



# ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2012

# **ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

---

---

УДК 618 (082)  
ББК 57.1я43  
З-41

**Редакційна колегія:**

**Головний редактор** – академік НАМН України В.М. Запорожан  
**Відповідальний науковий редактор** – член-кор. НАМН України В.В. Камінський  
**Виконавчий редактор** – доц. О.М. Борис  
**Відповідальний секретар** – І.В. Малишева

**Редакційна колегія:**

*Проф. С.Р. Галіч*  
*Проф. В.Г. Дубініна*  
*Проф. З.М. Дубосарська*  
*Проф. І.А. Жабченко*  
*член-кор. НАМН України В.І. Медвідь*  
*Проф. Т.Г. Романенко*  
*Проф. О.В. Ромащенко*

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

*Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6*

*Свідоцтво про державну реєстрацію*  
*Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – 464 с.

ISBN 978-966-8977-32-9.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

**УДК 618 (082)**  
**ББК 57.1я43**

|                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ У ЖІНОК ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА ЯЄЧНИКАХ</b><br><i>Дубініна В.Г., Вододюк О.В., Сейлова А.І.</i> .....                                                                                               | 148 |
| <b>ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ У ЖІНОК</b><br><i>Дубініна В.Г., Лук'янчук О.В., Чайка О.М., Сажієнко В.В.</i> .....                                                                                    | 151 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ НАЯВНОСТІ ВПЛ</b><br><i>Дубініна В.Г., Лук'янчук О.В., Кузєва Н.Г., Пацков А.О.</i> .....                                                                                 | 152 |
| <b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ РАКА ЯИЧНИКОВ К ХИМИОТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ПЛАТИНЫ</b><br><i>Дубинина В.Г., Рыбин А.И., Лукьянчук О.В., Морозюк О.Н.</i> .....                                                                         | 155 |
| <b>РОЛЬ ТКАНЕВЫХ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И БЕСПЛОДИЕМ</b><br><i>Дубоссарская З.М., Грек Л.П., Жержова Т.А.</i> .....                                                                                | 160 |
| <b>ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ</b><br><i>Дубоссарская З.М., Дука Ю.М.</i> .....                                                                                                                         | 163 |
| <b>ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b><br><i>З.М. Дубоссарская, Л.И. Падалко, Ю.А. Дубоссарская, А.Н. Пузий</i> .....                                                                                           | 167 |
| <b>КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ СОСТОЯНИЯ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ</b><br><i>Дуброва Л.Ю.</i> .....                                                                                                          | 169 |
| <b>ПРОБЛЕМА ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК ІЗ ВТРАТОЮ ВАГІТНОСТІ</b><br><i>Дубчак А.Є., Мандзій І.М.*</i> .....                                                                                                                      | 173 |
| <b>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЯИЧНИКОВ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ</b><br><i>Егорова Я. А., Рыбалка А.Н., Заболотнов В. А., Аникин С. С.</i> .....                                 | 174 |
| <b>ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АМПУТАЦІЇ ШИЙКИ МАТКИ В ЯКОСТІ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ</b><br><i>Єгоров О.О.</i> .....                                                              | 177 |
| <b>ГОРМОНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В КРОВІ ТА ГРУДНОМУ МОЛОЦІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЮ ХВОРОБОЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ</b><br><i>Хомінська З.Б., Жабченко І.А., Діденко Л.В., Шекера І.О., Близнюк З.В.</i> .....                               | 179 |
| <b>КОРЕКЦІЯ ДИСБІОТИЧНИХ СТАНІВ У ВАГІТНИХ БЕЗ СИМПТОМНОЮ БАКТЕРІУРІЄЮ</b><br><i>Жабченко І.А., Похитун М.В., Невишна Ю.В.</i> .....                                                                                                   | 184 |
| <b>ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОК С ИЗМЕНЕННЫМ ПРОФИЛЕМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ</b><br><i>Жабченко И.А., Шевель Т.Г.</i> .....                                                             | 188 |
| <b>СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ</b><br><i>Жарких А.В., Амро И.Г., Кирилюк А.Д., Сюсюка В.Г., Нерянов К.Ю.</i> .....                                                                                                     | 192 |
| <b>ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У РОДИЛЬНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ</b><br><i>Железная А.А., Чайка К.В., Корниенко С.М., Сарбей Е.И., Гайдадым В.В.</i> .....                                                                                     | 195 |
| <b>ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА</b><br><i>Заболотнов В.А., Рыбалка А.Н., Ляшенко Е.Н., Боева О.И.</i> .....                                                                              | 198 |
| <b>ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ</b><br><i>Зарічанська Х.В., Ходаківський С.Б., Гуменюк Т.С.</i> .....                                                                                              | 199 |
| <b>ВИКОРИСТАННЯ НАТИВНИХ ТА КРІОКОНСЕРВОВАНИХ СПЕРМАТОЗОЇДІВ, ОТРИМАНИХ В РЕЗУЛЬТАТІ ТЕЗЕУ ПРОГРАМАХ ЗАПЛІДНЕННЯ ІN VITRO</b><br><i>Захаренко І.Л., Леонова О.Ю., Кошик Д.А., Перепелиця О.П., Палій Г.Б., Меленевський Д.А.</i> ..... | 202 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ РОСТУ І РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ БЛАСТОЦИСТИ У ПАЦІЕНТОК З РІЗНИМИ ФАКТОРАМИ БЕЗПЛІДДЯ</b><br><i>Захаренко І.Л., Кошик Д.А., Леонова О.Ю., Палій Г.Б.</i> .....                                                                | 204 |
| <b>ОПТИМІЗАЦІЯ ВЕДЕННЯ БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ: ИСТОРИЯ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ</b><br><i>Золотухин Н.С., Резник М.А., Догадайло Н.А., Гомон Е.С., Иванцова Т.А.</i> .....                                           | 206 |
| <b>ВПЛИВ ГОРМОНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТА ІМУНОСТИМУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ НА ОВАРІАЛЬНУ ГЕМОДИНАМІКУ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ</b><br><i>Іванюта Л.І., Ракша І.І., Іванюта І.С.</i> .....                                                | 210 |
| <b>БІОФІЗИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПЛОДА НАПЕРЕДІ ПЛОГІВУ ЖІНОК З ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ</b><br><i>Іщенко Г.І., Подольський Вол.В., Деменіна Н.К.</i> .....                                                                                          | 214 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДИХ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ</b><br><i>Калугіна Л.В., Ісламова Г.О., Ганжий І.Ю.</i> .....                                                                                    | 217 |
| <b>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ, СОЧЕТАННОЙ С ПРОСТОЙ НЕАТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ</b><br><i>Каминский В.В., Борис Е.Н., Малышева И.В., Сусликова Л.В., Каминский А.В.</i> .....                                        | 220 |

## ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУКА Ю.М.

г. Днепропетровск

Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) занимает ведущее место в структуре тромбофилии у пациенток с синдромом потери плода, гестозами, развитии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и тромбоэмболических осложнений во время беременности [1,4,5].

Окислительные реакции, запускаемые окислением гомоцистеина (ГЦ) и образованием активных форм кислорода, оказывают влияние на клетки, участвующие в гемостазе, вызывая *in vivo* активацию тромбоцитов. Эти процессы являются ключом к разгадке атерогенных и тромбогенных механизмов действия ГЦ [2,3].

Повышенный уровень ГЦ вызывает повреждение сосудистой ткани, нарушая коагулянтный баланс. При этом ГЦ может оказывать как непосредственное цитотоксическое влияние на эндотелий, так и повреждать его посредством других молекул [1,4,6].

Целью исследования было разработать алгоритм ведения беременности у женщин с ГГЦ на основе знания патогенетических механизмов развития акушерских осложнений у таких женщин, с целью снижения перинатальных потерь.

### Материалы и методы исследования

Согласно поставленной цели под наблюдением находились 50 беременных женщин с угрожающим самопроизвольным абортom, у которых была выявлена ГГЦ различной степени. Все беременные находились на стационарном наблюдении и лечении в отделении медицины плода коммунального учреждения «Днепропетровский городской клинический родильный дом №2 «ДОС» г. Днепропетровска.

Распределение тематических беременных на группы призывалось с учетом индекса массы тела (ИМТ). Во время наблюдения оценивали не патологическую прибавку массы тела во время беременности, а массу женщины до наступления беременности.

Все женщины были взяты на учет во время настоящей беременности со срока 5-7 недель беременности.

Первую группу составили 22 беременные с ИМТ  $24,2 \pm 0,5$  кг/м<sup>2</sup>. Вторую клиническую группу составили 28 женщин, у которых индекс массы тела (ИМТ) превышал  $25$  кг/м<sup>2</sup>. Женщины обеих клинических групп были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациенток колебался в пределах  $28,4 \pm 1,8$  лет.

Помимо обязательного протокола, в начале исследования и в дальнейшем 1 раз в месяц всем пациенткам проводили исследование показателей коагуляции – активированное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, международное нормализованное соотношение (МНС), растворимые фибрин-мономерные комплексы, Д-димер, фибриноген. Мониторировался уровень ГЦ. С целью определения зависимости степени ГГЦ от носительства полиморфизма в генах фолатного обмена методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с ПДРФ определена частота полиморфных аллелей в генах MTHFR C677T, MTHFR A1298C. Оценивая уровень метаболических нарушений, исследовали показатели склерокомплекса (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП и ХС ЛПНП)).

### Результаты исследования и их обсуждение

Структурное соотношение в зависимости от степени ожирения у беременных 2 клинической группы, согласно классификации ВОЗ, приведено в таблице 1.

Семейный анамнез был отягощен сердечно-сосудистыми катастрофами у 13 (59,1%) и 18 (64,3%) пациенток 1 и 2 клинической группы соответственно; невынашиванием беременности у 9 (40,9%) и 11 (39,3%) беременных обеих групп.

Таблиця 1

**Структурное соотношение в зависимости от степени ожирения  
у беременных 2 клинической группы**

| Степень ожирения                                             | Избыточная масса тела<br>ИМТ 25-29,9 кг/м <sup>2</sup> | Ожирение I степени<br>ИМТ 30-34,9 кг/м <sup>2</sup> | Ожирение II степени<br>ИМТ 35-39,9 кг/м <sup>2</sup> | Ожирение III степени<br>ИМТ более 40 кг/м <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Количество женщин<br>(процент от общего<br>числа наблюдений) | 12 (42,8%)                                             | 8 (28,6%)                                           | 4 (14,3%)                                            | 4 (14,3%)                                              |

Акушерський анамнез у тематических жінок мав свої особливості: у 8 (36,4%) жінок 1-ї клінічної групи вагітність була по рахунку 8-12, приче все предыдущие закончили прерыванием в различные сроки гестации. Аналогичную картину наблюдали у 11 (39,3%) жінок 2-ї клінічної групи.

Таблиця 2

**Характеристика акушерского анамнеза у тематических жінок**

| Анамнестический признак                                  | 1 клин. гр.<br>(n=22) | 2 клин. гр.<br>(n=28) |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Медицинский аборт                                        | 10 (45,5%)            | 4 (14,3%)             |
| Невынашивание беременности:                              |                       |                       |
| самопроизвольные аборты до 12 недель                     | 8 (36,4%)             | 18 (64,3%)            |
| самопроизвольные аборты с 12 до 22 недель                | 4 (18,2%)             | 2 (7,1%)              |
| замершая беременность                                    | 9 (40,9%)             | 14 (50%)              |
| Аntenatalная гибель плода                                | 2 (9,1%)              | 8 (28,6%)             |
| Недонашивание беременности:                              |                       |                       |
| Преждевременные роды в сроке от 22 до 26 недель гестации | -                     | -                     |
| Преждевременные роды в сроке от 26 до 32 недель гестации | 1 (4,6%)              | 6 (21,4%)             |
| Преждевременные роды в сроке от 32 до 36 недель гестации | 3 (13,6%)             | 4 (14,3%)             |
| Срочные роды                                             | 6 (27,2%)             | 8 (28,6%)             |

Результаты исследования системы гемостаза выявили гиперкоагуляционный синдром за счет повышения активности факторов внутреннего пути свертывания крови и повышения функциональной активности тромбоцитов в 12 (54,5%) и 16 (57,1%) случаях в 1-й и во 2-й клинических группах соответственно.

Таблиця 3

**Показатели системы гемостаза у беременных тематических групп**

| Показатель                      | При взятии<br>на учет (5-7 неделя гестации) |                  | Накануне родов в сроке<br>беременности 36-40 недель |                  |
|---------------------------------|---------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
|                                 | I гр.<br>(n=22)                             | II гр.<br>(n=28) | I гр.<br>(n=22)                                     | II гр.<br>(n=28) |
| АЧТВ, с                         | 33,4±3,6                                    | 34,6±3,2         | 32,2±3,1                                            | 37,4±2,9         |
| Каолиновое время, с             | 94,6±2,1                                    | 92,3±1,9         | 93,8±2,0                                            | 98,4±1,6         |
| Тромбиновое время разведения, с | 16,4±0,8                                    | 17,1±0,9         | 17,3±0,5                                            | 21,1±0,6         |
| РФМК, мг/л                      | 0,34±0,06                                   | 0,48±0,08        | 0,48±0,04                                           | 0,62±0,12        |
| Показ. NR (скрин. ВА)           | 1,24±0,6                                    | 1,26±0,8         | 1,22±0,4                                            | 1,31±0,9         |
| Агрегация тромбоцитов, с        | 19,8±1,2                                    | 20,6±0,9         | 21,1±1,1                                            | 26,4±0,8         |
| Фибринолитическая активность, % | 6,4±1,2                                     | 7,2±0,7          | 9,6±0,9                                             | 8,1±0,6          |
| Степень ретракции, %            | 46,7±4,1                                    | 45,4±4,2         | 51,5±3,9                                            | 48,6±0,9         |
| Гомоцистеин, мкмоль/л           | 12,4±3,1                                    | 9,1±2,9          | 9,0±2,8                                             | 6,4±2,9          |
| Фибриноген, мг/дл               | 623±15,6                                    | 668±13,4         | 572±14,9                                            | 598±15,2         |
| Д-димер, мкгФЕО/мл              | 0,8±0,25                                    | 0,9±0,2          | 1,2±0,24                                            | 1,87±0,32        |

Обращал на себя внимание тот факт, что ни одна женщина с указаниями на потери беременности в анамнезе, до нашего исследования, не была обследована на предмет оценки состояния системы гемостаза.

Гиперфибриногенемия выявлена у 13 (59,1%) и 19 (67,9%) пациенток 1-й и 2-й клинической группы соответственно. Причем, по мере увеличения ИМТ значение уровня фибриногена тоже увеличивалось. Это подтверждает тот факт, что гиперфибриногенемия является составляющей метаболического синдрома наряду с гипертриглицеридемией и гиперинсулинемией.

Отмечалась прямая корреляционная зависимость между уровнем Д-димера и степенью ожирения у беременных женщин. ГГЦ в сочетании с циркулирующей волчаночного антикоагулянта выявлена в 18 (36%) случаях, из которых 7 (31,8%) пациенток из 1-й группы и 11 (39,3%) – из 2-й клинической группы.

Исследование в I триместре беременности показало, что у пациенток уровень ГЦ был достоверно выше нормативных показателей для I триместра беременности <5,6 мкмоль/л.

Мультигенные ассоциации встретились у 11 (50%) пациентки 1-й клинической группы и у 13 (46,4%) пациенток 2-й.

Таблица 4

**Частота полиморфизма генов метилентетрагидрофолатредуктазы у женщин клинических групп**

|                                              | I гр. (n=22)<br>M+m | II гр. (n=28)<br>M+m |
|----------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| C677T ген MTHFR гомозиготное носительство    | 4 (18,2%)           | 3 (10,7%)            |
| C677T ген MTHFR гетерозиготное носительство  | 12 (54,5%)          | 8 (28,6%)            |
| A1298C ген MTHFR гомозиготное носительство   | 2 (9,1%)            | 1 (3,6%)             |
| A1298C ген MTHFR гетерозиготное носительство | 18 (81,8%)          | 19 (67,9%)           |

Для липидемического профиля пациенток тематических групп были характерны конкретные показатели, представленные в таблице 5.

Таблица 5

**Липидемический профиль пациенток тематических групп (до лечения)**

| Группа / показатель | Общий холестерин (ммоль/л) | Триглицериды (ммоль/л) | ХС ЛПВП (ммоль/л) | ХС ЛПНП (ммоль/л) |
|---------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| I гр. (n=22) M+m    | 6,3±0,8*                   | 1,8±0,3*               | 1,01±0,4          | 3,9±0,41*         |
| II гр. (n=28) M+m   | 5,8±0,5                    | 2,8±0,2                | 0,94±0,2          | 4,1±0,22          |

\* p<0,05 – при сравнении показателей 1 и 2 группы

Данная картина характерна для пациенток с ГГЦ.

ГЦ в плазме крови достаточно быстро окисляется с образованием гомоцистина, смешанных дисульфидов и гомоцистинтиолактона. В процессе окисления идет формирование активных форм кислорода, к которым относятся супероксид-радикал, гидроксильный радикал и перекись водорода. Формирование гидроксильного радикала запускает перекисное окисление липидов, как в мембране эндотелиальных клеток, так и в циркулирующих липопротеинах. Окисленные формы ХС ЛПНП способствуют активации тромбоцитов и проявлению атерогенного эффекта ГЦ [3].

При выявлении подобных нарушений беременным назначался препарат L-аргинина – тивортин (10 (45,5%) беременных 1-й клинической группы и 12 (42,9%) беременных во 2-й) в дозе по 100,0 мл внутривенно капельно в течение 7 дней, затем беременных переводили на питьевую форму на протяжении 10 дней.

У всех женщин применялась кофакторная терапия фолиевой кислотой и витаминами группы В.

Данные, приведенные в таблице 6 свидетельствовали об эффективности проводимой терапии.

Таблица 6

**Липидемический профиль пациенток тематических групп через 2 месяца комплексной терапии**

| Группа / показатель  | Общий холестерин (ммоль/л) | Триглицериды (ммоль/л) | ХС ЛПВП (ммоль/л) | ХС ЛПНП (ммоль/л) |
|----------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| I гр. (n=8)<br>M+m   | 5,4±0,15#                  | 1,6±0,14               | 1,1±0,34          | 3,6±0,34          |
| II гр. (n=22)<br>M+m | 5,3±0,34                   | 2,3±0,24#              | 1,064±0,16        | 3,9±0,21          |

#  $p < 0,05$  – при сравнении внутри группы до и после лечения

При доказанной прогестероновой недостаточности назначался утрожестан в дозе от 100 до 400 мг в сутки.

При проведении гемостатической терапии в случае диагностирования позадиоболочечных гематом (14 (63,6%) беременных 1-й клинической группы и 19 (67,8%) беременных во 2-й) применяли транексам по 500 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней.

При выявлении гиперкоагуляционного синдрома после стабилизации (организации) гематомы, назначали низкомолекулярные гепарины (НМГ). Доза НМГ у пациенток подбиралась индивидуально, обязательным было мониторирование числа тромбоцитов до назначения терапии и через 5-10 дней с момента начала. Снижение уровня тромбоцитов более, чем на 5% от исходного рекомендовано расценивать, как гепарин-индуцированную тромбоцитопению [3].

В 2 (7,1%) наблюдениях произошел самопроизвольный выкидыш в сроках 6 и 8 недель гестации у женщин 2-ой клинической группы. В этих случаях имел место большой объем позадиоболочечной гематомы. У 1 (4,5%) пациентки 1-ой клинической группы беременность прервалась в сроке 21 неделя. У 47 (94%) пациенток беременность прогрессировала.

Обращал на себя внимание тот факт, что, несмотря на проводимую терапию, в будущем на протяжении всей беременности уровень ГЦ у некоторых пациенток не снижался до нормативных границ по триместрам беременности.

У 1 (4,5%) пациентки из 1-ой клинической группы беременность закончилась антенатальной гибелью плода в сроке беременности 35 недель. Женщина бала родоразрешена в течение одних суток после уточнения диагноза. Особенностью у данной беременной являлся высокий уровень общего холестерина – 9,1 ммоль/л при ИМТ 22,3 кг/м<sup>2</sup>.

Срочными родами беременность завершилась в 46 (92%) случаях. Единственным осложнением в родах у тематических женщин было несвоевременное излитие околоплодных вод - у 8 (36,4%) беременной 1-й клинической группы и у 9 (32,1%) – второй.

Роды путем кесарева сечения закончились у 6 (21,4%) женщин 2-ой клинической группы.

### Выводы

1. Носительство полиморфных аллелей в генах фолатного обмена способствует повышению уровня ГЦ в сыворотке крови и степень ГГЦ зависит от количества носимых полиморфных аллелей в генах, отвечающих за фолатный обмен.
2. Прогнозирование степени риска развития неразвивающейся беременности у пациенток с наличием мутаций в генах MTHFR не может быть проведено на основании только определения генотипа без учета их ассоциаций и уровня ГЦ, так как уровень ГЦ может быть не только следствием мутаций в генах фолатного обмена, но и самостоятельным фактором риска тромбообразования.



3. У больных с гомозиготной формой мутации MTHFR концентрация ГЦ в плазме значительно повышается лишь в случае сочетанного дефицита фолатов. При нормализации концентрации фолатов в плазме крови концентрация ГЦ соответствует таковой при гетерозиготной форме и у здоровых лиц.
4. ГЦ является модифицируемым фактором риска. Учитывая атерогенный эффект ГЦ в терапию необходимо обязательно включать препараты, снижающие уровень общего холестерина, триглицеридов и ЛПНП. Проатерогенные изменения обратимы при снижении уровня ГЦ.
5. У женщин с ГЦ необходимо уделять должное внимание на этапе прегравидарной подготовки кофакторной терапии с целью профилактики развития перинатальных осложнений и потерь.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Баранова Е.И., Большакова О.О. Клиническое значение гомоцистеинемии (обзор литературы) // Consilium medicum. — 2004. — Т. 10 (№1). — С. 12-18.
2. Бицадзе В.О. Патогенез, принципы диагностики и профилактики осложнений беременности, обусловленных тромбофилией: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 365 с.
3. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилические состояния в акушерской практике. — М.:РУССО, 2001. — 704 с.
4. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии. — М.: «Триада-Х», 2008. — 152 с.
5. Полиморфизм генов фолатного обмена и болезни человека / Фетисова И.Н., Добролюбов А.С., Липин М.А. и др. // Вестн. новых мед. технол. — 2007. — Т. 10 (№1). — С. 22-26.
6. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. Методические пособия и клинические протоколы. — М.: «МЕДпресс-информ», 2010. — 224 с.

## ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ПАДАЛКО Л.И., ДУБОССАРСКАЯ Ю.А., ПУЗИЙ А.Н.

г. Днепропетровск

На сегодняшний день проблема спайкообразования остается актуальной, так как нет гарантированного метода профилактики. Данная проблема имеет большое значение и в гинекологии, так как связана с высокой частотой тазовых болей и трубноперитонеального бесплодия. Процесс спайкообразования имеет каскадный (поэтапный) характер. Структурно спайки представлены нерастворимыми коллагеновыми волокнами, которые являются как бы каркасом и полимерфибриновым гелеобразным матриксом, располагающимися как на поврежденных так и на здоровых участках [6,8,9].

Процесс спайкообразования определяется генетически детерминированным полиморфизмом по фенотипу фермента N- ацетилтрансферазы. По активности этого фермента люди делятся на 2 типа: с фенотипом быстрого ацетилирования и медленного. У 1-го типа процесс спайкообразования превалирует над процессом их лизиса. У таких больных можно прогнозировать в послеоперационном периоде выраженный процесс спайкообразования. У 2-го типа - наоборот, и у них в послеоперационном периоде процесс спайкообразования незначителен или отсутствует [1, 2, 3, 5].