

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)  
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ»**

**г.ХАРЬКОВ  
4 октября 2013 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)  
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ»**



**г.ХАРЬКОВ  
4 октября 2013 г.**

<i>Н.А.Щербина, М.И.Антонян, В.В.Лазуренко, О.В.Мерцалова, А.А.Щедров</i>	
Современные подходы к профилактике невынашивания беременности, наступившей после применения вспомогательных репродуктивных технологий.....	160
<i>М.О.Щербина, О. О. Диннік</i>	
Соматичне здоров'я у дівчат-підлітків із аномальними матковими кровотечами.....	168
<i>Н. А. Щербина, Д. И. Демиденко, А. Д. Демиденко</i>	
Принципы ведения пациентов с папилломавирусной инфекцией без клинических проявлений в условиях женской консультации.....	174
<i>Н. А. Щербина, М. А. Карташова</i>	
Современные подходы в диагностике гиперпролиферативных процессов эндометрия.....	180
<i>І. М. Щербина, О. І. Скорбач</i>	
Нові підходи до корекції постгістеректомічного синдрому з урахуванням деяких етіопатогенетичних змін.....	186
<i>О. В. Юркова, А. Н. Тищенко</i>	
Алгоритм ведения женщин с неразвивающейся беременностью.....	192

3. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство/под ред. Г.Т.Сухих, Т.А.Назаренко.-М.:ГЭОТАР-Медиа.-2010.-784с.

4. Говоруха И.Т. Особенности эмбрионального и раннего фетального периода развития беременности у пациенток с излеченным бесплодием/ Говоруха И.Т., Квашенко В.П., Акимова И.К. // Таврический медико-биологический вестник.-Т.14.-№3.-Ч.1(55).-2011.-С.50-52.

5. Иммуногистохимическое исследование эндометрия в программах ВРТ / Е. В. Дюжева, Е. А. Калинина, Л. Н. Кузьмичев [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина»: Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 98–104.

6. Павлов К.А. Фетоплацентарный ангиогенез при нормальной беременности: роль сосудисто-эндотелиального фактора роста/ Павлов К.А., Дубова Е.А., Щеголев А.И. // Акушерство и гинекология.-2011.-№3.-С.11-16.

7. Пахомов С.П. Роль толл-подобных рецепторов 2 и 4 в развитии невынашивания беременности ранних сроков/ Пахомов С.П., Лебедева О.П., Старцева Н.Ю. // Таврический медико-биологический вестник.-Т.15.-№2.-Ч.2(58).-2012.-С.326.

8. Серова О.Ф. Нове аспекты генеза ранних репродуктивних потерь /О.Ф.Серова, Н.В.Зароченцева, С.Ю.Марченко//Журнал акушерства и гинекологии.-2011.-№4.-С.11-16.

9. Сидельникова В.М., Г.Т.Сухих. Невынашивание беременности.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.-536с.

10. Соколов Д.И. Экспрессия VEGF и рецептора VEGF-R3 эндотелиальными клетками плаценты в норме и при гестозе/ Соколов Д.И., Колобов А.В., Печерина Л.В. // Бюлл. эксперим. биол.-2008.-№3.-С.321-325.

11. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.-224с.

12. Ford H.B. Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis and therapy/ H.B.Ford, D.J.Schust//Rev.Obstet.Gynecol.-2009.-Vol.2,-N2.-P.76-83.

13. The pathophysiology of endothelial function in pregnancy and the usefulness of endothelial markers/L.Slavik,J.Prochazkova, M.Prochazka [et al.]//Biomed.Pap.Med.Fac.Univ.Palacky Olomouc Czech. Repub.-2011/-Vol.155.-P.1-5.

УДК 616-056.2-053.6:618.14-005

## **СОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ**

**М.О.Щербина, О. О. Диннік, м. Харків**

**РЕЗЮМЕ**

Обстежено 187 пацієток з аномальними матковими кровотечами у віці 11-185 років. Проведено аналіз соматичної захворюваності дівчат з АМК з урахуванням маси тіла. Встановлено, що характер і частота соматичної патології залежить від набутої маси тіла і ступеня статевого дозрівання. Доведено, що в сучасному соціумі пацієтки на АМК не мають високого інфекційного індексу в анамнезі на відміну від аналогічних показників у однолітків 30-років тому.

*Ключові слова:* аномальні маткові кровотечі, фізичний та статевий розвиток, індекс маси тіла, екстрагенітальна патологія.

Забезпечення і збереження здоров'я дітей та підлітків – найперспективніший вклад у репродуктивний, інтелектуальний, економічний та політичний резерв суспільства. Від рівня здоров'я у підлітковому періоді залежать життєві плани, професійна підготовка, прагнення до соціального розвитку, створення сім'ї і народження дітей.

Літературні дані свідчать, що при становленні репродуктивної системи її функції дуже нестабільні і тому вплив будь-яких несприятливих факторів, а особливо інфекційних і хронічних захворювань, можуть привести до розладів в її функціонуванні, насамперед це стосується менструальної функції [1,2,3]. Доведено, що тривалий вплив соматичної патології призводить до виснаження і пригнічення функції яєчників. Найбільш значуще погіршення здоров'я дітей відбувається з 7 до 17 років, тобто в період пубертату, і супроводжується розвитком цілої низки захворювань, які безумовно мають свій негативний вплив на становлення репродуктивної системи. Так за останні роки в Україні поширеність захворюваності серед дітей 7-15 років зросла на 40 %. Найбільші темпи зростання серед захворювань ендокриної системи. Незважаючи на значні зусилля, спрямовані на збереження здоров'я підростаючого покоління, в тому числі і репродуктивного, проблема ця залишається далекою від свого вирішення [4,5,6].

Тому **метою** нашого дослідження було з'ясування частоти і характеру перенесених дитячих інфекцій та екстрагенітальної патології у дівчат-підлітків із аномальними матковими кровотечами (АМК).

### **Матеріали та методи дослідження**

Проведено загальноклінічне обстеження 187 хворих на АМК, яке включало оцінку фізичного, статевого розвитку, соматичного статусу. Характерним для АМК є значні відхилення показників фізичного і статевого розвитку, які опосередковано відбивають ендокринний статус організму, що розвивається. Усі дівчата були оглянуті педіатром, невропатологом, ендокринологом, окулістом. Аналіз фізичного розвитку із розрахунком індексу маси тіла дозволив встановити, що тільки у половини хворих (56,1 %) - фізичний розвиток був гармонійним (105 дівчаток) – вони склали I гр., у 56 пацієнток (30 %) реєструвалася надлишкова маса тіла – II гр; у 26 хворих (13,9 %) відмічався дефіцит маси тіла – III гр.

Визначення відмінностей між вибірками, які порівнювалися, проводили за допомогою критерію Стьюдента (t), метода кутового перетворення Фішера (Рф),  $\chi^2$ .

### **Результати та їх обговорення**

Тільки 24,9 % пацієнток не вказували на перенесені дитячі інфекції. Рідше за все це відмічалось у хворих із дефіцитом маси тіла. Серед перенесених дитячих інфекцій провідне місце займають такі вірусні інфекції як вітряна віспа – 69,5 %, червона висипка – 18,3 %. Звернуло на себе увагу доволі часте поєднання цих двох інфекцій (11,7 %). Треба зазначити, що за останні 20-30 років змінилися дані стосовно перенесених дитячих інфекцій. Якщо у 80-90 роках минулого століття при аналізі частоти перенесених дитячих інфекцій у хворих на АМК перші два місця посідали вітряна віспа і епідемічний паротит, причому останній ввідмічався у кожної 3-4 дівчинки, то в сучасний період ця загрозна інфекція спостерігається в поодиноких випадках. Ми це пов'язуємо з обов'язковим щепленням проти епід. паротиту, яке існує на сьогоднішній час. Проте в літературі є свідчення, що вірус краснухи також ушкоджує діяльність фолікулярного апарату яєчників, а серед наших пацієнток кожна 5-6 перенесла цю дитячу інфекцію [7,8].

Одна дитяча інфекція реєструвалася в середньому у 56 % дівчат із АМК, причому найчастіше це відбувалося серед хворих III гр. (71,9 %,  $p <$

0,01). Мали три і більше дитячих інфекцій в середньому 2,03 % пацієток усіх трьох груп. Ці дані також відрізняються від аналогічних 20-30 річної давнини. В літературі на той час наводяться дані стосовно того, що у дівчат із АМК інфекційний індекс 3 і більше відмічався у кожній третій дівчинки. Тобто зусилля педіатрів, які направлені на обов'язкове щеплення дали свої позитивні результати. Щодо частоти гострих вірусних респіраторних захворювань і наявності хронічного тонзиліту, то як і в попередні роки більш ніж третина (36,0 %) хворих всіх трьох груп вказували на часті гострі респіраторні захворювання в анамнезі (І гр. – 30,8 %, ІІ гр. – 48,3 % і ІІІ гр. – 31,2 %). Найчастіше це відбувалося у пацієток з надлишковою масою тіла.

У абсолютної більшості пацієток на момент обстеження було виявлено супутня екстрагенітальна патологія. Структура цих захворювань має свої відмінності від показників розповсюдженості хвороб школярів. Так, якщо хвороби нервової системи серед школярів мають 6-е рангове місце, то в структурі соматичних захворювань у хворих на АМК вони посідали перше місце (І гр. – 43,9 %, ІІ гр. – 48,2 %, ІІІ гр. – 38,5 %). Слід зазначити, що при оцінці неврологічного статусу у пацієток із АМК грубих неврологічних розладів не виявлено. Проте привертає увагу, що найчастіше реєструвалися ВСД, астено-невротичні і церебрастенічні стани, лікворно-гіпертензивний синдром, ознаки якого реєстрували клінічно і за допомогою додаткових методів дослідження (ЕХО-ЕЕГ). Причому останній виразився серед хворих із надлишковою масою тіла (ІІ гр. – 19,6 % проти 6,5 % в І гр. і 7,7 % в ІІІ гр.;  $p < 0,01$ ). Для підлітків із дефіцитом маси тіла більш характерними були астено-невротичні і церебрастенічні стани (І гр. – 11,2 %; ІІ гр. – 12,5 %; ІІІ гр. – 19,2 %;  $p < 0,05$ ). Що стосується ендокринної патології, то серед школярів вона займає 7-е рангове місце, а при АМК друге і виявлялася в середньому у третини (30 %) пацієток І і ІІІ груп і була вищою серед хворих із надлишковою масою тіла (78,6 %;  $p < 0,001$ ). При оцінці стану ЩЗ встановлено, що у хворих усіх трьох груп переважав дифузний нетоксичний зоб І – ІІ ст., а серед дівчат із надлишковою масою

тіла – гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (ГСПП). Третє місце посідають захворювання травної системи, так само як і в популяції (I гр. – 23,2 %, II гр. – 12,5 %, III гр. – 23,0 %), переважно за рахунок дискінезії жовчовивідних протоків (ДЖВП). Звернуло на себе увагу, що гастрит достовірно частіше спостерігався у хворих із дефіцитом маси тіла (I гр. – 5,6 %, II гр. – 3,6 %, III гр. – 15,4 %;  $p < 0,001$ ). Захворювання нирок мали від 2 % до 4 % хворих. При проведенні офтальмологічного обстеження було виявлено початкові ознаки змін очного дна в середньому у 11,1 % хворих. Найчастіше ангіопатія сітківки визначалася у пацієнток із надлишковою масою тіла (17,9 % проти 11,2 % у I гр. і 3,9 % у III гр.;  $p < 0,001$ ). Слід зазначити, що хворі з надлишковою масою тіла рідше мали одну екстрагенітальну патологію, проте значно частіше у них реєструвалися два та більше соматичних захворювання (57,1 % проти 27,1 % у I гр. і 26,9 % у III гр.;  $p < 0,001$ ).

На теперішній час загальноновизнана значимість характеру статевого дозрівання в плані репродуктивного прогнозу. Нами було виявлено, що у абсолютної більшості хворих усіх трьох груп статевий розвиток відповідав паспортному (I гр. – 92,5 %; II гр. – 76,5 %; III гр. – 88 %), проте серед дівчат II гр. по відношенню до інших це було вірогідно менше ( $p < 0,001$ ).

Відставання статевого розвитку серед 14-18 річних значно частіше спостерігалось серед пацієнток із дефіцитом маси тіла (I гр. – 1,2 %; II гр. – 2,9 %; III гр. – 11,5 %;  $p < 0,001$ ), а його випередження серед 11-13 річних хворих із надлишковою масою тіла (I гр. – 30 %; II гр. – 57,1 %;  $p < 0,001$ ).

Ми проаналізували характер екстрагенітальної патології в залежності від рівня статевого дозрівання в кожній групі окремо і з'ясували, що при статевому розвитку, який відповідає паспортному екстрагенітальну патологію мають до 70 % дівчат I гр. і III гр. і 95,3 % II гр. ( $p < 0,001$ ). При випередженні статевого розвитку соматичні захворювання також значно частіше реєструються у хворих із надлишковою масою тіла 83,3 % проти 50 % в I гр. ( $p < 0,001$ ). Відставання статевого розвитку в 100 % випадків у всіх



трьох групах супроводжується різною екстрагенітальною патологією. У дівчат I гр. і II гр. при фізіологічному статевому розвитку невротичні порушення реєструються з однаковою частотою (43,4 % і 58,1 % відповідно), а ендокринна патологія вірогідно частіше відмічається у пацієток із збитковою масою тіла ( 76,7 % проти 31,3 % в I гр. і 31,8 % в III гр.;  $p < 0,001$ ). Аналогічна тенденція спостерігається і при випередженні статевому розвитку: у хворих I гр. перше місце посідають неврологічні розлади, друге ендокринна патологія, у пацієток II гр., навпаки на першому місці ендокринна, а на другому неврологічна патологія.

### **Висновки.**

1. З'ясовано, що абсолютна більшість хворих на АМК має різну соматичну патологію, причому у пацієток з надлишковою масою тіла достовірно частіше ніж в інших реєструється 3 і більше захворювання.

2. Характер і частота соматичної патології залежить від набутої маси тіла і ступеня статевому дозрівання. У дівчат зі збитковою масою тіла вірогідно частіше ніж в інших відмічаються ендокринні захворювання. Для хворих із низькою масою тіла більш характерним є наявність шлунково-кишкових захворювань.

3. Найчастіше екстрагенітальна патологія при статевому розвитку, який відповідає паспортному і його випередженні реєструється у хворих із надлишковою масою тіла. Слід зазначити, що на відміну від пацієток з нормальною масою тіла, у яких перше місце посідають хвороби нервової системи, друге - ендокринні розлади, у хворих зі збитковою масою тіла навпаки: перше місце займають ендокринні порушення, друге – нервової системи. Відставання статевому розвитку в 100 % випадків у всіх трьох групах супроводжується різною екстрагенітальною патологією.

### **Література**

1. Репродуктивне здоров'я в Україні очима фахівців // Нова медицина. – 2003. – № 5. – С. 71.

2. Ушакова Г.А. Репродуктивное здоровье современной популяции девочек / Г.А. Ушакова, С.И. Елгина, М.Ю. Назаренко // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – № 1. – С. 34–39.

3. Халимова Д.Р. Здоровье детей и подростков как показатель репродуктивного потенциала / Д.Р. Халимова // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2007. – № 4. – С. 29–34.

4. Динамика состояния здоровья девушек в Украине и мероприятия по его усовершенствованию / Н.М. Коренев [и др.] // *Актуальні питання охорони здоров'я дівчат-підлітків: матеріали наук.-практ. конф.* – Х., 2005. – С. 3–5.

5. Хурасева А.Б. От антенатального периода к перименопаузе / А.Б. Хурасева // *Репродуктивное здоровье молодежи – здоровье следующих поколений: материалы XI Европейского конгресса детских и подростковых гинекологов*. – СПб., 2008. – С. 22–23.

6. Взаємозв'язок дитячої соматичної захворюваності в анамнезі жінок фертильного віку зі станом їх репродуктивного здоров'я (прогнозування порушень) / В.В. Подольский [та ін.] // *Здоровье женщины*. – 2005. – № 2. – С. 169–173.

7. Павлюченко В.В. Динамика заболеваний эпид. паротитом в Первомайском районе г. Минска / В.В. Павлюченко // *Актуальные проблемы современной медицины: материалы междунар. науч. конф.*– Минск, 2006. – С. 347-349.

8. Мамчиц А.П. Особенности краснухи в современных условиях / А.П. Мамчиц // *Актуальные проблемы современной медицины: материалы междунар. науч. конф.*– Минск, 2006. – С.302-303.

УДК: 618.1-006.52-022.6-085:614.212

## **ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

**Н. А. Щербина, Д. И. Демиденко, А. Д. Демиденко, г. Харьков**

### **РЕЗЮМЕ**

У 46 женщин в возрасте от 16 до 32 лет при обследовании выявлен ВПЧ 16, 18, 31 и 33 типов при отсутствии каких-либо клинических проявлений, характерных для папилломавирусной инфекции. Всем пациенткам применен трехэтапный подход, направленный на удаление вируса из организма, включающий в себя информирование пациентки о характере течения и последствий инфекции, профилактической вакцинации против ВПЧ и воздействие на ВПЧ с помощью препарата Аллокин-альфа. Такой подход к ведению пациенток с ВПЧ-инфекцией имел высокую эффективность и составил 93,5 %, что позволяет рекомендовать его для практического применения в условиях женской консультации.

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11.16. Тир. 100 прим. Зам. 371-13.  
Підписано до друку 01.10.13. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у СПД ФО Бровін О.В.  
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30  
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру  
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

---

**СТИЛЬ**  <sup>TM</sup>  
**ИЗДАТ**   
ТИПОГРАФИЯ  
[www.stil-izdat.com](http://www.stil-izdat.com)