



ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43
З-41

Редакційна колегія:

Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан
Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський
Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис
Відповідальний секретар – І.В. Малишева

Редакційна колегія:

Проф. А.В. Бойчук
Проф. С.Р. Галіч
Проф. С.М. Геряк
Проф. В.Г. Дубініна
Проф. З.М. Дубосарська
Проф. Ю.О. Дубосарська
Проф. Н.М. Рожковська

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 № 2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК З РІЗНИМИ КОНСТИТУЦІЙНИМИ ТИПАМИ ТАТАРЧУК Т.Ф., КАПШУК І.М.	370
РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ЭТАПЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ТАТАРЧУК Т.Ф., КОСЕЙ Н.В., РЕДЬКО Н.А.	373
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТОВ НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ТАРАН О.А.	375
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТАРАСЕНКО К.В.	379
СТАН ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК ІЗ РАННІМИ ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТЕЙ ТРОХИМОВИЧ О.В., ЧУБЕЙ Г.В., СТАМБОЛІ Л.В.	382
ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ УСЕВИЧ І.А., БЕНЮК В.О., УСЕВИЧ Л.А.	384
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РОЗШИРЕНОЇ ІНІЦІАТИВИ «ЛІКАРНЯ, ДОБРОЗІЧЛИВА ДО ДИТИНИ» В ДОНЕЦЬКОМУ РЕГІОНІ ХОЛОДНЯК Т.І.	386
ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ЧАЙКА А.В., НОСЕНКО Е.Н., ХАНЧА Ф.А., МОРГУНЕЦ О.Г.	389
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА В ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЧАЙКА К.В., ЖИХАРСКИЙ Р.В.	395
ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕДНИЧЕНКО В.І., ПОЧИНОК В.А., ПІКУЛЬ М.Ю., МЕЗІНА В.І., МАКСИМ'ЯК О.Я.	399
ОСОБЛИВОСТІ МАСИ ТІЛА БЛИЗНЮКІВ ПРИ ВАГІТНОСТІ ДВІЙНЕЮ ШЕВЧЕНКО С.В., БЕНЮК В.О., КОВАЛЮК Т.В.	402
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КІСТКОВО-МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ З ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА ШЕЛЕСТОВА Л.П., АЛЛАХВЕРДІСВ Р.С.	403
ВИЛИВ РІЗНОЇ ГЕСТАЦІЙНОЇ ПРИБАВКИ МАСИ ТІЛА У ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ НА ЧАСТОТУ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ШЕЛЕСТОВА Л.П.	406
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ ЩЕРБИНА Н.А., ЛАЗУРЕНКО В.В., СОРОКОЛАТ Ю.В., ГОЛУБОВА М.В., ЧЕРНЯК О.Л.	409
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА МЕТИОНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЩЕРБИНА Н.А., ЛИПКО О.П., ПОТАПОВА Л.В., ЩЕРБИНА И.Н.	412
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЩЕРБИНА Н.А., КУЗЬМИНА И.Ю., ПЛАХОТНАЯ И.Ю., КАРТАШОВА М.А.	416

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ

ЩЕРБИНА Н.А., ЛАЗУРЕНКО В.В., СОРОКОЛАТ Ю.В.,

ГОЛУБОВА М.В., ЧЕРНЯК О.Л.

г. Харьков

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают первое место среди всех гинекологических заболеваний, характеризуются длительным течением, высокой частотой осложнений, негативно влияют на физическое, психическое и сексуальное здоровье женщин [2,4,5]. Распространенность ВЗОМТ достигает 60-65% среди всей гинекологической патологии, постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению, особенно у женщин репродуктивного возраста [2,3]. Высокая частота развития ВЗОМТ среди молодежи связана с либерализацией половых отношений при низком уровне сексуальной культуры. Диспареуния наблюдается у 60% больных с сальпингоофоритом [4,6].

К особенностям ВЗОМТ в современных условиях относятся преобладание подострых и хронических клинических форм, развитие спаечного процесса и формирование гнойных образований придатков матки, что связано с многообразием микробных факторов, нарушениями в иммунной системе больных, несвоевременностью обращения за помощью, нерациональной антибиотикотерапией [1,2].

Поэтому разработка новых комплексных терапевтических подходов к данной патологии является актуальной проблемой современной гинекологии и имеет огромное медицинское и социально-экономическое значение.

Цель исследования — разработка комплексного лечения и реабилитации женщин репродуктивного возраста, страдающих ВЗОМТ, которые сопровождаются нарушением сексуальной функции.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 75 женщин, страдающих хронической формой ВЗОМТ в сочетании с нарушениями сексуальной функции. Средний возраст составил $26,3 \pm 4,7$ года. Контрольную группу составили 20 женщин репродуктивного возраста, которые не имели гинекологической патологии, в возрасте от 18 до 35 лет.

Всем пациенткам было проведено клинико-лабораторное обследование в соответствии с требованиями клинических протоколов и приказов МЗ Украины, включавшее микроскопическое и бактериологическое исследование выделений, изучение возбудителей, передающихся половым путем, методом ИФА и ПЦР, ультразвуковое исследование органов малого таза, доплерометрия яичниковых и маточных сосудов. Для изучения сексуальной функции проведено анонимное анкетирование согласно опроснику «Индекс женской сексуальной функции».

В зависимости от метода лечения женщины, страдающие ВЗОМТ были разделены на две клинические группы: основную и сравнения. В основную группу вошли 40 пациенток, получавших лечение в соответствии с Приказом МЗ Украины №582 и дополнительно принимавших трибестан. Трибестан — фитопрепарат, обладающий общеукрепляющим эффектом, за счет активных компонентов — стероидных сапонинов, относящихся к фураностаноловому типу, которые экстрагируются из *Tribulus terrestris*. Доказано, что трибестан способен стимулировать выработку эстрогенов, тем самым оказывать положительный эффект на эндокринную систему у женщин. Также он обладает гиполипидемическим эффектом, снижает уровень ЛПНП и общего холестерина, однако данных о его применении в комплексной терапии ВЗОМТ у женщин в доступной литературе не найдено. Трибестан назначали в составе комплексной терапии по 1 таблетке (250мг) 2 раза в день после еды в течение от 1 до 3 месяцев. Группу сравнения составили 35 пациенток с ВЗОМТ, получавших противовоспалительное лечение согласно Приказам МЗ Украины.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациентки с ВЗОМТ предъявляли жалобы на боли внизу живота различной степени выраженности, отмечали диспареунию. Из анамнеза было выяснено, что среди соматических заболеваний наиболее часто встречались простудные заболевания, заболевания мочевых путей (цистит - 70,8%, пиелонефрит — 50,7%). Среди вредных привычек пациентки отмечали курение (62,6%) и употребление слабоалкогольных напитков (33,4%). Гинекологический анамнез имел следующие особенности: нарушения менструальной функции в виде гиперполименореи встречалось у 56%, альгодисменорея — у 48%. Роды в анамнезе имели 31 пациентка (41,3%), искусственные аборт - 44 (58,7%), самопроизвольные аборт - 28 (37,3%), гинекологические операции перенесли 8 женщин (10,7%). Средний возраст начала половой жизни составил — $16,5 \pm 1,8$ лет, в контрольной группе — $18,1 \pm 2,3$ года. Количество половых партнеров у женщин с ВЗОМТ — от 4 до 8, в контрольной группе — от 1 до 3. Число половых актов в месяц у пациенток с ВЗОМТ и женщин контрольной группы достоверно не отличалось, составляя $8,7 \pm 4,5$ в месяц ($p < 0,05$). Бесплодием страдали 16 (21,4 %) пациенток.

При гинекологическом осмотре выявлена болезненность придатков, тяжесть в области придатков и их увеличение у всех женщин с ВЗОМТ. Кольпит выявлен у 57 (76%), эндоцервицит — у 49 (65,3%), эрозия шейки матки — у 41 (54,7%). Анализ выделений из влагалища выявил повышенное количество лейкоцитов у всех пациенток, патогенный стафилококк обнаружен у 62 (82,7%), трихомоназ — у 12 (16%), кандидоз — у 26 (34,7%), гарднереллез — у 34 (45,3%). По результатам ПЦР хламидиоз обнаружен у 24 (31%), уреоплазма у 15 (20%), ЦМВ — у 12 (16%), микоплазмоз — у 9 (12%) пациенток.

При опросе пациенток было выяснено, что 80% уклоняются от половой близости в связи с болезненностью во время полового акта, выраженной сухостью во влагалище, что приводит к дискомфорту и нарушению качества интимных отношений. При проведении анкетирования для оценки сексуальной функции пациенток обнаружено, что у 54,7% пациенток было снижено половое влечение, возбуждение во время полового акта, что они связывали с наличием ВЗОМТ. Более половины пациенток не могли достичь полноценного оргазма при половой жизни, хотя при этом были удовлетворены как эмоциональной близостью с партнером, так и сексуальными взаимоотношениями. Среди эрогенных зон у пациенток с ВЗОМТ преобладали молочные железы, низ живота, шея, ягодицы, внутренняя поверхность бедер, в то время как у женщин контрольной группы на первом месте находились клитор, влагалище, шейка матки. При доплерометрическом исследовании маточных и яичниковых сосудов было выявлено, что значения индексов сосудистого сопротивления у женщин с ВЗОМТ значительно выше, чем у пациенток контрольной группы ($p < 0,05$). При этом систолическая и диастолическая скорость кровотока у них была значительно ниже, чем у здоровых женщин. Снижение в 3,7 раза пульсационного индекса ($0,83 \pm 0,02$) по сравнению с контрольными цифрами ($3,07 \pm 0,01$) у больных ВЗПИМ свидетельствуют о снижении тонуса маточных артерий и замедлении кровотока в органах малого таза. Доплерограммы яичниковых артерий имели вид однофазной кривой с систолическим пиком, диастолический пик практически отсутствовал, что также указывает на их высокую резистентность.

В результате проведенного сравнительного анализа было выявлено, что в группе пациенток после традиционного лечения периодические боли внизу живота беспокоили 16 (45,7%) больных, усиленные выделения из половых путей отмечали 12 (34,3%) пациенток, в то время как среди больных, получивших трибестан, было только 3 (7,5%) пациентки с такими жалобами. Повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время после проведенного лечения отмечали 4 (11,4%) пациентки группы сравнения, в основной группе таких больных не было.

При гинекологическом исследовании в группе сравнения по окончании лечения были выявлены некоторая болезненность при пальпации придатков матки у 15 (42,9%) женщин, а анатомические изменения, характерные для ВЗОМТ, - у 17 (48,6%) пациенток. При гинекологическом же исследовании пациенток основной группы, лечение которых проводилось

с применением трибестана, на болезненность при пальпации придатков матки жаловались лишь 4 (10%) женщины, а анатомические изменения, характерные для ВЗОМТ удалось выявить у 5 (12,5%) женщин.

По окончании лечения эхографические признаки хронического воспалительного процесса в органах малого таза сохранились у 20 (57,1%) больных группы сравнения и у 5 (12,7%) пациенток, которым применялась фитотерапия.

Доплерометрическое исследование маточных и яичниковых артерий показало, что значения индексов сосудистого сопротивления у женщин группы сравнения значительно выше, чем у пациенток основной группы. При этом систолическая и диастолическая скорость кровотока у них была значительно ниже, чем у женщин, получавших трибестан. Низкие значения индекса резистентности, свидетельствующие о снижении тонуса маточных и яичниковых артерий и замедлении кровотока в органах малого таза, сохранялись после традиционного лечения длительное время (до 3 месяцев).

При бактериологическом исследовании после окончания лечения стафилококк и некоторые виды бактерий кишечной группы были выделены у 13 (37,1%) у больных, получивших традиционное противовоспалительное лечение и у 3 (7,5%) больных после комплексного противовоспалительного лечения с применением трибестана.

Анализ результатов бактериоскопического исследования влагалищного содержимого показал II степень чистоты у 21 (60%) и 38 (95%) больных, а III степень чистоты – у 12 (34,3%) и 2 (5%) женщин в группе сравнения и в основной группах соответственно.

По окончании лечения в группе сравнения выздоровление было констатировано у 18 (51,4%) пациенток, улучшение клинического состояния – у 13 (37,1%) женщин, у 4 (11,4%) больных результаты проведенного традиционного лечения были признаны неудовлетворительными. В основной группе 38 (95%) женщины после комплексной терапии с применением трибестана были выписаны из клиники с выздоровлением, 2 (5%) со значительным улучшением клинического состояния. Не было выявлено ни одного случая побочных реакций и осложнений, связанных с применением трибестана.

Результаты сексуального здоровья после комплексной реабилитации свидетельствуют о существенном улучшении сексуального функционирования: значительном увеличении частоты сексуальной активности, нивелировании явлений диспареунии, улучшении lubricации и оргазма, повышении либидо.

Таким образом, очевидным является факт широкого распространения сексуальных расстройств у пациенток с ВЗОМТ. Своевременное и эффективное восстановление сексуальной функции актуально для пациенток, получавших противовоспалительную терапию, особенно с использованием фитопрепаратов, что должно найти более широкое применение в гинекологической практике.

ВЫВОДЫ

ВЗОМТ у женщин репродуктивного возраста часто сопровождаются сексуальными нарушениями, что необходимо учитывать при обследовании данного контингента пациенток. Для повышения эффективности терапевтического воздействия в комплексе лечебных мероприятий необходимо более широко использовать фитопрепараты, в частности трибестан, что позволит улучшить не только результаты противовоспалительного лечения, снизить частоту рецидивов, но и улучшить сексуальную функцию пациенток с ВЗОМТ.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вдовиченко Ю.П.* Терапия инфекций, передающихся половым путем, в соответствии с международными стандартами/ Ю.П.Вдовиченко, Е.Н.Гопчук//Здоровье женщины.-2013.-№1(77).-С.105-108.
2. *Дубоссарская З.М.* Хронические воспалительные заболевания внутренних женских половых органов / З.М.Дубоссарская, А.И.Миляновский, В.Г.Коляденко -Киев: Здоров'я.-2001.-119с.

3. Пестрикова Т.Ю. Воспалительные заболевания в гинекологии / Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов.-М.: «Литера».-2009.-243с.
4. Стеняева Н.Н. Диагностика нарушений сексуальной функции у женщин с урогинекологическими заболеваниями / Н.Н. Стеняева, И.А. Аполихина // Акушерство и гинекология.-2011.-№5.-С.23-28.
5. Sexually Transmitted Diseases, 2011. Treatment Guidelines <http://www.cdc.gov/std/PID/treatment.htm>
6. Srivastava R. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology/R.Srivastava, R.Thakar, A.Sultan//Obstet.Gynecol.Surv.-2008.-Vol.63.-P.527-537.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА МЕТИОНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

ЩЕРБИНА Н.А., ЛИПКО О. П., ПОТАПОВА Л. В., ЩЕРБИНА И. Н.

г. Харьков

Несмотря на достигнутые большие успехи в лечении преэклампсии за последние 10 лет, частота ее возникновения не имеет тенденции к снижению и достигает по некоторым регионам 23-24% [1,6].

Это, вероятно, связано с тем, что внимание акушеров-гинекологов и научные разработки в этом плане были посвящены в основном повышению эффективности лечения преэклампсии. В то же время вопросы профилактики этого грозного осложнения до настоящего времени остаются в «тени», хотя с давних времен известен постулат, что легче предупредить развитие того или иного патологического процесса, чем его лечить.

В настоящее время выделяют более 30 патогенетических теорий развития позднего гестоза, объясняющих его развитие с позиций нейро-эндокринно-обменного, иммунологического дисбаланса, эндотелиальной дисфункции и др. [5]. Важное место в развитии эндотелиальной дисфункции отводится гипергомоцистеинемии, которая приводит к активации XII, Va факторов свертывания крови, протромбина, тканевых факторов свертывания, способствует снижению активности тромбомодулина и способности клеток эндотелия связывать антитромбин III, а так же снижению фибринолиза [2].

В то же время, развитие гипергомоцистеинемии напрямую связано с нарушениями метаболизма метионина. Метионин, поступая в организм деметилируется, образуя S-аденозилгомоцистеин, который под воздействием гидролазы, в свою очередь, превращается в аденозин и гомоцистеин. Гомоцистеин напрямую взаимодействует с вышеназванными факторами свертывания крови и способствует развитию гиперкоагуляции [4]. Кроме этого, гомоцистеин понижает экспрессию глутатионпериоксидазы в эндотелиальных клетках, а следовательно повышает перекисное окисление липидов и инактивацию NO, что является пусковым механизмом эндотелиальной дисфункции. При нормальном метаболизме гомоцистеин в печени подвергается реметиливанию. 1-й путь реметилирования происходит благодаря ферменту метионинсинтетазы, коферментом которой является витамин B₁₂. 2-й путь превращения гомоцистеина в цистатин происходит реакцией транссульфирования, благодаря участию фермента цистатин-синтетазы, коферментом которого является витамин B₆ [4].

Исходя из описанных биохимических процессов метаболизма метионина становится очевидным, что для предотвращения накопленного в организме гомоцистеина, который способствует развитию эндотелиальной дисфункции, необходимо достаточное содержание в организме витаминов B₁₂, B₆. Следует отметить, что метиониновый цикл с участием метионин-синтетазы пересекается с обменом фолатов. Так донором метильной группы для

Наукове видання

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
Асоціації акушерів-гінекологів України

Верстка
Коваленко І.В.

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України,
вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо –
за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 № 2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Підписано до друку 13.09.2013. Формат 60×84 1/16
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.
Друк. арк. 58,0. Обл. вид. арк. 58,97.
Тираж 1000 прим. Замовлення № 130913

ТОВ «Поліграф плюс»
03062, м. Київ, вул. Туполева, 8.
тел./факс: (044) 502-39-78 (доб.119)
e-mail: office@poligraph-plus.kiev.ua
www.poligraph-plus.kiev.ua

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
№ 2148 (серія ДК) від 07.04.2005 р.