



# 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> <i>Дубініна В.Г., Вододюк О.В., Сейлова А.І.</i> .....	148
<b>ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ У ЖІНОК</b> <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> <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> <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> <i>Дубоссарская З.М., Грек Л.П., Жержова Т.А.</i> .....	160
<b>ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ</b> <i>Дубоссарская З.М., Дука Ю.М.</i> .....	163
<b>ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> <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> <i>Дуброва Л.Ю.</i> .....	169
<b>ПРОБЛЕМА ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК ІЗ ВТРАТОЮ ВАГІТНОСТІ</b> <i>Дубчак А.Є., Мандзій І.М.*</i> .....	173
<b>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЯИЧНИКОВ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ</b> <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> <i>Єгоров О.О.</i> .....	177
<b>ГОРМОНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В КРОВІ ТА ГРУДНОМУ МОЛОЦІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЮ ХВОРОБОЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ</b> <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> <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> <i>Жабченко И.А., Шевель Т.Г.</i> .....	188
<b>СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ</b> <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> <i>Железная А.А., Чайка К.В., Корниенко С.М., Сарбей Е.И., Гайдадым В.В.</i> .....	195
<b>ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА</b> <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> <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> <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> <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> <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 ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ</b> <i>Іванюта Л.І., Ракша І.І., Іванюта І.С.</i> .....	210
<b>БІОФІЗИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПЛОДА НАПЕРЕДІ ПОЛОГІВУ ЖІНОК З ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ</b> <i>Іщенко Г.І., Подольський Вол.В., Деменіна Н.К.</i> .....	214
<b>ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДИХ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ</b> <i>Калугіна Л.В., Ісламова Г.О., Ганжий І.Ю.</i> .....	217
<b>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ, СОЧЕТАННОЙ С ПРОСТОЙ НЕАТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ</b> <i>Каминский В.В., Борис Е.Н., Малышева И.В., Сусликова Л.В., Каминский А.В.</i> .....	220

3. У больных с гомозиготной формой мутации МТНFR 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].

### **Материалы и методы обследования**

Были обследованы 63 больных с повторными оперативными вмешательствами по поводу различных гинекологических заболеваний на предмет спайкообразования. 39 (61,8%) больных, в том числе, были с подтвержденным лапароскопически и гистологически генитальным эндометриозом. Все пациентки были в репродуктивном возрасте 25-43 года, средний возраст составил  $33,7 \pm 4,2$  года.

Все пациентки состояли на тематическом учете кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО КУ «ДМА МЗ Украины», которые были тщательно обследованы согласно научной тематики кафедры «Збереження та покращення репродуктивного здоров'я та якості життя жінок після комплексного лікування проліферативних захворювань геніталій на підставі доказової медицини», которая выполняется на протяжении 2011 – 2013 годов по заказу МЗ Украины. Все женщины были обследованы амбулаторно согласно Приказа МЗ Украины № 417 от 15. 07. 2011 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» [7].

Для уточнения яичникового резерва проводили не только тщательный ультразвуковой мониторинг фолликулогенеза, но и определение антимюллерового гормона (АМГ). Снижение АМГ позволяло уточнить границы «угасания» репродуктивной функции и служили ориентиром для решения вопроса о сроках реабилитации репродуктивной функции после оперативных вмешательств, включая программы стимуляции овуляции и своевременное направление пациенток после комплексного лечения на вспомогательные репродуктивные технологии.

Кроме общепринятых возрастных, профессиональных и социальных факторов учитывались факторы, по которым можно было судить о наличии или отсутствии спаечного процесса в малом тазу:

- анамнестические данные (характер болей и время их появления после 1-ой или последующих операций, наличие или отсутствие болевого синдрома по аналоговой шкале ВАШ);
- наличие или отсутствие симптомов спайкообразования (трубноперитонеальное бесплодие, явления кишечной непроходимости, нарушение функции соседних органов);
- наличие или отсутствие косвенных признаков спайкообразования по УЗИ.

В анамнезе у больных было от 0 до 1 родов. Из перенесенных гинекологических оперативных вмешательств были: по поводу внематочной беременности – 13, по поводу кист яичников - 11. Лапаротомных вмешательств было – 16, лапароскопических – 47.

Все больные были разделены на 2 группы с наличием клинических симптомов спайкообразования и характерными субъективными жалобами и контрольную группу, у которых отсутствовали жалобы и клинические симптомы спайкообразования. Кроме того, наличие или отсутствие указанных факторов подтверждалось соответствующей шкалой качества жизни.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

После лапароскопических операций (внематочная беременность, сактосальпинкс, кисты яичника) спаечного процесса не было выявлено или он был незначительным. После 11 случаев повторных лапаротомий в 7 случаях был выявлен выраженный спаечный процесс, который сочетался с характерными анамнестическими и клиническими данными и результатам УЗИ.

В 3-х случаях наличие спаечного процесса не сочеталось с анамнезом и клиникой, то есть не было жалоб и клинических проявлений. В группе контроля у больных спаечный процесс был незначительным или отсутствовал и не были отмечены характерные анамнез и клиника.

### **Выводы**

Лапароскопические вмешательства в гинекологии являются наименее травматичными и в техническом плане и в плане спайкообразования и должны быть методом выбора при оперативных вмешательствах при отсутствии противопоказаний.

Наличие выраженного спаечного процесса далеко не всегда приводит к нарушению функции органов, тазовым болям, трубноперитонеальному бесплодию, явлениям кишечной непроходимости. В ряде случаев качество жизни больной вообще не страдает. Исходя из этого, представляется целесообразным выявление в субпопуляции лиц, подвергшихся ранее оперативному вмешательству определенного генотипа (аллельного гена), детерминирующего какой-либо фактор, определяющий интенсивность спайкообразования, так, например TNF-фактор, что является предметом следующего этапа нашего исследования. В дальнейшем при поступлении больной в стационар путем общедоступной реакции ПЦР в образце крови можно будет выявить или подтвердить отсутствие данного генотипа. И таким образом в послеоперационном периоде прогнозировать наличие или отсутствие спайкообразования и соответственно принимать меры по их профилактики в интра- и в послеоперационном периоде.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2006. – 414 с.
2. Адамян Л. В., Осипова А. А., Сонова М. М. Эволюция гормональной терапии эндометриоза (Обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 11-16.
3. Андреева Е. Н., Гаврилова Е. Ф. Профилактика и лечение генитального эндометриоза комбинированными оральными контрацептивами - миф или реальность? – М.: ФТУ ЭНМЦ Росмедтехнологии, 2007. – С. 1-8.
4. Бурлев В. А., Шорохова М. А., Самойлова Т. Е. Современные принципы патогенетического лечения эндометриоза // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, №6. – С. 12-15.
5. Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кура Е. Ф. Эндометриозная болезнь. – СПб.: НЛ, 2002. – 452 с.
6. Марченко Л. А. Преимущества лечения эндометриоза с использованием непрерывного режима оральных контрацептивов // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, № 6. – С. 16-22.
7. Наказ МОЗ України №417 от 15.07.2011 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
8. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) / Под ред. проф. З. М. Дубоссарской, Ю.А. Дубоссарской – Днепропетровск: Лира ЛТД, 2008. – С. 129-192.
9. Farquhar C. Endometriosis // BMJ. – 2007. – V. 334. – R 249-253.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ СОСТОЯНИЯ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

ДУБРОВА Л.Ю.

г. Харьков

Значительный рост частоты кесарева сечения в последние десятилетия – до 20 % и выше – выдвинул новую проблему ведения беременности и родоразрешения ранее прооперированных женщин. Оценка состоятельности оперированной матки, прогнозирование возможностей вагинальных родов после кесарева сечения сегодня являются особенно актуальными аспектами этой проблемы в связи с возросшим запросом в обществе на естественные роды, изменением культурных ценностей в сторону возврата к извечной истине о физиологической природе беременности и родов [1,3].