

**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.**

## СОДЕРЖАНИЕ

**О. Б. Алтухова**

Популяционно-генетический анализ молекулярно-генетических маркеров хемокинов среди больных с пролиферативными процессами матки.....6

**О. Н. Аралов, И.Ю. Плахотная**

Изменение содержания в крови нейроспецифического белка при различных сроках беременности .....12

**Д. О. Арман**

Генітальний кандидоз: огляд протигрибкових лікарських засобів.....17

**Д. О. Арман**

Клінічна оцінка порушень якості життя вагітних, хворих на цукровий діабет, поєднаний з кандидозом жіночих статевих органів...../.....28

**И. С. Бородай, И. Н. Щербина**

Современные принципы диагностики и лечения привычного невынашивания беременности...../.....31

**Гайворонская, О. П. Танько, О. А. Лященко, В. Ю. Паращук**

Пути нормализации эндокринно-метаболических нарушений при гиперпролактинемических состояниях.....36

**Д. А. Говсеев**

Оптимизация лечения женщин с эктопией шейки матки.....40

**О. Г. Градиль**

Состояние овариального резерва женщин с бесплодием.....46

**Н. Г. Грищенко**

Использование лютеинизирующего гормона при контролируемой стимуляции яичников у женщин, страдающих генитальным эндометриозом.....53

роздратованості внаслідок невдалого лікування попередніх епізодів кандидозу, фінансових збитків на придбання препаратів; 2 жінки повідомили, що внаслідок такого лікування були вимушені економити, оскільки зазнали значних для сімейного бюджету витрат.

**Висновки.** Підводячи підсумок нашому дослідженню, можна констатувати високий та дуже високий негативний вплив кандидозу жіночих статевих органів на якість життя вагітних, хворих на цукровий діабет. Також можна констатувати вираженість скарг у даної категорії пацієнток та відсутність надійних лікувальних схем, що дозволяли б оптимізувати лікування кандидозу жіночих статевих органів у вагітних, хворих на цукровий діабет та зробити його більш ефективним, менш тривалим та дешевшим.

**УДК 618.39-021.3-073.432.19-074-085**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**И. С. Бородай, И. Н. Щербина, г. Харьков**

### **РЕЗЮМЕ**

Проведен анализ течения беременности и родов у пациенток с привычным невынашиванием беременности, у которых при доплерометрическом исследовании были выявлены нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока. Сделан вывод об эффективности комплексной терапии с применением ЭКПТ в данной группе беременных.

*Ключевые слова:* привычное невынашивание беременности, плацентарная дисфункция.

Среди важнейших проблем практического акушерства, одно из первых мест занимает проблема привычного невынашивания беременности (ПНБ). Вопросам его этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики посвящено большое число исследований, однако, до настоящего времени эта проблема далека от разрешения. Частота этой патологии колеблется от 10 до 20-25% к числу беременностей и не имеет тенденции к снижению [2, 5].

Привычное невынашивание беременности приводит к снижению рождаемости и влияет на физическое и психическое здоровье женщин, их семейное благополучие, трудоспособность [2].

Однако, терапевтические мероприятия, проводимые в поздние сроки беременности и постнатально, нередко бывают малоэффективными, и у детей остаются те или иные патологические отклонения, которые бывают необратимыми. Поэтому в последние годы сфера научных интересов в перинатальной охране плода сместилась к ранним срокам беременности — к первому триместру [4, 6]. Именно в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей плода, экстраэмбриональных структур и провизорных органов, что в большинстве случаев определяет дальнейшее течение беременности [4, 5].

Благодаря многочисленным работам достаточно четко определены факторы риска развития и основные критерии нарушений состояния плода во II и III триместрах беременности [1, 3, 5]. Однако, несмотря на это, эффективность терапевтических мероприятий остается невысокой, так как лечение проводится на фоне уже клинически выраженного отклонения от нормального течения беременности [3, 6]. При этом крайне важно учитывать то, что нарушения могут начинаться с ранних сроков и проявляться уже в I триместре гестации [1, 7].

Своевременная оценка развития фетоплацентарной системы, начиная с самых ранних сроков гестации, способствует значительному снижению перинатальной заболеваемости и смертности [3, 6]. Применение высокотехнологичных методов исследования состояния эмбриона (плода), экстраэмбриональных структур позволяет оценить становление системы мать-плацента-плод, выявить особенности ее развития при различных причинах ПНБ, разработать индивидуальную тактику ведения беременности, обосновать необходимость проведения тех или иных профилактических мероприятий, а также оценить эффективность медикаментозной терапии.

**Целью исследования** явилось уменьшение репродуктивных потерь у женщин с ПНБ и разработка новых подходов к комплексному лечению данной патологии.

### **Материалы и методы исследования**

Выполнен комплекс исследований пренатального состояния плода в сочетании с оценкой состояния беременной с привычным невынашиванием беременности, что позволило выработать тактику ведения и лечения в каждом конкретном случае.

### **Результаты и их обсуждение**

Нами было обследовано 85 женщин с ПНБ, которые были распределены на 2 клинические группы, в зависимости от метода лечения.

I клиническая группа – 43 беременных женщин с угрозой прерывания беременности, имевшие в анамнезе ПНБ, которым проводилась стандартная терапия угрозы прерывания беременности. II клиническая группа – 42 беременных женщин с угрозой прерывания беременности, имевшие в анамнезе ПНБ, которым проводилась комплексная терапия с применением экстракта клеток плацентарной ткани (ЭКПТ).

У женщин, получавших комплексное лечение с применением ЭКПТ, улучшение самочувствия и снижение интенсивности боли внизу живота отмечалось уже в течение первой недели после проведенного лечения, а не через 2-3 недели, как в группе с традиционным лечением невынашивания беременности.

При наблюдении у 7 (16,3%) женщин I группы и 6 (14,3%) беременных II группы выявлено отставание КТР эмбриона от ожидаемых значений на 6-10 дней, снижение объемов плодного яйца и амниотической полости. При повторном ультразвуковом сканировании, выполненном через 2 недели, у беременных I группы в 18(41,9%) наблюдениях отмечался положительный прирост эмбриометрических показателей и их соответствие гестационному сроку, а во II группе он составил 28 (66,7%) наблюдений, что говорит о

большей эффективности комплексной терапии с применением ЭКПТ по сравнению с традиционным лечением.

К основным особенностям кровотока в системе мать-плацента-плод у женщин с ПНБ относятся снижение индексов сосудистого сопротивления в межворсинчатом пространстве (ИР- $0,36 \pm 0,03$ , ПИ- $0,49 \pm 0,06$ ), увеличение периферического сопротивления в маточных артериях (ПИ- $2,69 \pm 0,02$ ), повышение сосудистого сопротивления спиральных артерий (ПИ- $0,78 \pm 0,05$ ), артерии пуповины (ПИ- $3,53 \pm 0,16$ ), снижение скоростей кровотока в венозном протоке у плода. Улучшение гемодинамических показателей быстрее происходило у женщин II группы.

Уровень Т-супрессоров поднялся более активно в группе беременных, которым проводилась комплексная терапия с применением ЭКПТ – с  $21,7 \pm 1,3$  % до  $31,3 \pm 1,2$  %. Тогда как в первой группе данный показатель поднялся с  $22,1 \pm 0,6$  % до  $26,4 \pm 0,9$  % ( $p < 0,05$ ). Количество циркулирующих иммунных комплексов более значительно снизилось после применения ЭКПТ – с  $83,5 \pm 2,6$  до  $64,5 \pm 1,8$  условных единиц, чем после проведения традиционной терапии – с  $80,3 \pm 2,3$  до  $71,4 \pm 1,5$  условных единиц ( $p < 0,05$ ). Более выраженная стабилизация большинства показателей фагоцитарной активности нейтрофилов после применения ЭКПТ в комплексной терапии, чем после традиционной терапии угрожающего аборта свидетельствует о более активном иммунокорректирующем действии этого препарата в сравнении со стандартным лечением.

Лучшие исходы беременности среди женщин с угрозой прерывания были в группе пациенток, которым к основному лечению был добавлен ЭКПТ. В данной группе родами в срок закончились беременности у 38 (90,5%) женщин, тогда как в I группе беременных - у 29 (67,4%) женщин ( $p < 0,05$ ). Преждевременные роды отмечены у 4 (9,3%) женщин первой исследуемой группы, тогда как во второй группе – у 2 (4,8 %) женщин ( $p < 0,05$ ). Выкидышами закончились беременности у 10 (23,3%) женщин I группы, а во II – лишь у 2 (4,8 %) женщин ( $p < 0,05$ ).

## **Выводы.**

1. К основным особенностям кровотока в системе мать-плацента-плод у женщин с ПНБ относятся снижение индексов сосудистого сопротивления в межворсинчатом пространстве (ИР -  $0,36 \pm 0,03$ , ПИ -  $0,49 \pm 0,06$ ), увеличение периферического сопротивления в маточных артериях (ПИ -  $2,69 \pm 0,02$ ), повышение сосудистого сопротивления спиральных артерий (ПИ -  $0,78 \pm 0,05$ ), артерии пуповины (ПИ -  $3,53 \pm 0,16$ ), снижение скоростей кровотока в венозном протоке у плода.

2. Применение ЭКПТ в комплексном лечении ПНБ позволяет нормализовать эхографические показатели, доплерометрические параметры системы мать-плацента-плод, а также оказывает выраженное иммунокорректирующее действие, что способствует пролонгации беременности.

3. Применение ЭКПТ в комплексном лечении ПНБ оказывает выраженное иммунокорректирующее действие, что способствует пролонгации беременности, позволяет значительно снизить число осложнений беременности и улучшить исход родов.

## **Литература**

1. Агеева М. И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М. И. Агеева. – М. : Видар, 2000. – 112 с.
2. Игнатко И. В. Профилактика репродуктивных потерь и плацентарной недостаточности у беременных с ранними токсикозами / И. В. Игнатко, Г.Г. Гониянц // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2008. – № 7 (6). – С. 1–8.
3. Радзинский В. Е. Ранние сроки беременности / В. Е. Радзинский, А.А.Оразмурадова, А. П. Милованов. – М. : ООО “Медиабюро Статус презенс”, 2009. – 479 с.
4. Серов В. Н. Привычное невынашивание беременности: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении / В. Н. Серов, В. М. Сидельникова, Е. В. Жаров // В помощь практическому врачу. – 2008. – С. 28–41.
5. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему / В. М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 24–27.
6. Стрижаков А. Н. Потеря беременности / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко. – М. : ООО “МИА”, 2007. – 246 с.

7. Wheelrer D. Prenatal screening in the first trimester of pregnancy / D.Wheelrer, M. Sinosich // Prenat. diagn. – 2009. – № 18. – P. 537–543.

УДК:618.1:616.432-008.61:577.175.328]-085.27-085.357

## **ПУТИ НОРМАЛИЗАЦИИ ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

**С. И. Гайворонская, О. П. Танько, О. А. Лященко, В. Ю. Парашук,  
г. Харьков**

### **РЕЗЮМЕ**

**В работе предложена комплексная схема лечения гиперпролактинемического гипогонадизма функционального и смешанного генеза. В результате проведенных исследований доказана эффективность сочетания каберголина и кардоната для нормализации менструальной функции и улучшения объективного и субъективного статуса.**

**Ключевые слова:** гиперпролактинемический гипогонадизм, терапия, эндокринно-метаболические нарушения

Повышение уровня секреции пролактина является одной из патогенетических причин синдрома галактореи-аменореи. Клиническая картина гиперпролактинемического гипогонадизма не всегда проявляется только галактореей и аменореей, так как на фоне гиперпролактинемии возможно отсутствие галактореи вследствие нечувствительности рецепторов молочных желез к пролактину при наличии аменореи и наоборот –лакторея при наличии менструации.

Наряду с вышеописанными симптомами при гиперпролактинемии у этих больных диагностируют поликистоз яичников, дефицит массы тела, мастопатии, инволютивные изменения половых органов, снижение либидо, диспареунию.

Современные исследования показывают, что гиперпролактинемия наблюдается у 15-30% женщин со вторичной аменореей и почти у 70% больных, страдающих бесплодием. По данным литературы 50% случаев гиперпролактинемии обусловлены микро- и макропролактиномами, 50% -

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  
Свідectво про внесення суб'єкта до Державного реєстру  
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

---



СТИЛЬ-ИЗДАТ  
ТИПОГРАФИЯ  
www.stil-izdat.com