



**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ-
ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

ВИПУСК 2 (36) 2015

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ – ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

Науковий, медичний збірник
Виходить 2 рази на рік
Збірник засновано у березні 1998 р.

Випуск 2 (36) 2015

Київ
ТОВ “Видавництво “ЮСТОН”
2015

Засновники:
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені
П.Л.ШУПИКА
(НМАПО ім.П.Л.ШУПИКА)
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
(ГО «ААГУ»)

- Головний редактор** – Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «ААГУ», Віце-президент НАМН України, ректор Одеського національного медичного університету.
- Відповідальний науковий редактор** – Камінський В.В., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст із акушерства та гінекології МОЗ України, Голова виконавчого комітету ГО «ААГУ», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика.
- Виконавчий редактор** – Борис О.М., д.мед.н., професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика.
- Відповідальний секретар** – Коломійченко Т.В., к.техн.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО ім.П.Л.Шупика.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

- Геряк С.М.** – д.мед.н., завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Тернопільського державного медичного університету ім.Горбачевського;
- Голяновський О.В.** – д.мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л.Шупика;
- Горовенко Н.Г.** – чл.-кор., д.мед. н., професор, завідувач кафедри медичної та лабораторної генетики НМАПО ім. П.Л.Шупика;
- Дубініна В.Г.** – д.мед.н., професор, проректор Одеського національного медичного університету з лікувальної роботи та післядипломної освіти, завідувач кафедри онкології;
- Дубоссарська З.М.** – д.мед.н., професор, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;
- Жук С.І.** – д.мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л.Шупика
- Нагорний О.Є.** – д.мед.н., старший науковий співробітник відділу сексопатології та андрології Інституту урології НАМН України;
- Носенко О.М.** – д.мед.н., професор, заступник директора з наукової роботи НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького;
- Рожковська Н.М.** – д.мед.н., професор, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету;
- Шатилевич К.Л.** – д.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

РЕКОМЕНДОВАНО: Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол № 7 від 09.09.15

За рішенням Атестаційної колегії МОН України № 1021 від 7.10.2015 «Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України» включено до переліку наукових фахових видань України в галузі медичних наук, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт

© Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 2015
© Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України», 2015

КОРЕКЦІЯ БІОТОПУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ	
<i>ДРОНОВА В.Л., ЩЕРБА О.А., БУ ВЕЙВЕЙ</i>	68
СТАН ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ, ЯКА НАСТАЛА В ЦИКЛАХ ЗАПЛІДНЕННЯ <i>IN VITRO</i>	
<i>ДУБІНІНА В.Г., ГОЛОВАТЮК К.П.</i>	72
ДОПЛЕРІВСЬКЕ КАРТУВАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	
<i>ДУБІНІНА В.Г., ВІЗІР К.М.</i>	76
РІВЕНЬ АНЕУПЛОЇДІЙ ЯДЕР СПЕРМІТОЗОЇДІВ ЧОЛОВІКІВ ПОДРУЖНИХ ПАР З ПОЄДНАННЯМ ЧОЛОВІЧОГО ТА ЖІНОЧОГО ФАКТОРІВ БЕЗПЛІДДЯ	
<i>ДУБІНІНА В.Г., ПАЦКОВА А.І., ПАЛІЙ Г.Б.</i>	80
ОПЫТ ТЕРАПИИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ	
<i>ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.А., НАГОРНЮК В.Т.</i>	83
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА ВАГІТНОЇ	
<i>ДУКА Ю.М.</i>	87
ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАННЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ	
<i>ЄГОРОВ О.О.</i>	92
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОФІЛАКТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ	
<i>ЖАБЧЕНКО І.А., ЛИЩЕНКО І.С., КОВАЛЕНКО Т.М.</i>	94
ФИТОТЕРАПИЯ В КЛИМАКТЕРИИ; РЕАЛИИ И ПРАКТИКА	
<i>ЗАБОЛОТНОВ В.А., РЫБАЛКА А.М., ШАТИЛА В.И., АНИКИН С.С.</i>	101
ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ (ЛЕКЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ)	
<i>ЗАПОРОЖАН В.М., НОСЕНКО О.М.</i>	104
ВАГІТНІСТЬ ТА ЇЇ РЕЗУЛЬТАТ У БАГАТОНАРОДЖУЮЧИХ ЖІНОК	
<i>ІВАНЮТА С.О., КУРОЧКА В.В., НЕЙМАРК О.С., КОВАЛЬЧУК Х.В.</i>	108
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУППОЗИТОРИЕВ ПРОТЕФЛАЗИД® У ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	
<i>КАМИНСКИЙ В.В., ШАЛЬКО М.Н., ГРИНЕВИЧ А.И., ШЕПЕТЬКО М.В.</i>	111
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	
<i>КАМІНСЬКИЙ В.В., ШВЕЦЬ О.В., ГЕРВАЗЮК О.І.</i>	117
АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВАГІТНИХ	
<i>КОВАЛЬ С.Д.</i>	122
АНАЛІЗ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЇ У ЖІНОК З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ	
<i>КОРНІЄЦЬ Н.Г., КРАВЦОВА Ю.А.</i>	125
СТАН ПРОБЛЕМИ САМОТНИХ ВАГІТНИХ	
<i>КОРОЛЮК Н.П., МАЙДАННИК І.В.</i>	
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ПОРОДІЛЬ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ, ВАГІНИ, ПРОМЕЖИНИ	
<i>КРАВЧЕНКО О.В.</i>	133

Ключевые слова: сочетанное мужское и женское бесплодие, спермограмма, сперматозоид, FISH-анализ, анеуплоидия.

SUMMARY

THE LEVEL OF ANEUPLOIDIES OF THE SPERMATOZOA NUCLEI IN MEN FROM COUPLES WITH A COMBINATION OF MALE AND FEMALE INFERTILITY

DUBININA V.G., PATSKOVA A.I., PALY G.B.

The article presents data from a study of the nuclei of sperm aneuploidies levels in 120 men from couples with a combination of male and fe-

male infertility treated in ART cycles by ICSI, and 10 apparently healthy fertile men in the control group. The authors conclude that patients with severe forms of infertility treatment methods requiring ART, requires greater vigilance genetic, since the average level of aneuploidies have 16.17 times higher in than in men with normozoospermia. Among the aneuploidies in patients with infertility is most common: the presence of two chromosomes 18 (76.29%), a doubling of the X chromosome (16.49%), the absence of one of the sex chromosomes (7.22%).

Keywords: combined male and female infertility, semen, sperm, FISH-analysis, aneuploidy.

Поступила 23.06.2015.

УДК 618.14.36+618.145]-07-059

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.А., НАГОРНИЮК В.Т.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО,
г. Днепропетровск

ОПЫТ ТЕРАПИИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

В настоящем исследовании показана целесообразность применения препарата индол-3-карбинол у 43 больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез, перенесших гистерэктомию по поводу симптомной лейомиомы матки. Через 6 месяцев применения препарата отмечена положительная субъективная динамика в виде исчезновения и уменьшения характера масталгии у 93 % пациенток, а также положительная объективная динамика по данным ультразвукового обследования молочных желез у 88,3 % женщин.

Ключевые слова: дисгормональные заболевания молочных желез, лейомиома матки, гистерэктомия, индол-3-карбинол.

В последние годы в мире отмечена тенденция к росту частоты дисгормональных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ). Принимая во внимание разнообразие факторов, приводящих к развитию мастопатии, до настоящего времени отсутствует единое мнение в выборе рациональной терапии заболевания [1]. В том числе отсутствуют единые стандарты лечения сочетанной патологии молочных желез и лейомиомы матки, которая, по данным различных авторов, имеет место в 75-83 % наблюдений [2,3]. Результаты исследований последних лет позволяют рассматривать в совокупности патогенез мастопатии и пролиферативных заболеваний матки. К факторам риска и общим звеньям патогенеза данных патологических процессов относятся повышенная пролифератив-

ная активность клеток, экспрессия факторов роста, снижение апоптоза, активизация процесса неангиогенеза [4].

Мы хотим поделиться опытом лечебной тактики при сочетанной патологии молочных желез и матки, включающей использование препарата индол-3-карбинол, клинические эффекты которого реализуются посредством следующих механизмов действия:

- нормализации метаболизма эстрогенов путем индукции активного цитохрома CYP1A1, ответственного за преимущественное образование 2-гидроксиэстрогена;
- торможения патологической клеточной пролиферации посредством блокады внутриклеточных путей передачи сигнала

лов, поступающих от ростовых факторов (EGF, IGF) и цитокинов (фактор некроза опухоли – α -интерлейкин 1);

- стимуляции апоптоза в опухолевых клетках за счет выработки проапоптотического белка.

Исследования различных авторов [5,6] показали, что индол-3-карбинол обладает высокой противоопухолевой активностью, в том числе в клетках молочной железы. Однако в литературе малочисленны данные о целесообразности использования индол-3-карбинола у пациенток с ДЗМЖ после хирургического лечения лейомиомы матки в объеме гистерэктомии, что послужило поводом для проведения нашего исследования.

Целью исследования явилось изучение эффективности использования препарата индол-3-карбинол для комплексного лечения диффузной фиброзно-кистозной мастопатии у пациенток, подвергшихся оперативному лечению по поводу лейомиомы матки.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 43 пациентки в возрасте 41-52 года, перенесшие оперативное лечение в объеме лапароскопической (23) или лапаротомической (20) гистерэктомии с сохранением придатков матки (29) или после двухсторонней сальпингоооариэктомии (14) по поводу симптомной лейомиомы матки.

У всех пациенток через $2,6 \pm 1,3$ года после проведения гистерэктомии при комплексном обследовании молочных желез согласно приказу МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», включающем осмотр, пальпацию, маммографию и ультразвуковое исследование, были диагностированы диффузные формы ДЗМЖ.

Всем пациенткам независимо от формы мастопатии индол-3-карбинол был назначен в дозе 400 мг в сутки (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 месяцев с динамической оценкой выраженности болевого синдрома и ультразвуковым исследованием молочных желез через 3 и 6 месяцев. Поскольку до начала исследования всем женщинам проводилась маммография, поэтому повторное рентгенологическое обследование молочных желез за время исследования не выполнялось.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 43 больных, включенных в исследование, 27 (62,8 %) женщин подверглись гистерэктомии в позднем репродуктивном возрасте и 16 (37,2 %) были оперированы в периоде менопаузального перехода. Среди показаний к гистерэктомии преобладали аномальные маточные кровотечения, приводящие к железодефицитной анемии, и лейомиома матки больших размеров с нарушением функции тазовых органов. Средний размер удаляемых маток составил соответственно 13 ± 2 недель беременности. Лейомиома матки в 65,1 % случаев сочеталась с патологией шейки матки в виде дисплазии слабой и средней степени, лейкоплакии, рубцовой деформации вследствие родового травматизма.

До настоящего времени во всем мире у женщин лапароскопическая или лапаротомическая гистерэктомия по поводу симптомной лейомиомы матки остается наиболее частой операцией на органах малого таза. В последние годы прослеживается четкая тенденция возрастания количества проводимых гистерэктомий у женщин позднего репродуктивного возраста. В литературе достаточно подробно представлены системные изменения в организме женщины после гистерэктомии, касающиеся анатомо-функционального состояния яичников и органов мочевыделительной системы, а также нейровегетативной и сексуальной дисфункций [7]. Многочисленные исследования в этой области позволили определить возможные пути коррекции развивающихся морфофункциональных нарушений, в то время как профилактике, так и лечению дисгормональных заболеваний молочных желез у женщин, перенесших хирургическое лечение лейомиомы матки, не уделяется должного внимания [3,4]. Как известно, пациентки с лейомиомой матки, которым предполагается проведение гистерэктомии с сохранением придатков матки, или особенно при сальпингоооариэктомии, входят в группу повышенного риска по возникновению и прогрессированию патологии молочных желез в послеоперационном периоде. В ряде работ было доказано, что наиболее часто лейомиома матки сочетается с пролиферативными формами фиброзно-кистозной мастопатии, при которых повышен относительный риск развития рака молочной желе-

зы [8,9]. Это обстоятельство обуславливает необходимость рассматривать общность патогенетических механизмов развития лейомиомы матки и мастопатии и осуществлять комплексный подход при выборе метода лечения у этих пациенток.

Жалобы на масталгию различной интенсивности предъявляли все 43 пациентки, включенные в исследование, из них у 14 (32,6 %) женщин болевые ощущения носили выраженный характер, около половины пациенток – 21 (48,8 %) характеризовали боли в молочных железах как умеренные и 8 (18,6%) – как слабо выраженные.

Среди дисгормональных изменений молочных желез при ультразвуковом исследовании и маммографии выявлена смешанная форма в 13 (30,2 %) наблюдений, преобладание кистозного компонента – у 15 (34,9 %) больных, преобладание железистого компонента – у 12 (27,9 %) и преобладание фиброзного компонента – у 3 (7 %) пациенток.

Сочетание пролиферативных процессов в молочных железах и миометрии у женщин связывают с универсальностью механизмов эстроген-зависимой пролиферации и апоптоза [9,10]. Индол-3-карбинол – средство, обладающее способностью к множественной фармакологической коррекции молекулярно-биологических процессов (нормализации метаболизма эстрогенов, торможению патологической клеточной пролиферации, индукции апоптоза). Это обстоятельство определяет его приоритетное использование у больных с ДЗМЖ и лейомиомой матки.

После проведенного курса лечения индол-3-карбинолом в ходе обследования пациенток были получены следующие результаты. Следует отметить, что 40 (93 %) пациенток отметили хорошую переносимость препарата, однако 2 больные с преобладанием фиброзного компонента и со смешанной формой мастопатии в связи с развитием выраженных диспепсических нарушений (тошнота, диарея) на фоне лечения индол-3-карбинолом отказались от приема препарата через 2 месяца и выбыли из исследования. Еще одна пациентка с мастопатией с преобладанием железистого компонента прекратила прием препарата в связи с развитием аллергической реакции.

Исчезновение болевого синдрома после 3-месячного курса приема индол-3-карбинола констатировано у 21 (48,8 %) пациенток, из них изначально 8 женщин

предъявляли жалобы на слабовыраженные болевые ощущения в молочных железах и 13 – на умеренный характер боли. Уменьшение болевых ощущений в молочных железах имело место у 17 (39,5 %) женщин, из них у 5 – отмечена динамика болевых ощущений с умеренных до слабых и у 12 – с выраженных до умеренных. Соответственно 5 (11,6%) больных за данный период наблюдения субъективно не отметили какой-либо динамики, из них у 3 – болевые ощущения сохраняли умеренный характер, а у 2 – выраженный.

Через 6 месяцев приема индол-3-карбинола положительную динамику субъективно отметили все 40 (93 %) пациенток, продолжавших принимать препарат. Из них исчезновение болей в молочных железах наблюдалось у 36 (90 %) женщин, а уменьшение болевых ощущений – у 4 (10 %) пациенток. Среди последних в 3 наблюдениях отмечены слабовыраженные боли и лишь у 1 женщины имел место умеренный характер болевых ощущений в молочных железах. Таким образом, выраженные болевые ощущения в молочных железах после 6 месяцев приема индол-3-карбинола не испытывала ни одна пациентка.

Объективно положительная динамика лечения определялась при осмотре, пальпации и ультразвуковом исследовании молочных желез. Критериями положительного эффекта приема индол-3-карбинола служили: уменьшение отека, болезненности, неоднородности структуры молочных желез, снижение эхогенности ткани, уменьшение размера кист в диаметре на 2-3 мм (с 0,9-1,5 мм до 0,7-1,2 мм) и диаметра млечных протоков, улучшение выраженности соединительнотканного рисунка.

Наилучший эффект от лечения через 3 месяца приема индол-3-карбинола был отмечен у 13 больных ДЗМЖ с преобладанием кистозного компонента. У пациенток с ДЗМЖ со смешанной формой и с преобладанием железистого компонента положительная динамика установлена в 9 и в 7 наблюдениях соответственно. У 2 больных ДЗМЖ с преобладанием фиброзного компонента, несмотря на субъективное уменьшение болевого синдрома, объективно какой-либо динамики не было выявлено.

Через 6 месяцев приема индол-3-карбинола максимальный эффект был достигнут у всех 15 больных с ДЗМЖ с

преобладанием кистозного компонента. Положительная динамика в состоянии молочных желез отмечена у всех 12 пациенток со смешанной формой ДЗМЖ и 11 – с преобладанием железистого компонента. В то время как у 2 пациенток с мастопатией с преобладанием фиброзного компонента объективно какой-либо динамики по-прежнему не было установлено. В целом объективная положительная динамика по данным ультразвукового исследования молочных желез через 6 месяцев после начала лечения отмечена у 38 (88,3 %) пациенток.

Выводы

В настоящем исследовании показана целесообразность применения препарата индол-3-карбинол у больных с ДЗМЖ, перенесших гистерэктомию по поводу симптомной лейомиомы матки. Полученные результаты согласуются с данными о клинической эффективности индол-3-карбинола при лечении различных форм мастопатии, представленными в работах ряда авторов [1,5,6]: положительная субъективная динамика в виде исчезновения и уменьшения характера масталгии отмечена у всех пациенток независимо от формы ДЗМЖ. Эффект от применения индол-3-карбинола развивался постепенно, достигая максимума через 6 месяцев после начала лечения. В настоящем исследовании максимальный клинический эффект достигнут у пациенток с ДЗМЖ с преобладанием кистозного компонента.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтвердили клиническую эффективность и целесообразность назначения препарата индол-3-карбинол у пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез после хирургического лечения лейомиомы матки в объеме гистерэктомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Высоцкая И.В.* Современные возможности терапии фиброно-кистозной болезни. / И.В. Высоцкая // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – № 1-2. – С. 44-46.
2. *Коган И.Ю.* Мастопатия: новые подходы к диагностике и патогенетической терапии / И.Ю. Коган // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. LIX, вып. 1. – С. 66-71.

3. *Радзинский В.Е.* Молочные железы и гинекологические болезни. – М.: Status Praesens, 2010. – 303 с.
4. *Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А.* Репродуктивная эндокринология. Перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты. – Днепропетровск: „Лири ЛТД”, 2008. – 415 с.
5. *Ляшенко А.А.* Индол-3-карбинол (индинол): терапевтические и профилактические эффекты на опухоли молочной железы / А.А. Ляшенко, В.И. Киселев, Е.С. Северин // Молекулярная медицина. – 2005. – № 2. – С.20-25.
6. *Рожкова Н.И.* Лечение доброкачественных заболеваний молочной железы / Н.И. Рожкова, Е.В. Меских // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2007. – № 4. – С. 23-24.
7. *Вихляева Е.М.* Гистерэктомию и ее последствия / Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: «МЕДпресс-информ», 2004. – С. 319-364.
8. *Сметник В.П.* Патологическая физиология и терапия доброкачественных заболеваний молочных желез: дискуссионные вопросы / В.П. Сметник, В.Н. Коновалова, Н.Ю. Леонова // Проблемы репродукции. – 2009. – № 1. – С.93-100.
9. *Байлюк Е.Н.* Клинико-морфологические особенности пролиферативных процессов в молочной железе у больных миомой матки / Е.Н. Байлюк // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. LIX, вып. 1. – С.98-106.
10. Теория и практика эндокринной гинекологии. / Под ред. З.М. Дубоссарской. – Днепропетровск: «Лири ЛТД», 2010. – 460 с.

РЕЗЮМЕ

ДОСВІД ТЕРАПІЇ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ПАЦІЄНТОК ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ

*ДУБОССАРСЬКА З.М., ДУБОССАРСЬКА Ю.О.,
НАГОРНЮК В.Т.*

У цьому дослідженні показана доцільність застосування препарату індол-3-карбінол у 43 хворих з дисгормональними захворюваннями молочних залоз, які перенесли гістеректомію з приводу симптомної лейомиоми матки. Через 6

місяців застосування препарату відзначена позитивна суб'єктивна динаміка у вигляді зникнення і зменшення характеру масталгії у 93 % пацієнток, а також позитивна об'єктивна динаміка за даними ультразвукового обстеження молочних залоз у 88,3 % жінок.

Ключові слова: дисгормональні захворювання молочних залоз, лейоміома матки, гістеректомія, індол-3-карбінол.

dishormonal breast diseases undergoing hysterectomy for symptomatic uterine leiomyoma. After 6 months, the drug showed positive dynamics in the form of subjective disappearance and reduce the nature of mastalgia in 93 % of patients, as well as the positive dynamics of the objective according to the ultrasound breast in 88.3 % of women.

Keywords: dishormonal breast disease, uterine leiomyoma, hysterectomy, indole-3-carbinol.

Поступила 16.06.2015

SUMMARY

EXPERIENCE THERAPY DISHORMONAL BREAST DISEASES IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA

DUBOSSARS'KA Z.M., DUBOSSARS'KA Y.O.,
NAGORNYUK V.T.

The present study shows the usefulness of the drug indole-3-carbinol in 43 patients with

УДК 618.6-036-06:613.25

ДУКА Ю.М.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Дніпропетровськ

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА ВАГІТНОЇ

У статті розглядаються питання залежності перинатальних наслідків та перебігу післяпологового періоду від індивідуалізації підходу до складання лікувального алгоритму з урахуванням результатів дослідження поліморфізму генів-кандидатів, відповідальних за розвиток тромбофілії, метаболізм фолієвої кислоти. Доведено важливість оцінки фенотипу вагітної жінки для прогнозування виникнення у них гестаційних ускладнень та перинатальних втрат.

Ключові слова: фенотип, вагітність, невиношування, післяпологовий період, крововтрата.

Ожиріння пов'язане не лише з підвищенням частоти виникнення гестаційних ускладнень, операції кесарів розтин, але і також асоційовано з ускладненнями в післяпологовому і післяопераційному періоді, а також анестезії. Ожиріння є незалежним чинником ризику розвитку гнійно-запальних та гнійно-септичних ускладнень після операції кесарів розтин, навіть у тому випадку, коли проводилася антибіотикопрфілактика [1, 2, 3, 4].

Метою роботи було проведення аналізу перебігу післяпологового періоду у жінок в залежності від маси тіла та застосованої терапії.

Матеріал і методи дослідження

Перебіг післяпологового періоду аналізувався у зіставленні даних 278 жінок (111 жінок із надмірною вагою в I групі, 52 пацієнтки із нормальним ІМТ в II клінічній групі, а також 115 жінок із надмірною вагою в III клінічній групі), які народжували на базі пологових відділень КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром «Дніпропетровської обласної ради».

Середній вік вагітних в I клінічній групі склав $30,9 \pm 0,4$ (95% ДІ: 30,0-31,8) років, в II групі - $30,3 \pm 0,6$ (95% ДІ: 29,1-31,5) та в III групі - $28,4 \pm 0,5$ (95% ДІ: 27,4-29,4) років ($p < 0,001$ між групами за t-критерієм) років ($p_{1:2} = 0,460$ та $p_{1:3} < 0,001$ по t - критерію).