые 6 часов постнатального периода. В результате лечения уменьшался риск смерти или развития серьезных повреждений центральной нервной системы (ЦНС) среди новорожденных с ГИЭ. Однако в вышеописанных клинических исследованиях было показано, что 40% детей, подвергавшихся гипотермии, умирало или выживало со значительными

повреждениями ЦНС. Следовательно, необходима дополнительная терапия, которая позволила бы улучшить полученные результаты у новорожденных с ГИЭ (Y. Liao и др., 2012).

Проанализированы литературные данные, которые показывают, что пуповинная кровь – богатый источник стволовых клеток и может быть использована при ГИЭ как дополнение к основному лечению (Y. Liao и др., 2012).

Клетки пуповинной крови (КПК) легко доступны сразу после рождения и в исследованиях на животных показали уменьшение сенсомоторных и/или когнитивных нарушений на различных моделях повреждения головного мозга, в частности, при трансплантации клеток пуповинной крови животным с Rice-Vannucci моделью ГИЭ (Pedro M. Pimentel-Coelho и др., 2012).

Точных данных о механизме действия КПК нет. Предполагается, что КПК участвуют в регенерации кровеносных сосудов, поддерживают выживание поврежденных собственных нейронов, возможно, благодаря выделению нейротрофических факторов или подавляя выход провоспалительных клеток из селезенки. В последнее время считается, что селезеночные провоспалительные клетки, освобождающиеся во время повреждения головного мозга, оказывают негативное влияние на процесс восстановления поврежденной гипоксией-ишемией нервной ткани. Исследования показали, что время введения КПК после гипоксии-ишемии головного мозга является очень важным фактором, влияющим на эффективность лечения, должен быть применён принцип «чем раньше, тем лучше» (James Cartoll, 2012). Все вышеописанные данные послужили толчком к проведению клинических испытаний аутологичных КПК при ГИЭ новорожденных.

В настоящий момент в базе данных клинических испытаний Национального института здоровья США ClinicalTrials.gov в мире проводится 3 клинических испытания КПК при ГИЭ: № NCT00593242, № NCT01506258, № NCT01649648. Также проводится исследование по применению цельной пуповинной крови у недоношенных новорожденных в период проведения интенсивного лечения № NCT01121328.

Таким образом, КПК являются перспективным источником универсального пластического материала для восстановления многих поврежденных органов, в том числе головного мозга новорожденных с ГИЭ. Использование КПК при ГИЭ требует дальнейшего изучения в многоцентровых клинических исследованиях, в том числе в Украине.

АУТОЛОГИЧНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЯИЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

П. И. Немтинов*, В. А. Шаблій*, Г. С. Лобынцева*, Л. И. Воробьёва**

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

Яичники женщины очень чувствительны к цитотоксическому воздействию, особенно радиации и алкилирующих агентов. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) может наступить спонтанно в раннем возрасте или вследствие ятрогенного воздействия.

Проанализированные литературные данные свидетельствуют, что для сохранения фертильности у пациенток с онкологической и другой патологией в настоящий момент доступны несколько методов: криоконсервирование яйцеклетки, эмбриона и ткани яичника. Криоконсервирование ткани яичника – единственный способ сохранить фертильность девочкам в препубертатном возрасте и женщинам, которым по медицинским показаниям не может быть отсрочено начало химиотерапии (рекомендации международной ассоциации по сохранению фертильности для пациентов с онкологической патологией (ISFP), 2012).

В 2004 г. J. Donnez и др. сообщили о рождении первого в мире ребенка после аутотрансплантации размороженной криоконсервированной ткани яичника. Овариальную ткань сохранили пациентке репродуктивного возраста с онкологической патологией перед проведением трансплантации костного мозга, осложнением которой является стерилизация.

M. Rosendahl и др. (2011) с 1996 по 2009 гг. в Дании провели криоконсервирование овариальной ткани 386 пациенткам в возрасте от 0,5 до 39,8 лет (средний возраст – 25,9 лет). Авторы акцентируют внимание на том, что население Дании составляет 5,4 миллиона жителей, из которых ежегодно около 1300 лиц женского пола пременопаузального возраста заболевает онкологической патологией. Часть заболевших во время лечения подвергаются высокому риску развития ПНЯ из-за воздействия на организм химиотерапевтических препаратов, ионизирующего излучения, удаления репродуктивных органов. По структуре онкологическая патология, при которой замораживалась овариальная ткань, распределилась следующим образом: рак груди – 28,0%, лимфома Ходжкина – 13,0%, неходжкинская лимфома – 3,0%, лейкозы – 11,0%, саркомы – 9,0%, опухоли различной локализации – 33,0%, незлокачественные гематологические заболевания – 3,0%. 12 пациенткам была проведена аутотрансплантация размороженной ткани яичника. 3 пациентки родили живых

детей. В двух случаях зачатие произошло при помощи вспомогательных репродуктивных технологий и в одном – естественным путем.

S. J. Silber (2012) проанализировал, что на дату написания статьи в мире было рождено 28 здоровых детей после аутотрансплантации криоконсервированной ткани яичника. Также автор считает немаловажным сделать акцент на том, что кортикальный слой яичника перед криоконсервированием должен быть разделен на очень тонкие кусочки (стрипы, слайсы), размеры которых должны быть в пределах 1 мм x 10 мм x 10 мм. Толщина в 1 мм важна не только для хорошего пропитывания криопротектором, но и для быстрой ревазуляризации ткани при обратной трансплантации. Автор поднимает такой немаловажный вопрос, как возможность донорства ткани яичника реципиенту, который ранее получил от этого донора костный мозг.

М. М. Dolmans и др. (2013) в Бельгии за 15 лет криоконсервировали ткань 582 пациенткам в возрасте от 9 месяцев до 39 лет: 96,2% пациенток (n=458) были в возрасте до или равном 35 годам. Из них 391 пациентка имела онкологические заболевания. Наиболее часто показаниями к сохранению овариальной ткани являлись онкогематологическая патология (39,9%, n=156), рак молочной железы (21,7%, n=85). При гистологическом исследовании опухолевые клетки были найдены в яичниковой ткани у пациенток с лейкозами (n=3) и неходжкинской лимфомой (n=2). 11 пациенткам ткань яичника была аутотрансплантирована, родилось 5 детей и одна беременность прогрессирует.

Нами, после получения информированного согласия перед началом лечения, была криоконсервирована овариальная ткань 12 пациенткам репродуктивного возраста с онкологической патологией.

Таким образом, криоконсервирование ткани яичника является новым эффективным и перспективным методом сохранения фертильности у пациенток с онкологической и другими патологиями.

Показанием к криоконсервированию ткани яичника являются заболевания, лечение которых связано с повреждением яичников химиотерапевтическими препаратами, ионизирующим излучением или хирургическим удалением, а также болезни, при которых имеется высокий риск развития ПНЯ.

Метод сохранения фертильности обязательно должен быть предложен девочкам препубертатного возраста с онкологической патологией перед началом гонадотоксической терапии, а также женщинам, которые не могут воспользоваться методами криоконсервирования яйцеклеток или эмбрионов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю. С. Парашук, И. В. Афанасьев*, О. Б. Овчаренко, О. А. Лященко, Д. В. Стрюков*, О. Ю. Машкина*

*Харьковский национальный медицинский университет; *Коммунальное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков.*

Тиреотоксикоз, обусловленный диффузным токсическим зобом, относится к наиболее распространенным экстрагенитальным заболеваниям, осложняющим течение беременности и родов, и часто встречается в практике акушеров-гинекологов.

Целью исследования явилось изучение влияния гиперфункции щитовидной железы на характер и частоту осложнений беременности и родов.

Проанализированы особенности течения беременности и родов у 55 женщин с гиперфункцией щитовидной железы по клиническим данным и гипертрофией щитовидной железы по данным ультразвукового исследования (УЗИ) (основная группа). Всем женщинам, начиная с 7-й недели беременности, назначалась терапия – 15-20 мг мерказолила в сутки на 3-4 приема, а также поливитаминный препарат мультитабс по 1 драже в день, α -токоферола ацетат 100 мг в сутки, настойка валерианы по 20 капель 3 раза в сутки. Лечение продолжалось до 36 недели беременности.

Контрольную группу составили 40 женщин с нормальной функцией щитовидной железы.

В первом триместре беременности у всех женщин основной группы до начала лечения имело место выраженное повышение частоты сердечных сокращений ($137,00 \pm 14,32$ уд./мин.) и умеренное повышение систолического ($156,00 \pm 13,23$ мм рт. ст.), диастолического ($95,00 \pm 8,45$ мм рт. ст.) и пульсового ($62,00 \pm 5,28$ мм рт. ст.) давления. При этом у 70,0% – экзофтальм, у 20,0% – симптом Грефе, у 50,0% беременных на электрокардиограмме выявлялась мерцательная аритмия.

В результате проводимой тиреостатической терапии в третьем триместре беременности у всех женщин отмечено достоверное снижение систолического, диастолического и пульсового давления, которые достигли нормальных значений, достоверное уменьшение частоты сердечных сокращений, частоты мерцательной аритмии, экзофтальма и отсутствие симптома Грефе.

У вагітних з дифузним токсическим зобом (основна група) загроза викидьша отмечалась в 40,0% случаев, преэклампсия – в 16,4%, плацентарная дисфункция – в 23,6%, дистресс плода – в 16,4%, многоводие – в 7,3%, преждевременные роды в сроке 29-36 недель беременности – в 18,0%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в сроке 37-40 недель беременности – в 5,4%, частота всех осложнений была существенно выше, чем у беременных контрольной группы. Частота угрозы прерывания беременности в сроке 6-28 недель, развития плацентарной дисфункции и дистресса плода превышала таковую в 3-4 раза по сравнению с беременными, у которых функция щитовидной железы была нормальной (контрольная группа).

Из 55 наблюдаемых женщин первородящих было 44 (80,0%), повторнородящих – 11 (20,0%). У первородящих длительность первого периода родов составила 9 часов 05 минут±34 минуты, второго – 25±7 минут, третьего – 18±3 минуты. У повторнородящих длительность первого периода родов составила 7 часов 10 минут±21 минута, второго – 20±5 минут, третьего – 15±3 минуты. Средняя кровопотеря в родах у первородящих составила 290,0±24,5 мл, у повторнородящих – 260,0±19,0 мл.

У беременных основной группы преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось в 10,9% случаев, раннее излитие околоплодных вод – в 14,5%, слабость родовой деятельности – в 23,6%, кровотечение в родах и в раннем послеродовом периоде – в 7,3%. Кроме того, несмотря на проводимую тиреостатическую терапию, имело место значительное ухудшение состояния новорожденных при оценке по шкале Апгар (8,6±0,2 – в контрольной группе и 6,4±0,3 – в основной группе). Частота преждевременного и раннего излития околоплодных вод, слабости родовой деятельности превышала таковую в 3-4 раза по сравнению с беременными, у которых функция щитовидной железы нормальная.

Таким образом, частота осложнений у женщин с дифузным токсическим зобом существенно выше, чем у беременных с нормальной функцией щитовидной железы. Адекватная тиреостатическая терапия позволяет достигать улучшения общего самочувствия и уменьшения симптоматики тиреотоксикоза вплоть до полной нормализации ряда основных гемодинамических параметров, но при этом не уменьшая частоту осложнений беременности и родов.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПОСЛІДУ У ЖІНОК З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

**Ю. С. Парашук, Д. В. Стрюков*, О. Б. Овчаренко, О. А. Лященко, І. В. Афанас'єв*,
О. І. Самарська***

*Харківський національний медичний університет; *Комунальний заклад охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків.*

Захворованість на туберкульоз та смертність при цій хворобі надзвичайно високі і продовжують зростати в більшості країн світу. Відмічається тенденція до підвищеної захворюваності на активні форми туберкульозу жінок дітородного віку, особливо молодого контингенту (18-20 років), яка в 1,7 перевищує аналогічну серед чоловіків. Перебіг вагітності з інфекційним процесом сприяє порушенню компенсаторно-приспосовних процесів у плаценті і тим самим обумовлює несприятливі ускладнення як у матері, так і у новонародженого.

З метою вивчення порушень в системі мати-плацента-плід у жінок з туберкульозом легень проведено дослідження морфофункціональних особливостей посліду у породіль (11) з хронічним туберкульозом легень, внесених до IV категорії диспансерного обліку (основна група). Контрольна група була представлена 10 послідами породіль з нормальним перебігом вагітності. У всіх породіль виконано морфологічне дослідження плаценти. Тканину плаценти з периферії і центральних відділів після фіксації піддавали звичайній гістологічній обробці. Відносні об'єми структурних компонентів визначали за допомогою мікроскопа «Olimpus» (NOC-10616, Японія) з використанням відповідного програмного забезпечення.

У жінок контрольної групи отримані дані дозволили виявити достовірну відмінність структурних компонентів плаценти, що нормально розвивається. Строма ворсин займала провідне положення, що свідчило про щільність розташування ворсин. Значний об'єм судин у плаценті. Псевдоінфарктів і інфарктів мало, що відображало ознаки доношеної вагітності, що має нормальний перебіг. Гіперплазія ворсин, судин і слабка проліферація трофобластичного епітелію свідчила про достатній їх розвиток до кінця вагітності і є показником компенсаторно-приспосовних реакцій плаценти. Наявність фібриноїду в міжворсинчатому просторі, помірний склероз і фібриноїдні зміни характеризують дистрофічні процеси, які відбуваються при вагітності з фізіологічним перебігом.

У багатьох плацентах породіль основної групи зустрічалась значна кількість білих інфарктів, останні локалізувалися в парацентральных і крайових відділах, ближче до материнської поверхні.

Інфаркти мали чіткі межі, форма їх, як правило, неправильна, консистенція щільнувата. Розміри інфарктів коливалися від 0,8-0,9 до 2,0 см.

В амніохоріальному просторі виражений набряк, до того ж виявлялась базофілія цитоплазми клітин амніотичного епітелію, ядра якого наближались до овальної форми і містили щільний гетерохроматин. Останні зміщені до базальної осередково потовщеної, ШПК-позитивної мембрани. Досить багато клітин епітелію з дистрофічними змінами цитоплазми епітеліальних клітин, що характеризувалось наявністю як дрібних вакуоль, так і щільних, інтенсивно рожевих пластівчастих мас. Ядра клітин з явищами пікнозу і рексису.

У хоріальній пластинці були досить масивні пучки колагенових волокон, при забарвленні за Малорі синього кольору. Серед них розташовувалось багато клітинних елементів, серед яких переважали фібробласти і фіброцити. Хоріальна пластинка відокремлена від міжворсинчастого простору шаром цитотрофобласту. У хоріальній і базальній пластинці зустрічались також вогнища звапніння у вигляді пластинчастого матеріалу фіолетового кольору. Водночас у смузі фібриноїду зустрічались комплекси ворсин, у яких відсутній епітелій, їх строма склерозована і забарвлена пікрофуксином у червоний колір, містила ШПК-позитивні речовини. Зустрічалась проліферація цитотрофобластів з поліморфних клітин з базофільною цитоплазмою та одним або декількома ядрами.

Строма проміжних ворсин також склерозована з наявністю фібриноїда. Стовбурові ворсини з однорядковим або осередковим дворядковим епітелієм. Під синцитієм зустрічались цитотрофобластичні клітини Лангханса. Синцитіотрофобласт стоншений. Цитотрофобласт містив ШПК-позитивні включення в цитоплазмі, ядра потовщені, розташовані паралельно до базальної ШПК-позитивної мембрани. Стромальні канали звужені. Інтерстицій ворсин містив молоді фібробласти з крупним ядром і вузькою цитоплазмою. Строма термінальних ворсин склерозована, останніх небагато.

Виявлялися крупного і середнього калібру проміжні ворсини з наявністю бічних гілок. Розвинена капілярна мережа виявляла перикапілярні колагенові волокна. Ворсини містили в основному капіляри з вузькими просвітами. Проліферативні процеси в епітелії характеризувались утворенням синцитіальних вузликів, які представлені скупченням ядер. В окремих ворсинах синцитіотрофобласт слабо проліферував з утворенням «вузликів», де зустрічалась велика кількість ядер. Слід зазначити, що інтервільозний простір достовірно зменшувався. Разом з цим виявлялись плаценти, де ворсинчасте дерево було представлено проміжними ворсинами I, II, III порядку, від яких безладно відгалужувались дрібні ворсини. Причому переважало виражене хаотичне розташування ворсин. Строма їх фіброзована і склерозована. Крім того, у ній були молоді, часто незрілі фібробласти, у цитоплазмі яких виявлялася значна кількість ШПК-позитивного матеріалу.

При морфометричному дослідженні звертало увагу перш за все зменшення інтервільозного простору. Строма ворсин займала провідне положення, проте остання була збільшена за рахунок склеротичних процесів. Значною була також щільність розташування ворсин, хоча ворсини дрібні із звуженням стромальних каналів або їх відсутністю. Об'єм судин зменшений. Інфарктів багато. Інтервільозний простір зменшувався за рахунок вираженого набряку, а також у зв'язку з появою великої кількості дрібних ворсин.

Описані зміни свідчили про появу варіанту незрілих і хаотично склерозованих ворсин, коли порушується дихотомічний принцип розгалуження ворсин. Наявне порушення дозрівання ворсинчастого дерева, що є морфологічним еквівалентом хронічної плацентарної дисфункції. Крім того, у плацентах значно виражені дистрофічні і склеротичні процеси. Цілком закономірно, що не відбувається забезпечення компенсації матково-плацентарного кровотоку, оскільки в основному переважають молоді й незрілі ворсини.

Таким чином, морфологічні особливості плаценти, обумовлені інфекційним процесом у вагітної, характеризуються патологічною появою незрілих і хаотично склерозованих ворсин. Останні призводять до зменшення судинного русла ворсин, відсутності або зменшення проліферації хоріального епітелію і недостатнього формування ворсинчастого дерева. У результаті відбувається порушення трансплацентарного обміну і зниження компенсаторних можливостей плаценти. Інфекційний процес (туберкульоз легенів) у вагітної чинить несприятливий вплив на компенсаторно-приспосувальні процеси в системі матково-плацентарного кровообігу.

ОСТЕОПОРОЗ – КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

С. А. Петренко, Е. Д. Миревич, Л. С. Сухурова

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

Цель – изучение состояния минеральной плотности костной ткани на фоне клинических проявлений искусственного хирургического климакса.

Обследовано 46 пациенток, продолжительность искусственного хирургического климакса была от 4 до 10 лет, у которых были диагностированы клинические проявления, относящиеся к средневременным и поздним нарушениям синдрома постовариоэктомии.

Анализ клинических проявлений урогенитальных нарушений позволил установить, что 22 (47,8%) отмечали зуд и сухость во влагалище, более чем у половины наблюдаемых этой группы пациенток отмечались рецидивирующий кольпит, снижение колонизации лактобактериями влагалища, повышение pH влагалищного содержимого в среднем до $6,3 \pm 0,6$. Кольпоцитологическая картина позволила подтвердить атрофический кольпит у половины пациенток. Кариопикнотический индекс менее 15-20% отмечен у 27 (58,7%) женщин.

Дизурические явления, недержание мочи в той или иной степени выраженности диагностированы у 11 (23,9%) пациенток. Оценка качества сексуальной жизни позволила установить наличие сексуальной дисфункции у 16 (34,8%) наблюдаемых.

У 24 (52,2%) пациенток отмечалась хроническая боль в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающаяся при подъеме тяжестей, тряской езде. Уменьшение боли происходило в горизонтальном положении, что было расценено как проявление системного остеопороза. У 11 (23,9%) пациенток помимо хронической боли возникали эпизоды острой боли в позвоночнике, вероятно, как следствие трабекулярных переломов. Проведенные денситометрические исследования позволили установить у 15 (32,6%) женщин явления остеопении, у 12 (26,1%) – остеопороз различной степени выраженности. Анализируя результаты минеральной плотности костной ткани, следует отметить, что в период от 4 до 6 лет после овариэктомии регистрировалась остеопения, а остеопороз развивался после 6 лет.

Таким образом, урогенитальные нарушения в сочетании с явлениями остеопороза ухудшают качество жизни пациенток. Островозникающий дефицит половых гормонов приводит к ускорению потери костной массы по сравнению с естественно протекающей менопаузой. Хирургический климакс значительно повышает риск развития остеопороза и способствует его прогрессированию, что требует разработки терапевтических мероприятий, включающих увеличение физической активности, сбалансированную диету, дополнительный прием препаратов, содержащих витамин D3 и кальций, заместительную гормонотерапию (прием эстрогенов или комбинация эстрогенов с прогестагенами).

РОЛЬ ГІСТЕРОСКОПІЇ В ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ МАТКИ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ТА ЗВИКЛИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

В. І. Пирогова, Н. С. Вереснюк, І. В. Верніковський, М. Б. Баран, М. Й. Малачинська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Львівський обласний центр репродуктивного здоров'я населення, м. Львів.

В основі виникнення вроджених вад розвитку матки лежать відсутність злиття каудальних відділів парамезонефральних мюллерових ходів, відхилення в перетвореннях урогенітального синуса, а також патологічний перебіг органогенезу гонад. Серед причин, що ведуть до аномалій розвитку жіночих статевих органів, виділяють спадкові, екзогенні та мультифакторні чинники. Частота безпліддя при вроджених вадах розвитку матки складає 11,0-32,0%, невиношування вагітності коливається від 23,0 до 86,0%.

Мета: проаналізувати вплив вад розвитку матки на стан репродуктивного здоров'я жінок та оптимізувати шляхи вирішення проблеми маткової форми безпліддя та звиклого невиношування.

Верифікація діагнозу аномалії розвитку матки базувалась на клініко-анамнестичних даних, результатах загального, спеціального гінекологічного обстеження, лабораторних, ехографічних, рентгенологічних та ендоскопічних методів дослідження.

Під нашим спостереженням на базі Львівського обласного клінічного перинатального центру в 2011-2012 рр. перебувало 63 пацієнтки віком від 23 до 45 років з діагностованою вадою розвитку матки та безпліддям чи звичним невиношуванням вагітності в анамнезі. Середній вік жінок складав $31,2 \pm 4,9$ років.

Частка пацієнток з безпліддям становила 55,6%, причому первинне безпліддя діагностовано у 65,7%, а вторинне – у 34,3% випадках. Тривалість безпліддя коливалась від 2 до 12 років і становила в середньому $5,1 \pm 2,1$ роки. Два і більше самовільні викидні в анамнезі мали місце у 44,4% пацієнток.

Після проведення гістероскопії, в окремих випадках у поєднанні з лапароскопією, сідловидну матку було діагностовано у 25,4% пацієнток, неповну перегородку в порожнині матки – у 55,6%, подвоєну матку – в 4,7%, однорогу – в 6,4% та дворогу матку – у 7,9% випадків. Крім того, під час гістероскопії у 33,3% пацієнток поряд з аномаліями розвитку матки було діагностовано супутню внутрішньоматкову патологію. Так, у 57,1% випадків виявлено поліпи ендометрію, у 28,6% – доброякісні гіперпластичні процеси ендометрію, у 9,5% – субмукозну лейоміому матки та в 4,8% – внутрішньоматкові синехії. У випадках, коли була діагностована неповна перегородка в порожнині матки та супутня внутрішньоматкова патологія, наступним етапом було проведення оперативної гістероскопії із використанням гістерорезектоскопа, а в якості рідинного середовища – турсолу.

Корекцію однієї з найпоширеніших вроджених вад розвитку матки – неповної перегородки в порожнині матки – шляхом гістероскопічної метропластики було проведено у 35 пацієнок. Жодних ускладнень під час проведення оперативного втручання не було. Через 2 місяці після хірургічної корекції неповної перегородки всім пацієнткам проводили повторну метросальпінгографію. Проведена метропластика дала позитивні результати для реалізації репродуктивної функції – 13 (37,1%) пацієнок завагітніло. З 13 вагітностей 2 завершилися самовільними викиднями в першому триместрі, 7 – пологами, одні з яких були передчасні в терміні 34 тижні. Ще 4 вагітності прогресують на даний час.

Проведені дослідження вказують на необхідність використання комплексного підходу до вирішення проблеми маткової форми безпліддя та звиклого невиношування. Виконання гістероскопії дозволяє покращити діагностично-лікувальну тактику у пацієнок з аномаліями розвитку матки з одночасним проведенням хірургічної корекції окремих її видів та лікування супутньої внутрішньоматкової патології, що в свою чергу покращує репродуктивні наслідки у даної категорії пацієнок.

ВІДСТРОЧЕНЕ ПЕРЕТИСКАННЯ ПУПОВИНИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ – ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Т. М. Плеханова, Р. О. Сердюк

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»; Комунальний заклад «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня ім. проф. М. Ф. Руднева» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпропетровськ.

Результат виходжування недоношених немовлят значною мірою залежить від обґрунтованості і ефективності втручань під час вагітності і в пологах. Одним з прикладів таких втручань є час перетискання пуповини. Затримка перетискання пуповини є фактором, котрий може призвести до значної плацентарної трансфузії у передчасно народжених дітей. Завдяки цьому новонароджені отримують приблизно від 10% до 15% додаткового об'єму крові, що може запобігати функціональним та метаболічним порушенням.

Важливим позитивним ефектом, слід вважати, профілактику гіповолемії та артеріальної гіпотензії у недоношених. Доведено, що затримка перетискання пуповини збільшує об'єм циркулюючої крові, тим самим покращує функцію кровообігу та дихання. У недоношених немовлят вкрай важливою є підтримка циркуляції в головному мозку, що забезпечує його оксигенацію і є суттєвим запобіжником таких серйозних захворювань, як внутрішньошлункові крововиливи і перивентрикулярна лейкомаляція.

Майже у кожного недоношеного немовляти у віці 4-6 тижнів відмічається рання анемія недоношених (РАН), причинами розвитку якої є дефіцит об'єму циркулюючої крові, недостатній фонд клітин-попередників, затримка еритропоезу. В лікуванні РАН здебільшого використовується трансфузія еритроцитів (від 3 до 10 переливань), що значно підвищує ризики трансфузійних ускладнень (інфекції, некротичний ентероколіт, метаболічні порушення тощо). Збільшення початкового об'єму крові – переливання аутологічної (плацентарної) крові – значно зменшує потребу в небезпечному лікуванні.

Одна з вагомих причин захворюваності передчасно народжених дітей – некротичний ентероколіт (НЕК). Концепція гемодинамічного інсульту в розвитку НЕК базується на зменшенні мезентеріального кровотоку, що викликає ішемію слизової оболонки кишечника. Нормоволемія та нормотензія знижують ризик розвитку НЕК.

Таким чином, відстрочене перетискання пуповини у недоношених немовлят може запобігати розвитку патологічних станів у неонатальному періоді.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА МАЛОГО ТАЗА ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Б. В. Погудкин, С. П. Пахомов, О. П. Лебедева, О. В. Головченко, М. В. Валикова

Белгородский государственный национальный исследовательский университет; Белгородский областной перинатальный центр, г. Белгород.

Вопросы повышения рождаемости остаются наиболее актуальными для практического здравоохранения и медицинской науки. Одной из причин низкой рождаемости является бесплодие. Бесплодие – полиэтиологическое состояние, одной из причин которого является спаечный процесс в малом тазу женщин. Выраженность спаечного процесса зависит от многих факторов, но определяющим являются индивидуальные особенности организма. Возможность спрогнозировать выраженность спаечного процесса и являлась целью настоящей работы.

Было исследовано 57 женщин города Белгорода в возрасте от 18 до 39 лет с диагнозом бесплодие, имеющих в анамнезе инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), которые привели к развитию спаечного процесса в малом тазу. Всем женщинам была выполнена лапароскопия с целью оварио- и сальпинголизиса. По ходу операции был выявлен спаечный процесс в малом тазу различной степени. Все женщины были разделены на две группы: 1-я – 32 женщины со спаечным процессом первой степени и 2-я – 25 женщин с более высокой степенью спаечного процесса (2, 3, 4). У всех женщин анализировались их социально-биологические параметры (рост, вес, группы крови, социально-бытовые условия, доход, анамнез, показатели крови и др.). В результате дискриминантного анализа, применяемого для разработки индивидуального прогноза выраженности спаечного процесса, было установлено, что наибольший вклад в его развитие вносили уровень лейкоцитов ($F=22,01$, $p<0,05$), уровень билирубина ($F=12,27$, $p<0,05$), рост женщины ($F=13,10$, $p<0,05$), периодичность менструаций ($F=11,66$, $p<0,05$) и еще несколько показателей (возраст, уровень гемоглобина, протромбиновый индекс, кровотоочивость и возраст менархе), которые имели меньшую, но достоверную значимость. Общая ценность модели составила 94,44% при достоверности $F=9,26$, $p<0,0005$.

Из сказанного следует, что на основании индивидуальных параметров можно спрогнозировать выраженность спаечного процесса в малом тазу во время воспалительного процесса или до него, что позволит вовремя провести необходимую профилактическую работу (работа выполнена при финансировании госзадания № 4.3493.2011).

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ, В ПЕРИОД РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

И. Г. Попова, С. Б. Назаров, Е. В. Филькина, Г. Н. Кузьменко, О. Г. Ситникова

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново.

Особенности адаптации новорожденного к внеутробной жизни во многом зависят от условий антенатального развития. В патогенезе гестоза важная роль отводится нарушениям сосудистой проницаемости эндотелия. Целью исследования явилось выявить особенности функции эндотелия у новорожденных, рожденных от матерей с гестозом, путем оценки отдельных лабораторных показателей в смешанной пуповинной крови и в сыворотке детей для понимания физиологии периода новорожденности. Обследовано 75 доношенных новорожденных от матерей с гестозом на 1 сутки жизни. У всех детей проводилось определение количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) и некоторых биохимических параметров – васкулоэндотелиальный (VEGF), VE-кадгерин, оксид азота (NOx). По данным проведенных исследований было выявлено увеличение количество ДЭ в пуповинной крови в 1,2 раза по сравнению с содержанием их в крови новорожденных от матерей с гестозом. При сравнении этих показателей при нормально протекающей беременности достоверных различий не выявлено. Согласно литературным данным, количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в крови отражает не только степень повреждения сосудов, но и интенсивность регенераторных процессов в эндотелии.

Содержание VEGF в пуповинной крови при гестозе был повышен в 3,6 раза по сравнению с новорожденными ($p<0,001$). При нормально протекающей беременности содержание VEGF в пуповинной крови был повышен в 1,6 раза по сравнению с новорожденными ($p<0,05$). При анализе полученных данных содержание VE-кадгерина в пуповинной крови при гестозе было снижено в 4,4 раза, чем в крови новорожденных детей, $p<0,001$. Содержание VE-кадгерина в пуповинной крови при нормально протекающей беременности было снижено в 24 раза, чем в крови новорожденных детей, $p<0,001$. Сосудисто-эндотелиальный фактор роста и VE-кадгерин чрезвычайно важны для формирования адекватной функционирующей сосудистой системы в ходе эмбриогенеза. Концентрация NOx в пуповинной крови при гестозе составила $34,70\pm 3,01$ мкмоль/л, у новорожденных этот показатель был выше в 5,1 раза ($p<0,001$). При нормально протекающей беременности концентрация NOx в крови у новорожденных была выше в 3,4 раза ($p<0,001$). Известно, что NOx обеспечивает физиологическое состояние сосудистой системы, без которого невозможно нормальное функционирование фетоплацентарного комплекса. У новорожденных в первые сутки жизни отмечается способность синтезировать оксид азота, который необходим для обеспечения вазодилатации и ингибирования агрегации тромбоцитов.

Таким образом, установлено, что особенностью функции эндотелия при адаптации новорожденных, рожденных от матерей с гестозом, к внеутробной жизни является снижение количества десквамированных эндотелиоцитов, уровней сосудисто-эндотелиального фактора роста, повышение суммарных нитратов и нитритов, а также VE-кадгерина в крови детей по сравнению с пуповинной, что является одной из приспособительных реакций организма, направленных на жизнеобеспечение.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭСТРАДИОЛА

Н. А. Резниченко, Э. А. Майлян, Д. Э. Майлян

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк.

Менопауза – это особый период женщины после прекращения менструации. У некоторых она протекает бессимптомно, физиологически не отражаясь на работоспособности, эмоциональном состоянии, здоровье, но чаще прекращение менструаций вызывает появление патологических симптомов. Несомненно, менопауза не является собственно заболеванием, однако те физиологические изменения, в первую очередь эндокринные и иммунные, которые происходят в организме женщины, способствуют развитию широкого спектра патологических состояний или прогрессированию уже имеющихся заболеваний. У женщин в менопаузу увеличиваются показатели сердечно-сосудистой заболеваемости, остеопороза, аутоиммунных заболеваний, онкопатологии, эндокринных нарушений и т.д.

Целью работы явилось изучение связи между уровнями эстрадиола у женщин менопаузального периода и показателями заболеваемости, изменениями основных показателей углеводного и липидного обмена, костной резорбции, иммунного статуса.

При выполнении работы было обследовано 39 женщин в возрасте 56-65 лет, у которых после последней менструации прошло как минимум 3 года. Проведенные исследования показали наличие существенных связей уровней эстрадиола с частотой отдельных заболеваний. Так, отрицательная корреляция была установлена между значениями вышеуказанного женского полового гормона и сердечно-сосудистыми заболеваниями, аутоиммунным тиреоидитом, остеопорозом. Кроме того, у обследованных женщин низкие концентрации эстрадиола сочетались с повышением С реактивного белка, интерлейкина-1.

РАДИКАЛЬНАЯ НЕЙРОСОХРАНЯЮЩАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

В. С. Свинцицкий, Т. В. Дерменжи

Национальный институт рака, г. Киев.

Основной метод хирургического лечения инфильтративного рака шейки матки – (РШМ) радикальная гистерэктомия (РГЭ), которая часто сопровождается в послеоперационном периоде нарушением функций мочевого пузыря и половой систем: частота расстройств мочеиспускания после радикальной гистерэктомии составляет 78%, частота половых расстройств составляет до 90%. Основной причиной этих нарушений является операционная травма элементов тазовой вегетативной нервной системы (ТВНС), иннервирующих органы таза, располагающихся в непосредственной близости от области вмешательства.

В отделении онкогинекологии Национального института рака в 2012-2013 гг. 34 больным инфильтративным РШМ (средний возраст больных – 32,7±4,9 года) выполнена РГЭ, из них 17 больным (I – группа) РГЭ производилась с сохранением тазового нервного сплетения и 17 больным РГЭ проводилась по стандартной методике, без сохранения тазового нервного сплетения (II – группа, контрольная). Прогностические показатели течения заболевания были тождественны в исследовательских группах. С целью изучения сократительной способности мочевого пузыря в послеоперационном периоде проводилась цистоманометрия на уродинамической стойке УРО-ПРО по стандартной методике, применяемой в урологической практике.

Изучалась растяжимость мочевого пузыря (комплаентность) на основании изменения детрузорного давления при определенном изменении объема заполнения, которая высчитывалась по формуле: $K = \Delta V / \Delta P$, где K – растяжимость стенки мочевого пузыря; ΔV – изменение объема, ΔP – изменение давления детрузора в момент изменения объема. Измерялась растяжимость в мл/см вод. ст. Выявлено, что при сохранении нервного тазового сплетения растяжимость стенки мочевого пузыря была более 10 мл/см вод. ст. при объеме до 100 мл и более 25 мл/см вод. ст. при объеме до 500 мл.

В 80% случаев у больных I группы сократительная функция мочевого пузыря восстанавливалась в полностью на 2-3 сутки после оперативного вмешательства, тогда как в контрольной группе только в 20% случаев. Через 7 дней после РГЭ у всех больных I группы восстанавливалась нормальная функция нижних мочевыводящих путей, у пациентов II группы – от 7 до 21 дня.

Выполнение радикальной гистерэктомии с сохранением тазового нервного сплетения у больных инфильтративным РШМ позволяет сохранить функцию нижних мочевыводящих путей, что подтверждается показателями выполненной в раннем послеоперационном периоде цистоманометрии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

В. В. Симрок, Ю. Б. Желтоножская, А. В. Бахтизин, М. В. Мищенко, Е. И. Цымлов

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет»; клиника малоинвазивной хирургии «Сигма», г. Луганск.

Оперативное лечение больных с сочетанными гинекологическими и хирургическими заболеваниями является сложной проблемой. Она стала еще более актуальной, так как в последнее время значительно повысилась заболеваемость населения сочетанной патологией. Эти операции стали возможны в связи с совершенствованием методов обезболивания, использованием новых технологий в момент операции и развитием реаниматологии. Нельзя исключить и влияния улучшения дооперационной и интраоперационной диагностики сочетанных заболеваний. Однако как пациентов, так и врачей всегда волнует вопрос операционной нагрузки, реальные возможности человеческого организма в каждом конкретном случае и наличие необходимости в проведении такой операции. Поэтому целью нашего исследования был анализ клинических особенностей симультанных операций у гинекологических больных.

Для решения поставленных задач нами был проведен анализ медицинской документации за 5 лет. Имели значение для анализа: частота встречаемости сочетанных хирургических операций у гинекологических больных, возраст пациенток, которым проводились симультанные операции, ведущие показания со стороны гениталий, плановость или ургентность оперативного пособия. Проанализировано 2029 случаев операций, в которые вошли группы чисто хирургической патологии, чисто гинекологической патологии, и в обеих группах были выявлены пациенты, которым проведены симультанные операции. Для большей достоверности оценка параметров проводилась только у женщин. Основными критериями клинической оценки были: длительность оперативного вмешательства, интраоперационная кровопотеря, количество послеоперационных инъекций с целью обезболивания, наличие и частота интра- и послеоперационных осложнений, восстановление функции кишечника, начало самостоятельного питания и начало двигательной активности.

Хирургическая группа составила 1022 случая, среди которых сочетанная патология корректировалась у 38 пациенток, что составило 3,7% от общего количества пациентов данной группы, гинекологическая группа состояла из 925 пациенток, и симультанных операций в данной группе было 44, что составило 4,7%. Среди основных первичных причин обращения к врачу наибольшее количество пациентов имели: грыжи живота, желчекаменную болезнь, миому матки, опухолевидные образования придатков матки, аппендицит, геморрой. Со стороны гениталий основными показаниями были: опухоли и опухолевидные процессы придатков матки, лейомиома матки, эндометриоз, выпадение матки, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия. По возрасту пациентки были разных возрастных категорий, от 17 до 78 лет, средний возраст – 38 лет. Среднее время операции в группе хирургических пациенток – 40 минут, в группе гинекологических пациенток – 60 минут и в группе пациенток, которым выполнялось симультанное вмешательство – 90 минут, что указывает на большую продолжительность симультанных операций, чем при однонаправленном вмешательстве. Подобные результаты получены нами и при оценке кровопотери, в хирургической группе средняя кровопотеря составила 120 мл, в гинекологической группе – 170 мл, в группе симультанных вмешательств – 220 мл. Было установлено, что процент осложнений во время операции и в послеоперационном периоде в хирургической группе составил 0,7%, процент осложнений во время операции у гинекологических пациентов был 0,8%, в послеоперационном периоде – 0,7%, в группе же симультанных операций интраоперационные осложнения имели место в 1,0% случаев и осложнения послеоперационного периода составили 0,8% случаев. Анализ показал, что разница в количестве обезболивающих средств при проведении одномоментной коррекции сочетанной патологии незначительна и составила всего на 3 единицы наркотических анальгетиков больше, чем при разрозненной оперативной коррекции хирургической и гинекологической патологии. Перистальтика кишечника при проведении одномоментных операций восстанавливается позже, чем при изолированных гинекологических операциях на 0,5 суток, а при хирургических операциях – на 0,2 суток позже. Самостоятельный стул у пациентов был практически в одни и те же сроки, но в группе сочетанных вмешательств был позже на 0,2 суток. Самостоятельно питаться пациенты хирургической группы начинали в среднем на 2 сутки после операции, гинекологические пациенты – на 1,8 сутки, пациенты, которым выполнялись одномоментные операции – на 2,7 сутки. Передвигаться во всех группах пациентки начинали рано: в гинекологической группе в среднем самостоятельное передвижение осуществлялось на 1,5 суток, а группах в хирургической и симультанной – на 1,8 суток.

Проведенный анализ показал, что симультанные операции у гинекологических больных по своему течению и влиянию на организм пациентов более травматичны и экономично затратны, что требует разработки новых подходов к проведению таких операций. Наши дальнейшие исследования будут посвящены изучению патогенетических механизмов повреждающих факторов на организм женщины симультанных операций.

ІНВОЛЮТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ПРОЦЕСИ У ПЛАЦЕНТАХ ВІД БАГАТОПЛІДНИХ ГЕСТАЦІЙ

Д. М. Смишляєва

Одеський національний медичний університет, м. Одеса.

Багатоплідна вагітність на сучасному етапі може наставати двома шляхами: природним (спонтанно) та ятрогенним (при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій чи стимуляції овуляції). Одним з найчастіших ускладнень перебігу багатоплідної вагітності є плацентарна недостатність, яка формується при напруженні компенсаторно-приспосувальних процесів, виразних інволютивно-дистрофічних процесах і гемодинамічних розладах.

Мета дослідження: встановити особливості інволютивно-дистрофічних процесів у плацентах від багатоплідних гестацій. Було створено три групи спостереження: I група – 30 випадків спонтанної багатоплідної вагітності, II група – 30 випадків індукованої багатоплідної вагітності, контрольна група – 20 випадків одноплідної вагітності з фізіологічним перебігом.

Після проведення морфометрії та визначення питомої ваги основних структурних компонентів плацент від багатоплідних гестацій ми дійшли висновку, що інволютивно-дистрофічні процеси переважали при спонтанній багатоплідній вагітності незалежно від типу плацентації: ворсини з дистрофічною строюю – (9,8±0,6)% у біхоріальних плацентах і (12,1±0,9)% – у монохоріальних, функціонально неактивні синцитіальні вузли – (5,1±0,3)% у біхоріальних плацентах і (4,1±0,2)% – у монохоріальних.

ОПЕРАТИВНЕ ТА МАЛОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ НА СУЧАСНОМУ РІВНІ

О. К. Тарасюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.

Міома матки – доброякісна гормонозалежна пухлина, одна з головних причин втрати репродуктивної функції та зниження працездатності жінок фертильного віку.

Проведено аналіз різних видів оперативних втручань при міомах матки за 2011-2012 рр., враховуючи розміри матки, вид фіброматозних вузлів, поєднання з гінекологічною та соматичною патологією. Вибір методу лікування міоми проводиться залежно від скарг жінки, наявності соматичної патології, віку, розмірів вузлів та бажання народжувати в майбутньому. Згідно отриманих даних, оперативне лікування включало в себе екстирпацію чи ампутацію матки, або органозберігаючу методику – консервативну міомектомію. Одним з видів лікування є емболізація маткових артерій, що являє собою малоінвазивну методику, при якій повністю зберігається матка.

Встановлено, що за період, який обстежується, було проведено 215 операцій з приводу міоми матки лапаротомічним та лапароскопічним шляхом. З них надпівових ампутацій матки з додатками було 51 і без додатків – 81, екстирпацій матки з додатками виконано 29 і без додатків – 18. Лапароскопічно прооперовано 80 жінок з міомами. Консервативна міомектомія (переважно лапароскопічна) виконана 28 жінкам. Пацієнтки, що оперувалися, були віком від 28 до 61 року, середній вік склав 44 роки. Переважна більшість (57,5%) оперованих жінок мали розміри міоми до 10 тижнів вагітності, 32,7% – до 15 тижнів і 9,8% жінок мали міоми великих розмірів. За розташуванням вузлів переважали інтрамуральні – у 108 випадках, субсерозні були у 97 і субмукозні – у 53 випадках, значна кількість міом мала поєднання субсерозних та інтрамуральних вузлів – у 32 випадках, а у 11 відмічалася поєднання субмукозних з інтрамуральними вузлами. У оперованих жінок з міомами матки відмічалася різна гінекологічна патологія: кісти яєчників – близько 36,0%, гіперплазія ендометрію – 10,7%. Поліпи матки, гідросальпінкс, дисплазія шийки матки зустрічалися майже з однаковою частотою – близько 8,0%; інші гінекологічні захворювання – аденоміоз (5,1%), рідше – поліпи цервікального каналу, ovula nabothi, полікістоз яєчників, ректо- або цистоцеле, в 1 випадку – порушення живлення вузла. Соматична патологія включала в себе: злукову хворобу (майже 15,0%), геморагічний синдром з анеміями, порушенням менструального циклу у вигляді гіперполіменореї – 8,1% жінок, іншу соматичну патологію, таку як захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту – у 5,1%.

За 2 роки у м. Вінниці проведено 177 емболізацій маткових артерій. Даний метод лікування прийнятний для жінок репродуктивного віку, які бажають народжувати у майбутньому. За цей період після проведеної емболізації завагітніли та виносили бажану вагітність 7 жінок, одна з яких народжувала двічі. Серед ускладнень після перенесеної емболізації був лише 1 випадок фіброматозного вузла, що народився, 3 повторні емболізації та 1 некроз вузла.

Таким чином, до 75,0% пацієнток з міомами підлягають оперативному лікуванню в об'ємі гістеректомії, що призводить до виключення репродуктивної функції. Враховуючи, що останніми роками спостерігається «омолодження» цієї патології, актуальним є пошук оптимального підходу до лікування міоми, який би дозволив своєчасно зупинити ріст пухлини та провести збереження органу, для чого можна також використовувати малоінвазивні методики.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ПЕРИНАТОЛОГИИ

В. А. Тищенко, Р. А. Сердюк

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»;
Коммунальное учреждение «Днепропетровская детская городская клиническая больница им. проф. М. Ф. Руднева»
Днепропетровского областного совета, г. Днепропетровск.*

Несмотря на значительное внимание к проблемам медицинской этики, на сегодня существует ряд дискуссионных вопросов, особенно в столь специфической области, как перинатология. К примеру, какие возрастные ограничения для экстракорпорального оплодотворения, сколько ооцитов подсаживать, селективная редукция, платная суррогатная мать и др. В неонатологии – распределение ограниченных ресурсов, лечить или не лечить младенца с плохим прогнозом для жизни и качества жизни и т.д.

С внедрением новейших технологий интенсивной терапии и выхаживания новорожденных, особенно с экстремально низкой массой тела, появилась основа для конфликта фундаментальных этических ценностей: сохранение и продление жизни, уменьшение инвалидности и хронической заболеваемости, устранение боли и длительных страданий. Ключ к решению указанного конфликта, по мнению некоторых специалистов, состоит в том, что этически качество жизни является более важным, чем сама по себе жизнь.

В этой связи принципиальное значение приобретает разработка алгоритма принятия решения о том, что лучше всего предпринять в интересах личности новорожденного младенца и процедура принятия решения.

ПОВЫШЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ ЦИСПЛАТИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИФЕРЕЛИНА И АРОМАЗИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ю. Г. Ткаля¹, И. Н. Тодор², Н. Ю. Лукьянова², Л. И. Воробьева¹, В. С. Свинцицкий¹, В. Ф. Чехун²

¹Национальный институт рака, ²Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р. Е. Кавецкого НАН Украины, г. Киев.

Разработка новых методов терапии, позволяющих улучшить или дополнить комплексную терапию рака яичника (РЯ), является актуальной и своевременной задачей. Исходя из того, что одна из ролей в патогенезе РЯ принадлежит нарушению гормонального равновесия в сторону гиперэстрогемии и андрогемии, как гонадного так и внегонадного генеза, есть основания полагать, что стойкая десенсибилизация рецепторов на уровне гипофиз-яичники, а также блокада внегонадного синтеза эстрогенов позволит получить оптимальный терапевтический эффект при РЯ.

Цель – изучить противоопухолевую активность цисплатина в комбинации с гонадотропин-рилизинг гормоном диферелином и ингибитором ароматазы аромaziном на модели перевиваемой злокачественной опухоли яичника.

В опыте использованы 42 крысы-самки линии Wistar, которым произведена внутрибрюшинная перевивка асцитной формы опухоли яичника (ОЯ), по 2×10^6 млн. клеток/животное. Крысы были разделены на 6 групп по 7 в каждой: 1 группа – контрольная: животные получали физиологический раствор в/брюшинно и перорально; 2 группа – крысы, получавшие цитостатик цисплатин в/брюшинно; 3 группа – крысы, которые получали диферелин в/мышечно; 4 группа – крысы, получавшие комбинацию цисплатин и диферелин; 5 группа – крысы, которым вводили аромазин перорально; 6 группа – крысы, получавшие комбинацию цисплатин и аромазин. О противоопухолевой активности судили по выживаемости животных.

Животные контрольной группы прожили $14,0 \pm 2,5$ суток. Противоопухолевый эффект комбинации цисплатина и диферелина значительно превысил действие одного цитостатика. Так, животные, получавшие один цитостатик, прожили $35,1 \pm 6,3$ суток, а получавшие указанную комбинацию – $65,0 \pm 5,7$ суток ($p < 0,005$). В группе животных, получавших цисплатин в комбинации с аромaziном, выживаемость составила $55,4 \pm 6,3$ суток. Показатели выживаемости 2-х крыс 4-ой и 1-ой крысы 6-ой группы превысили 75 суток. Следует отметить, что выживаемость животных, которые получали диферелин, составила $25,3 \pm 3,0$ суток, а выживаемость крыс, получавших аромазин – $15,8 \pm 2,0$ суток. Макроскопическое исследование органов брюшной полости

и малого таза павших животных также подтвердило преимущество использования комбинаций цисплатин + диферелин и цисплатин + аромазин в сравнении с препаратами, которые вводились в монорежиме.

Установлено, что диферелин и аромазин повышают противоопухолевую активность цисплатина в отношении перевиваемой злокачественной ОЯ. Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований в изучении механизмов потенцирования противоопухолевого эффекта цисплатина диферелином и аромaziном и открывают новые возможности применения таких комбинаций в комплексном лечении РЯ.

ГОНАДОТРОПНА ФУНКЦІЯ ГІПОФІЗА В ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ЗА ДАНИМИ ПРОБИ ІЗ КЛОМИФЕНОМ

І. О. Тучкіна, М. М. Шишлаков, Л. А. Вигівська

Харківський національний медичний університет, м. Харків.

Поширеність синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) і незадовільні результати його лікування вимагають додаткової оптимізації методів діагностики й лікування.

З метою визначення особливостей гонадотропної функції гіпофіза залежно від віку нами обстежено 37 жінок зі СПКЯ. Всі вони були розділені за віком на дві клінічні групи: від 17 до 25 років – 20 і від 25 до 34 років – 17 жінок. 10 здорових жінок склали контрольну групу. Функціональну пробу із кломифеном проводили за стандартною методикою.

Дослідження гонадотропної функції гіпофіза в здорових жінок показало збільшення концентрації фолітропіна (ФСГ) і лютропіна (ЛГ) у плазмі крові в порівнянні з вихідними даними ($p < 0,001$) до значень, обумовлених у перiovуляторний період. При визначенні ФСГ у плазмі крові в пацієток обох клінічних груп виявлено тільки тенденцію до ($p < 0,1$) його підвищення в порівнянні з вихідними даними. Рівень ЛГ у плазмі крові в пацієток І-ї клінічної групи вірогідно ($p < 0,001$) підвищився після проби в порівнянні з вихідним, у той час як в ІІ-ї клінічній групі істотних змін у його вмісті не відбулося ($p > 0,1$). У процесі проведення проби із кломифеном індекс ЛГ/ФСГ у контрольній групі збільшився в 1,5 рази ($p < 0,001$). Збільшення індексу ЛГ/ФСГ спостерігалося й у пацієток зі СПКЯ: в І-ї клінічній групі – в 2,6 рази ($p < 0,001$), в ІІ-ї – в 1,5 рази ($p < 0,001$). Індекс ЛГ/ФСГ обох клінічних груп наприкінці проби перевищував аналогічний показник групи здорових жінок ($p < 0,001$).

Таким чином, проведена проба із кломифеном виявила істотні розходження у функціональному стані гіпоталамо-гіпофізарної системи в жінок зі СПКЯ залежно від віку. Тенденція до підвищення рівня ФСГ указувала на недостатні функціональні резерви даного гормону в пацієток обох клінічних груп. Відсутність циклічних змін у секретії ЛГ при проведенні проби свідчило про більш глибокі функціональні порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз у пацієток ІІ-ї клінічної групи.

ВТОРИЧНА ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ, ИНИЦИИРОВАННЫХ ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ

Н. П. Цип, Л. И. Воробьева

Национальный институт рака, г. Киев.

Цель исследования: изучить целесообразность использования клинических прогностических факторов в алгоритме наблюдения больных после удаления пузырного заноса для предупреждения развития диссеминированных форм злокачественных трофобластических опухолей.

Обследованы 172 женщины с пузырным заносом (ПЗ), которые находились на диспансерном наблюдении в поликлиническом отделении Национального института рака с 2003 г. по 2011 г. Возраст пациенток колебался от 16 до 44 лет и составил в среднем $23,7 \pm 3,1$ года. В большинстве случаев (94,8%) диагностирован клинически менее благоприятный полный пузырный занос. В одном случае (0,6%) методом FISH и GTG-окраски диагностирована редкая форма мозаичного ПЗ – фенотипически полный ПЗ. В 5 случаях диагностирована двойня, состоящая из полного ПЗ и жизнеспособного плода. У трех больных подросткового возраста диагностирован метастатический ПЗ (в двух случаях – депортация ворсин хориона в легкие, у одной пациентки – во влагалище). В соответствии с клиническими прогностическими факторами агрессивности течения ПЗ обследованные больные были разделены на две группы: группу высокого риска малигнизации – 67 женщин и группу низкого риска малигнизации – 105 женщин.

Злокачественное течение заболевания диагностировано у 2,9% больных группы низкого риска, во всех

случаях имела место доклиническая форма заболевания – повышение уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке в крови.

Вместе с тем, у больных группы высокого риска малигнизации спонтанная ремиссия зарегистрирована лишь у 64,2% больных. В 35,8% случаев наблюдалось злокачественное течение с развитием доклинической формы заболевания у 21 больной (31,3%) и метастатической формы – у 3 (4,5%). У больных с метастатической формой заболевания метастазы локализовались в легких у 2 женщин, метастаз во влагалище – у 1 (все три случая – у женщин подросткового возраста).

Таким образом, соблюдение алгоритма наблюдения больных после удаления пузырного заноса с использованием клинических прогностических факторов позволяет диагностировать злокачественные трофобластические опухоли, инициированные пузырным заносом, на доклиническом этапе в 88,9% случаев.

Диспансерное наблюдение больных после удаления ПЗ целесообразно проводить по следующему плану: 1) еженедельный мониторинг уровня ХГ в сыворотке крови тест-наборами с чувствительностью <2мМЕ/л; 2) рентгенография органов грудной полости после эвакуации ПЗ; 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза (доплерография) после эвакуации ПЗ; 4) морфологическое исследование удаленной опухоли (консультация микропрепаратов в патологоанатомической лаборатории онкологического учреждения); 5) морфологическое исследование удаленной ткани после прерывания всех последующих беременностей у женщин с ПЗ в анамнезе (консультация микропрепаратов в патологоанатомической лаборатории онкологического учреждения).

ДОКЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

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

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї; Донецький національний медичний університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

В якості критерію ранньої діагностики папіломавірусної інфекції урогенітального тракту було обрано онкоген папіломавірусу Е7, так як в нормі він в тканинах не синтезується, а його експресія – свідчення малігнізації епітеліальних клітин, що містять інтегровану копію геному папіломавірусу. Зростання рівня онкобілка Е7 достовірно корелює з персистуючим перебігом папіломавірусної інфекції та міксуванням різними генотипами папіломавірусу. Рівень онкобілка Е7 в цервікальному слизу збільшується відповідно до ступеня неопластичних змін епітелію шийки матки і персистенції вірусу, що дає можливість прогнозувати злоякісний процес на доклінічній стадії.

З обстежених 157 вірусопозитивних жінок у 43 діагностувалась інтраепітеліальна неоплазія І-ІІ ступеня. Дослідження показали, що персистуючий перебіг папіломавірусної інфекції супроводжується експресією онкогена Е7 папіломавірусу у 33,4% пацієток, що в 13,3 рази частіше, ніж при транзитному перебігу (2,9%), $p < 0,01$. Експресія онкогена Е7 реєструється найбільш часто при персистуючому перебігу з супутньою інтраепітеліальною неоплазією шийки матки (81,6%). Найбільш висока концентрація онкобілка Е7 папіломавірусу була у пацієток з неоплазією ($8,39 \pm 1,36$ нг/г білка) та при персистенції вірусу ($8,09 \pm 1,59$ нг/г білка). Таким чином, визначення експресії онкогена Е7 вірусу папіломи людини в комплексі з іншими методами дозволяє визначити потенційний ризик виникнення неопластичного процесу шийки матки, діагностувати його на ранніх етапах, в першу чергу у пацієток без клінічних проявів та з персистуючим перебігом папіломавірусної інфекції, і формувати групи диспансерного спостереження.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З УРОГЕНІТАЛЬНОЮ ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

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

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї; Донецький національний медичний університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Розроблено систему та алгоритм обстеження і диспансерного спостереження пацієток з урогенітальною папіломавірусною інфекцією. Клінічними показаннями для обстеження пацієтки на онкогенні типи папіломавірусу є інфекції, що передаються статевим шляхом, порушення мікробіоценозу піхви, шипчасті кондиломи, захворювання шийки матки, зміни при кольпоскопії чи цитології, поширений папіломатоз шкіри.

Перший етап – виявлення папіломавірусу та супутніх інфекцій, кольпоскопія, ПАП-тест, дослідження імунної системи та деяких показників гормонального статусу. Другий етап – визначення перебігу інфекції

(транзиторний, персистуючий, латентний), виявлення факторів ризику персистенції вірусу: вірус-вірусні асоціації (з вірусом простого герпесу I типу, цитомегаловірусом), експресія онкогену E7, мікстінфікування кількома генотипами вірусу, порушення мікробіоценозу піхви на тлі зниження або відсутності лактобактерій, високий рівень пролактину та sIgA у цервікальному слизу. Третій етап – лікувально-профілактичні заходи: алокін-альфа (6 підшкірних ін'єкцій через день) з радіохвильовою терапією (ексцизія, конізація) та далмаксіном (по 2 супозиторія вагінально 10 днів).

Диспансерне спостереження: з CIN при високому ризику – 1 раз в 3 місяці, 1 раз в півроку – при низькому ризику. При транзиторному варіанті перебігу – один раз в 3-4 місяці протягом півтора року. При латентному – спостереження з обстеженням 1 раз в півроку.

Застосування даної системи при обстеженні пацієнток з підозрою на інфекції, що передаються статевим шляхом, сприятиме ранньому виявленню контингенту з ризиком розвитку проліферативних процесів і профілактики у них раку шийки матки.

ЩОДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ДОНЕЦЬКОМУ РЕГІОНІ

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

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї; Донецький національний медичний університету ім. М. Горького, м. Донецьк.

Сімейна медична допомога і її розвиток в контексті профілактичного напрямку полягає в розробці моделі, що забезпечує збереження особистого здоров'я та його зміцнення, підвищення індексу здоров'я та раціональне планування сім'ї. При втіленні пілотного проекту виникає необхідність формування моделі сімейної медичної допомоги в умовах університетських клінік, яка включає терапію, гінекологію з репродуктологією, гінекологію дитячого і підліткового віку, хірургію, педіатрію і алергологію, андрологію, сімейну психотерапію, неврологію і голкорексфлексотерапію, фізіотерапію, валеологію і так далі. Основні положення впроваджують модель, корегують і забезпечують високу якість допомоги на усіх етапах, стандартизацію лікувально-діагностичного процесу із застосуванням скринінгів, адаптацію системи допомоги до регіональних особливостей. Оптимальною формою управління є автоматизована експертна система дистанційного навчання і управління з використанням телемедицини на основі експертної оцінки якості допомоги, що здійснює активний моніторинг за допомогою. Розроблена система дозволяє підвищити індекс здоров'я сімей, зменшити репродуктивні втрати, пов'язані з абортами.

Таким чином, системний підхід до лікувально-діагностичного процесу і програмований цільовий підхід є істотними резервами в контексті пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я в Донецькій області, підвищує значення профілактичної ланки та сприяє збереженню репродуктивного здоров'я населення.

НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА ОРГАНИЗМА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

А. В. Чайка, О. Г. Моргунец

Научно-исследовательский институт медицинских проблем семьи; Донецкий национальный университет им. М. Горького, г. Донецк.

Цель: исследовать уровень содержания структурных и эссенциальных микроэлементов и ультрамикроэлементов в женском организме при перитонеальном эндометриозе.

В обследование были включены 40 жительниц Донецкой области, из них 30 пациенток – с подтвержденным перитонеальным эндометриозом и 10 – условно здоровых женщин без гинекологической патологии. Все исследования проводились на базе медицинской лаборатории Европейской Сети «СИНЭВО» (Киев, Украина) и «Institut für medizinische diagnostik MVZ GbR» (Берлин, Германия). Для этого производился забор венозной крови в вакутайнеры с антикоагулянтом и гелевой фазой. Затем в сыворотке крови при помощи колориметрического, спектрофотометрического, потенциометрического методов, ионоселективного анализа определялось содержание структурных (магний, натрий, фосфор, кальций ионизированный), эссенциальных (железо, цинк, селен, литий, медь) микроэлементов и ультрамикроэлементов (ртуть, свинец). Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Excell.

У пациенток с перитонеальным эндометриозом выявлено достоверное увеличение содержания в сыворотке крови железа в 1,42 раза ($21,16 \pm 2,75$ против $14,87 \pm 0,82$ мкмоль/л в контроле), на фоне достоверного

сниження магнія в 1,16 (0,80±0,02 против 0,94±0,01 мкг/дл), цинка – в 1,25 (92,57±5,43 против 115,44±12,22 мкг/дл), селена – в 1,15 (88,57±4,49 против 101,58±3,11 мкг/л). Данное исследование показало отсутствие достоверных отличий в содержании в сыворотке крови таких микроэлементов, как натрий, фосфор, литий, ионизированный кальций, медь, ртуть, свинец.

У пациенток с перитонеальным эндометриозом отмечается достоверное увеличение в сыворотке крови эссенциального микроэлемента железа, снижение структурного микроэлемента магния и эссенциальных микроэлементов цинка и селена. При этом неизменными остаются показатели структурных микроэлементов натрия, фосфора, кальция, эссенциальных микроэлементов лития, меди и ультрамикроэлементов ртути и свинца. Следовательно, микроэлементный дисбаланс при перитонеальном эндометриозе требует коррекции.

ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТАРГІНУ, ТИВОРТИНУ АСПАРТАТУ ТА ЕНЕРЛІВУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З СИФІЛІСОМ

Т. П. Яремчук, О. Т. Сіра, М. О. Борис

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Львівський обласний шкірно-венерологічний диспансер, м. Львів.

Сифіліс є перинатальною інфекцією, яка спричиняє внутрішньоутробну загибель плода, невиношування вагітності, дисфункцію плаценти внаслідок запальних та постзапальних змін з розвитком хронічної гіпоксії плода, а також внутрішньоутробне інфікування плода. При розвитку внутрішньоутробного інфікування, яке відбувається трансплацентарно переважно гематогенним шляхом, першою уражується печінка плода з розвитком інтерстиціального сифілітичного гепатиту. Плід розвивається в умовах циркуляції материнських антифосфоліпідних антитіл (IgG), які переходять через плаценту та порушують функції ендогенних фосфоліпідів матері та плода. З існуванням антифосфоліпідних антитіл в крові у хворих на сифіліс пов'язують розвиток вісцеральних уражень, які можуть мати місце при всіх, в тому числі при латентних, формах хвороби.

З 2013 року в Львівський обласний шкірно-венерологічний диспансер з метою підвищення ефективності специфічного та профілактичного лікування вагітних з сифілісом та антенатальної нейропротекції мозку та антенатальної гепатопротекції плода одночасно з препаратами пеніциліну вагітні отримують на основі комбінації глютаргін (1 таблетка/750 мг 2 рази на добу 2 тижні) та енерлів (1 капсула 3 рази на добу упродовж 2 тижнів) або тивортин аспартат (10 мл 2 рази на добу (4 г на добу)) та енерлів (1 капсула 3 рази на добу упродовж 2 тижнів). Ефективність лікування оцінюється за клініко-лабораторними показниками стану здоров'я вагітної, оцінки стану фетоплацентарного комплексу, стану дитини після народження та патологістологічного дослідження посліду.

Отримано позитивні попередні результати комплексного лікування хворих на сифіліс вагітних. Під час лікування спостерігається суб'єктивне покращення загального стану вагітних, унормування рухової активності плода, кількості навколоплідних вод та динаміки збільшення висоти дна матки, покращення УЗС структури плаценти, показників кардіотокографічного моніторингу плода та унормування оцінки за Апгар при народженні дітей, а також сприятливий перебіг неонатального періоду при проведенні профілактичного лікування новонароджених. Препарати добре переносяться. Не спостерігається токсико-алергічних реакцій. Не спостерігається відмови вагітних від лікування.

Таким чином, з метою профілактики акушерських та перинатальних ускладнень, антенатальної нейропротекції мозку та гепатопротекції плода заслуговує на увагу метод комплексного лікування хворих на сифіліс вагітних, коли під час специфічного або профілактичного лікування вагітній призначається на основі комбінації глютаргін (1 таблетка/750 мг 2 рази на добу) та енерлів (1 капсула 3 рази на добу упродовж 2 тижнів) або тивортин (по 10 мл 2 рази на добу (4 г на добу)) та енерлів (1 капсула 3 рази на добу упродовж 2 тижнів). Комбінації глютаргін та енерлів та тивортин аспартату і енерліву можна запропонувати 2-тижневим курсом вагітним також після лікування в шкірно-венерологічному диспансері та як метод допологової підготовки.