

**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 беременности12

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

физиологической норме, но и способствовал восстановлению нормального менструального цикла.

Эффективная формула аминокислот и коферментов в составе кардоната позволяет создать оптимальную метаболическую поддержку функции репродуктивных органов. На фоне проводимой терапии пациентки отмечали улучшение самочувствия, настроения, работоспособности. При этом у 78% женщин возобновилось нормальное течение менструаций и овуляция, у 32,3% пациенток исчезли проявления галактореи. Отмечена положительная динамика в нормализации массо-ростового показателя.

Выводы. Клиническая манифестация гиперпролактинемических состояний весьма разнообразна и требует своевременной коррекции. Введение в схему лечения каберголином препарата кардонат положительно влияет на функциональное состояние гипофиза, улучшая показатели гормонального профиля, а также осуществляет «метаболическую поддержку» клетки, стимулируя различные виды обмена.

Литература

1. Дедов И.И., Дедов В.И. Биоритмы гормонов. – М.: Медицина, 1999. – 253 с.
2. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. – М.: «Медпрес-информ», 2006. – 415 с.
3. Основы репродуктивной медицины. Практическое руководство/ Под ред. В.К.Чайки. – Донецк, 2001. – 608 с.
4. Yen S.S.C., Gaffe K.B. Reproductive Endocrinology: Physiology, pathophysiology and clinical management. – New York, 1983. – 700 p.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Д. А. Говсеев, г.Харьков

РЕЗЮМЕ

На основании обследования 90 женщин с эктопией шейки матки, получавших различные методы лечения, доказана целесообразность дополнительного использования в комплексном лечении озонотерапии, которая позволяет уменьшить сроки наступления полной эпителизации и минимизировать побочные действия.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, лечение, озонотерапия.

В настоящее время в современной гинекологии проблема патологии шейки матки не утратила своей важности и, несмотря на многочисленные успехи в диагностике и лечении, доброкачественные заболевания шейки матки продолжают составлять значительный удельный вес в структуре общей гинекологической заболеваемости [1]

В современной гинекологии применяются в основном деструктивные методы лечения: криодеструкция, лазеровапоризация, электродеструкция, которые направлены на удаление патологического очага, без воздействия на этиологический фактор заболевания [2, 3]. Следует отметить, что все перечисленные методы позволяют сохранить трудоспособность пациентки и их можно использовать амбулаторно. Тем не менее, существующие методы сопровождаются значительным числом осложнений, травматичны и вызывают нарушение анатомо-функциональной целостности шейки матки. Поэтому некоторые исследователи относят пациенток после диатермохирургического лечения в группу высокого риска по родовому травматизму. У 15-20% пациенток диагностируется дискоординированная родовая деятельность, у 30% пациенток процедура осложняется кровотечением, у 40% — стриктурой и стенозом цервикального канала. Крайне неприятным осложнением криодеструкции является гидрорея, которая продолжается в течение 3-4 недель и сопровождается потерей калия из организма женщины. Заживление операционной раны после лечения патологических состояний шейки матки перечисленными методами в среднем составляет от 30 до 60 суток. Нередко после проведенной терапии тем или иным методом возникают рецидивы заболеваний шейки матки. Так, по литературным данным, частота рецидивов после лазеровапоризации достигает 33,3%, криодеструкции — до 77%, диатермолечения — 66% [3, 4, 5].

Таким образом вопросы адекватной тактики, в том числе выбор оперативных пособий, дискуссионны, а средства консервативной местной терапии не всегда эффективны.

Исходя из выше изложенного, целью нашей работы явилось изучение использования в комплексе лечения эктопий шейки матки радиоволновой терапии и медицинского озона.

Материалы и методы исследования

Обследовано 90 женщин с ЭШМ, в возрасте от 18 до 37 лет, которые были разделены на две клинические группы в зависимости от получаемой терапии: I группу составили 45 женщин с ЭШМ, у которых использовалось только радиоволновое воздействие; во II группу вошли 45 пациенток, получавших радиоволновое лечение в комплексе с озонотерапией. Обе группы были репрезентативными выборками.

Результаты и их обсуждение

После радиочастотного воздействия на шейке матки образуется тонкая фибриновая пленка, которая при отторжении, может сопровождаться кровянистыми выделениями. В первые 7 суток после радиоволновой деструкции кровянистые выделения зафиксированы у 6,7 % женщин I группы, тогда как у пациенток II группы осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. В целом у пациенток I и II гр. отмечается небольшой процент ранних осложнений, что позволяет нам предполагать о том, что радиохирургический метод является более щадящим для шейки матки, отсутствие болевого синдрома во время операции, практически бескровное операционное поле.

Было проведено кольпоскопическое и цитологическое обследование, в динамике в послеоперационном периоде у больных I и II клинических групп.

Сразу после радиочастотного воздействия определялось гладкое дно очага дезэпителизации серого цвета с перламутровым оттенком, с четкими, ровными контурами, кровотечения во время операции не наблюдалось. Зона гиперемии вокруг зоны конизации была около 0,7–0,8 см. Раневой экссудат

был - сукровичный, скудный. В цитограмме на 1 сутки определялось большое количество мало измененных эритроцитов (++++), Флора - палочковая, скудная.

На 2 сутки после операции в области воздействия при кольпоскопии визуализировалась тоненькая фибриновая пленка розоватого цвета. Раневой экссудат был скудный, серозного характера. Для цитограммы на 2 сутки характерным было наличие клеток многослойного плоского эпителия (в поверхностных и промежуточных). Измененные эритроциты регистрировались в небольшом количестве (++) , увеличилось количество лейкоцитов (+++), которые были представлены нейтрофилами и лимфоцитами. Микрофлора палочковая, скудная.

На 4 сутки жалобы на серозные выделения из половых путей, предъявили только 3 пациентки. Кольпоскопия свидетельствовала об отторжение фибриновой пленки в некоторых местах. Раневой экссудат был серозного характера, умеренный. При цитологическом исследовании определялось большое количество лейкоцитов, представленных в основном нейтрофилами и лимфоцитами, отмечались единичные измененные эритроциты (+). Микрофлора палочковая, скудная.

С 5-х суток у женщин II клинической группы начата местная озонотерапия с целью улучшения репаративных свойств слизистой шейки матки, также для ускорения сроков эпителизации. На 5-6 сутки отторжение пленки выявлено у 9 (20,0 %) пациенток I гр. и 16 (35,6 %) - II гр.

На 7-8 сутки при кольпоскопии дно раны было очищено полностью. Края раны сглажены, ровные. При этом отмечалась неполная эпителизация, с напознанием многослойного плоского эпителия с периферии. Раневой экссудат серозно-слизистый, обильный. В цитограмме определялись в умеренном количестве лейкоциты, нейтрофилы в небольшом количестве. Клетки многослойного плоского эпителия были единичные. Микрофлора смешанная, в умеренном количестве. На 7-8 сутки отторжение фибриновой пленки было отмечено у 27 (60,0 %) женщин I группы и у - 26 (57,8 %) II гр.

На 9-12 сутки: при кольпоскопическом исследовании на шейке матки определяется увеличение зоны эпителизации. Раневой экссудат слизистый, скудный. В цитограмме определяется небольшое количество полиморфных лейкоцитов (++), появляются фагоцитарные клетки (+), определяются пласты разрозненно лежащих клеток многослойного плоского эпителия. Флора палочковая, умеренная.

На 9- 10 сутки пленка отторгалась у 6 (13,3 %) пациенток I гр. и у 3 (6,7 %) - II гр. Отторжение фибриновой пленки на 11-12 сутки отмечалось только у пациенток I клинической группы (6,7 %).

Таким образом у большинства больных обеих групп отторжение фибриновой пленки происходило на 7-8 сутки. Однако у пациенток, дополнительно пролеченных озонотерапией, отторжения пленки более чем у трети (35,6 %) происходило на 5-6 сутки, что достоверно чаще, чем в другой группе (20,0 %; $p < 0,05$). У больных этой же группы, отторжение фибриновой пленки не регистрировалось позднее 9-10 дня от начала терапии. В отличие от них у 22,2 % больных I гр. отторжение пленки происходило после 9 суток от момента лечения, причем у 6,7 % этот процесс отодвигался на 11-12 сутки.

После проведенного лечения ЭШМ очень важны сроки дальнейшей эпителизации шейки матки.

Проведенный анализ выявил, что на 18-20 сутки полная эпителизация шейки матки наступила у 5 (11,1 %) женщин I гр. и у 9 (20,0 %) – II группы. При кольпоскопическом исследовании определялись участки многослойного плоского эпителия, который равномерно распределялся по всей поверхности эктоцервикса. Раневой экссудат слизистый, скудный. В цитограмме – небольшое количество лейкоцитов (+), единичные фагоцитарные клетки (++), мало гистиоцитов (+), определялись разрозненные клетки многослойного плоского эпителия, в основном поверхностные и промежуточные. Флора палочковая, обильная. На 21-25 сутки полная эпителизация была отмечена у

21 (46,7 %) пациенток I гр. и почти в 2 раза чаще у женщин II гр. (71,1 %; $p<0,01$).

У абсолютного большинства пациенток II гр. (91,1 %) спустя 4 недели эпителизация шейки матки была полностью завершена. Что касается пациенток, получавших только радиоволновое лечение без озонотерапии, то полная эпителизация у них наступала при более длительном сроке наблюдения. Через 4 недели наблюдений заживление эктопии шейки матки у них регистрировался значительно реже, только у 64,4 % ($p<0,01$).

После предложенной комплексной терапии в отделяемом шейки матки обнаруживался эпителий (2-6 экземпляров в поле зрения), лейкоциты — 2-4 экземпляра в поле зрения, из микрофлоры отмечены немногочисленные Г «+», Г «-» палочки и кокки. В отделяемом из заднего свода: эпителий — 6-8 экземпляров в поле зрения, лейкоциты — 4-8 экземпляров в поле зрения, микрофлора в виде Г «+» и Г «-» палочек и кокков в 6 (13,3%) случаях.

Жалоб больные в этот период не предъявляли.

Через 6 месяцев после лечения в жалобы на бели предъявляли 10 (22,2 %) женщин I гр. и у 5 (11,1 %) II гр. ($p<0,01$). Боли при половом акте отмечались в единичных случаях в обеих группах. У всех пациенток II гр. менструальная функция была не нарушена, причем менструальный цикл у них не изменился, у 4 наступила беременность. После радиоволнового хирургического лечения без применения медицинского озона регистрировались нарушения менструального цикла: у трети по типу метроррагий (31,1 %) и почти у каждой 2 месячные сопровождались болезненными ощущениями (13,3 %). Беременность наступила только у 1 женщины.

Выводы

1. Применение медицинского озона в комплексном лечении эктопии шейки матки способствует более раннему восстановлению её слизистой.

2. При применении озонотерапии отторжение фибриновой пенки и полная эпителизация наступает значительно быстрее, чем при других методах воздействия.

3. Динамическое наблюдение в течении 6 месяцев за женщинами, получавшими в комплексном лечении озонотерапию, свидетельствует о её минимальных побочных действиях.

Литература.

1. Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современной гинекологии и пути ее решения//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. -Т. 6, № 6. -С. 70-75.
2. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю. Современные подходы к диагностике и лечению эктопии шейки матки//Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2004. - № 6. - С. 65-70.
3. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. и др. Гинекология: национальное руководство. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С.737-748.
4. Куперт А.Ф. Эктопии шейки матки в онтогенезе. - Иркутск, 2007. - 94 с.
5. Прилепская В.Н. и др. Эктопии и эрозии шейки матки.- М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 176 с.

УДК 618.177:618.111-07

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

О. Г. Градиль, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

Проведен анализ данных литературы по современным аспектам развития вспомогательных репродуктивных технологий. Изучено функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и половых гормонов в сыворотке крови. Проведено изучение морфогенеза овариальной дисфункции. Полученные данные позволили выделить характеристики нормального, сниженного и крайне низкого овариального резерва, а также изучить корреляцию между овариальным резервом и недостаточным ответом яичников.

Ключевые слова: овариальный резерв, бесплодие, овариальная дисфункция.

Женское бесплодие является актуальной проблемой современной медицины, а восстановление репродуктивной функции основной задачей врачей в клинической практике. С возрастом происходит физиологическое

Формат 60х84/16. 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