

**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

6. Новикова Е.Г., Пронин С.М. Абляция в лечении предрака и начального рака эндометрия: мед. технология // МНИОИ им. П.А. Герцена-2005- С.- 11 - 14.
7. Раскуратов Ю.В. Гиперпластические процессы и предраковые состояния эндометрия // Методические рекомендации.- Тверь.- 2000.-С.- 3-24.
8. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гистероскопия // М: ГЭОТАР МЕД - 2001-С.-156.
9. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Пшеничникова Т.Я. Гинекологическая эндокринология // М: Медицина- 2008-С.- 178.
10. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія //Ліки та життя.- 2005-№1-.С. 100-101.
11. Харитоновна Т.В. Рак тела матки // Онкогинекология. -2000.- 2( 2).- С.44-48.
12. Cavalieri E., Frenkel K., Liehr J.G. et al. Cancer of Endometrium // J Natl Cancer Inst Monogr .-2000- 27.-P.-75-93.
13. Dabbs D.J. Diagnostic immunohistochemistry/ London:Churchill Livingstone.- 2006.-P.-828.
14. Doherty J.A., Weiss N.S., Freeman R.J. et al. Cancer of Endometrium: pathogenesis, morphologies, epidemiologies //Cancer Epidemiol Biomarkers Prev-2005( 14)- P.- 357-366.
15. Gisella Dallenbach-Hellweg Dietmar Schmidt-Friallenbach .Atlas of Endometrial Histopathology.-2009.-P.-245.
16. Mutter G.L. Histopathology of Genetically Defined Endometrial Precancers // Int. J. Gynecol. Pathol. – Vol.19. – №4. – 2000. – P.302–308.
17. Modugno F., Weissfeld J.L. Laboratory diagnostics of cancer of endometrium //Clin Cancer Res.- 2001.- 7.-P.- 3092-3096.
18. Marsden D.E., Hacker N.F. Histeroscopy in practice of gynecologist //Best Practice&Research Clin Obstet Gyn.- 2001.- 15( 3).-P.-393-405.
19. Wren B. G.. - Progestogens, progesterone: their clinical application and problems / Menopause at the Millenium, –2000. – P.298–302.

УДК 618.14-089.87-092-073.432.19-074-085

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ З УРАХУВАННЯМ ДЕЯКИХ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЗМІН**

**І. М. Щербина, О. І. Скорбач, м. Харків**

### **РЕЗЮМЕ**

У статті представлені дані вивчення кровотоку в яєчникових артеріях та вмісту ендотеліну-1в 90 жінок, які перенесли оперативне втручання – гістеректомію

(ГЕ) зі збереженням обох яєчників з метою пошуку оптимальних підходів до терапії. У ході дослідження виявлено, що в жінок після ГЕ відбувається уповільнення кровотоку в яєчникових артеріях, що свідчить про високу судинну резистентність, яка призводить до порушення кровообігу в органах малого таза й розвитку ендотеліальної дисфункції. Розроблений нами комплексний метод лікування хворих на постгістеректомічний синдром (ПГС) дозволив домогтися відновлення гемодинамічних порушень та усунення ендотеліальної дисфункції.

**Ключові слова:** гістеректомія, гемодинамічні порушення, ендотеліальна дисфункція.

Досить частою гінекологічною операцією в більшості країн світу є ГЕ з видаленням або збереженням придатків [1, 2, 6]. У популяції жінок репродуктивного віку відсоток осіб, яким з тих або інших причин проводилася ГЕ, за останні 30 років збільшився втричі та коливається від 25 до 28%, а кількість постгістеректомічних патологічних проявів склала 40-60% [2, 5].

Встановлено, що в певній частині жінок після видалення матки з'являються ті або інші клінічні прояви, що нагадують менопаузальні. Цей феномен учені пояснюють різними причинами: зміною функціонального стану яєчників, видаленням важливої ланки репродуктивної системи та органу-мішені для статевих стероїдів – матки, зміною анатомо-функціональних взаємовідносин органів малого таза й архітекtonіки вагінального склепіння [3].

Формуванням гіпоестрогенії при ПГС вважають порушення мікроциркуляції яєчників і розвиток гострої ішемії в результаті виключення з кровопостачання яєчників гілок маткових артерій. Після операції змінюється архітекtonіка внутрішньоорганних судин яєчників, страждає інтраоваріальний кровотік, наростають венозний застій і лімфостаз, які більше виражені в стромі, переважають ановуляторні цикли. Ішемізація яєчників прискорює дегенеративні й атрофічні процеси та призводить до згасання овуляторної та гормонотворючої функції. Особливе значення в розвитку мікроциркуляторних розладів приділяється ендотелію судин [4].

Ураховуючи вищезазначене, вивчення патогенетичних особливостей перебігу ПГС та розробка нових підходів до корекції цих ускладнень залишається актуальною в сучасній гінекології.

Тому метою даного дослідження була розробка нових шляхів оптимізації ведення хворих з постгістеректомічними порушеннями на основі визначення особливостей гемодинаміки органів малого таза та маркерів ендотеліальної дисфункції.

### **Матеріали та методи дослідження**

До дослідження було залучено 90 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників. Усі жінки були розподілені на дві групи, залежно від призначеного лікування після операції. Основну групу склали 45 жінок після ГЕ, яким проводилося комплексне лікування. Групу порівняння склали 45 жінок після ГЕ, яким проводили традиційне загальноприйняте лікування. Вік обстежених жінок коливався від 40-51 років. Середній вік пацієнток основної групи склав  $43,6 \pm 0,52$  років, у групі порівняння –  $43,73 \pm 0,43$  років.

Визначення особливостей ходу постгістеректомічного синдрому проводили шляхом клінічного обстеження з оцінкою психоемоційного та вегетативного статусу.

Ультразвукове дослідження проводили за загальноприйнятою методикою на апараті «MedissonSonoAce 8000 SE» виробництва Корея конвексним трансабдомінальним датчиком із частотою 3-7 МГц, вагінальним датчиком з частотою 4-9 МГц з функцією кольорового доплерівського картування. Було проведено вивчення кровотоку в яєчникових артеріях доплерометричним методом, оцінювали систолічну та діастолічну швидкість кровотоку, пульсаційний індекс (ПІ), індекс резистентності (ІР) та систоло-діастолічне співвідношення (СДС).

Для виявлення ендотеліальної дисфункції проводили визначення вмісту ендотеліну-1 в плазмі крові імуноферментним аналізом з використанням

набору реактивів Endothelin-1 ELISA System виробництва фірми «AmershamPharmaciaBiotech» (Великобританія).

Діагностичні заходи виконувалися до лікування та через 1 та 6 місяців після лікування.

Проведена статистична обробка отриманих даних на персональному комп'ютері методами варіаційної статистики й рангової кореляції з використанням стандартного пакета прикладних програм Excel'2003 для Windows'7'Professional. Достовірність відмінностей параметричних показників оцінювалася за допомогою t-критерію Стьюдента й Фішера.

### **Результати та їх обговорення**

У результаті проведених досліджень у жінок після ГЕ вегето-судинні порушення виявлялися у вигляді приливів (52,2%), кардіалгії та тахікардії (30%), підвищена пітливість (17,7%), головний біль (41,1%). Серед психоемоційних порушень у жінок після ГЕ домінували слабкість (61,1%), підвищена стомлюваність (41,1%), погіршення сну (21,1%), емоційна лабільність (14,4%), дратівливість (10%), плаксивість (14,4%), депресія (30%). Обмінно-ендокринні порушення, зокрема м'язово-суглобові болі, зустрічалися в 12,2%, ожиріння – 21,1%, спрага – 14,4% випадків.

Проведення аналізу доплерограм яєчникових артерій показало, що у жінок після ГЕ відмічено уповільнення систолічної та діастолічної швидкості кровотоку. Так, систолічна швидкість кровотоку дорівнювала в правій яєчниковій артерії  $0,19 \pm 0,02$  м/с, у лівій –  $0,16 \pm 0,01$  м/с, а діастолічна швидкість кровотоку в правій яєчниковій артерії склала  $0,32 \pm 0,01$  м/с, у лівій –  $0,24 \pm 0,02$  м/с. СДВ у жінок після ГЕ в правій яєчниковій артерії –  $0,59 \pm 0,01$ , у лівій –  $0,66 \pm 0,01$ .

ПІ у жінок після ГЕ значно знижувався (у правій яєчниковій артерії –  $0,86 \pm 0,02$ , у лівій –  $0,83 \pm 0,02$ ), а ІР був високим та становив у правій яєчниковій артерії –  $0,66 \pm 0,02$  та в лівій –  $0,69 \pm 0,01$ .

Особливе значення в розвитку мікроциркуляторних розладів приділяється ендотелію судин. Концентрація ендотеліну-1 у жінок після ГЕ підвищувалась майже в 2 рази та дорівнювала  $11,36 \pm 1,14$  нг/л.

Система терапевтичних заходів включала замісну гормональну терапію (ЗГТ) (1 мг  $17\beta$ -естрадіолу + 10 мг дидрогестерону) у неприривному режимі протягом 3-х місяців. Комплексна терапія, окрім традиційного лікування (ЗГТ), включала використання імуномодельючої терапії - препарат, який містить кислий пептидоглікан (внутрішньом'язово по 100-200 ОД – 3-6 ін'єкцій). Для корекції судинних порушень та факторів ендотеліальної дисфункції призначали вазодилататор – амінокислоту, яка містить аргінін гідрохлорид (в/в крапельно по 100 мл 1 раз на день курсом 10 днів). Для корекції психоемоційної сфери – психопрофілактика та призначення седативних засобів (призначали екстракт валеріани густої по 0,02 г 2 рази на день, настоянку із трави собачої кропиви по 30 крапель 3 рази на день).

Позитивний клінічний ефект у пацієнок основної групи з нейровегетативними та психоемоційними порушеннями на тлі традиційного та комбінованого лікування спостерігався вже через 3-4 тижні від початку лікування.

Уже через 1 місяць у 32 (71,1%) пацієнтки після традиційного та в 41 (91,1%) пацієнтки після комбінованого лікування помітно зменшилися приливи жару, пітливість, стабілізувався артеріальний тиск, покращився настрій, підвищилася працездатність. Практично зникли такі клімактеричні прояви, як: підвищена дратівливість, плаксивість, депресія, тривожність.

Через шість місяців після операції в жінок на тлі традиційного лікування спостерігалися відновлення основних скарг, зокрема з'явилися приливи жару, слабкість, головний біль, пітливість, збільшився артеріальний тиск, підвищилася стомлюваність, з'явилася кардіалгія та тахікардія. Рецидиви спостерігалися в 14 (31,1%) жінок групи порівняння. У жінок основної групи

на тлі комбінованого лікування спостерігався стійкий клінічний ефект і рецидивів не було.

Допплерометричні зміни в яєчникових артеріях на тлі традиційного лікування відзначалися в 33 (73,3 %) пацієток. Концентрація ET-1 у жінок після традиційного лікування практично не змінилася та залишалась  $11,16 \pm 0,94$  нг/л. Це вказує на те, що традиційне лікування недостатньо ефективно щодо корекції гемореологічних розладів та ендотеліальної дисфункції.

У жінок основної групи на тлі комбінованого лікування патологічні ехографічні та доплерометричні ознаки в яєчникових артеріях були виявлені при виписуванні зі стаціонару в 3 (6,6%) випадках. При визначенні ET-1 вміст його достовірно знижувався та відповідав показнику здорових жінок -  $5,14 \pm 1,18$  нг/л ( $p < 0,05$ ). Дані, які ми отримали, свідчать про те, що під впливом комплексної терапії у хворих із ПГС відбувалася нормалізація судинного опору в судинах малого таза, відновлення гемодинаміки та функції ендотелію.

### **Висновки.**

1. У хворих на постгістеректомічний синдром відбувається уповільнення кровотоку в яєчникових артеріях, що свідчить про високу судинну резистентність, яка призводить до порушення кровообігу в органах малого таза й розвитку ендотеліальної дисфункції та збільшення показників ендотеліну-1.

2. Розроблений комплексний метод лікування хворих на постгістеректомічний синдром призводить до покращення гемодинамічних параметрів та усунення ендотеліальної дисфункції.

### **Література**

1. Акушерство и гинекология: В 2 кн. – Кн.1: Гинекология: учебник / Кол. авторов; под. ред. В.И. Грищенко, Н.А. Щербины – К.: ВСИ «Медицина», 2012. – 416 с.

2. Запорожан В. М. Оперативна гінекологія : практ. порадник / В. М. Запорожан. – Одесса : ОДМУ, 2007. – 448 с.

3. Кахиани Е. И. Гистерэктомия как фактор расстройств системного кровообращения в послеоперационном периоде / Е. И. Кахиани, В. Н. Цыган, Д. И. Святков // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – № 1. – С. 61–65.

4. Лемешко А. А. Анатомо-функциональное состояние яичников после гистерэктомии / А. А. Лемешко, А. В. Ариничева // Фундаментальные исследования. – 2005. – № 5. – С. 68–69.

5. Хирургическая менопауза : пособие для врачей / под ред. В. И. Кулакова, В. П. Сметник, С. В. Юренева [и др.]. – М., 2003. – 40 с.

6. Baskett T. F. Hysterectomy : evolution and trends / T. F. Baskett // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2005. – Vol. 19, N 3. – P. 295–305.

УДК: 618.333-08-039.76-036-092

## **АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

**О. В. Юркова, А. Н. Тищенко, г. Харьков**

### **РЕЗЮМЕ**

**Персистирующие в эндометрии вирусы и бактерии способны оказать прямое эмбриотоксическое действие следствием которого является нарушение трофики плодного яйца и его гибель. Были обследованы 64 женщины, из которых, 34 - с диагнозом неразвивающаяся беременность и 30 пациенток соматически и гинекологически здоровых, обратившихся в клинику для искусственного прерывания беременности. Высокая частота микствирусно - бактериальных ассоциаций эндометрия при НБ, свидетельствуют о необходимости включения в скрининговое обследование ПЦР – диагностики соскобов.**

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, тактика, ПЦР-диагностика соскобов.

В структуре невынашивания, особенно ранних ее потерь, одно из главных мест занимает неразвивающаяся беременность (НБ), частота которой остается стабильно высокой (2). Разнообразные нарушения в функционировании определенных систем организма женщины, ответственных за репродуктивное здоровье и обеспечение нормального развития оплодотворенной яйцеклетки, реализуют своё действие на локальном уровне – в эндометрии, изменения в последнем могут сохраняться длительное время, после перенесенной НБ. Частота морфологически

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)