



ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

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. А.В. Бойчук
Проф. С.Р. Галіч
Проф. С.М. Геряк
Проф. В.Г. Дубініна
Проф. З.М. Дубосарська
Проф. Ю.О. Дубосарська
Проф. Н.М. Рожковська

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», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

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

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРУТНЯКА ЗВИЧАЙНОГО У ЛІКУВАННІ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ <i>ЛІХАЧОВ В.К., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М.</i>	233
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА В ГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ <i>ЛОБАСТОВА Т.В., ЧЕЧУГА С.Б.</i>	236
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ, ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ЦИТОМОРФОЛОГІЮ ТА ДІАГНОСТИКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ <i>ЛОМАЧУК Б.О., ЧАЙКА Г.В.</i>	240
СТАН ПЛОДА ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДАХ АСОЦІЙОВАНИХ З ТРОМБОФІЛІЄЮ <i>ЛОСКУТОВА Т.О., ВОРОНІН К.В.</i>	246
ИССЛЕДОВАНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ В УСЛОВИЯХ ИХ СОВРЕМЕННОГО ВЕДЕНИЯ <i>ЛУЦЕНКО Н.С., ПОТЕБНЯ В.Ю., АЛЬ СУЛИМАН Х.М., ЕВТЕРЕВА И.А., ОСТРОВСКИЙ К.В., СОКОЛОВСКАЯ И.С.</i>	250
ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬПОСКОПІЧНОЇ СЕМІОТИКИ ПРИ ВПЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ЕКТОПІЯХ ШИЙКИ МАТКИ <i>ЛУК'ЯНЧУК О.В., КУЗЬЄВА Н.Г.</i>	254
РАК ЯИЧНИКОВ – ВЧЕРА И СЕГОДНЯ <i>ЛЫСЕНКО М.А.</i>	258
СТАН ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЙНОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ РОЗРОДЖЕННІ <i>МАКАРОВ О.Г., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю., ТАРАНОВСЬКА О.О.</i>	263
СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ <i>МЕРЦАЛОВА О.В., КУЗЬМИНА О.А., АРАЛОВ О.Н.</i>	265
НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ЯК НАСЛІДОК ЕНЕРГОДЕФИЦИТУ В ОРГАНІЗМІ ЖІНКИ <i>НАЗАРЕНКО Л. Г., БІБІК О. О., РУМІЄ ХАНІ І.</i>	269
ОСОБЕННОСТИ КОНСТИТУЦИИ, МОРФОФЕНОТИПА И ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН НИЗКОГО РОСТА <i>НАЗАРЕНКО Л.Г., ТАРУСИНА Е.В.</i>	272
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОМЕТРІОЇДНИХ ГЕТЕРОТОПІЙ ПРИ ВНУТРІШНЬОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ МАТКИ <i>НОСЕНКО О.М.</i>	276
ПУХЛИНОАСОЦІЙОВАНИ ОНКОМАРКЕРИ В ДІАГНОСТИЦІ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ <i>НОСЕНКО О.М., ЧУЖИК О.І.</i>	281
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТА С ИНДИНОЛ-3-КАРБИНОЛОМ У ПАЦИЕНТОК С ВЫСОКОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ <i>НЕЙМАРК С.Л., НЕЙМАРК О.С.</i>	287
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РЕЛИЗИНГ СИСТЕМЫ «МИРЕНА» В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН С АДЕНОМИОЗОМ <i>ОРАЗОВ М.Р.</i>	289
ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫКИДЫШЕ ПЕРВОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ ДО 20 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ БЕЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА <i>ПАДАЛКО Л.И., ДУКА Ю.М., ЗАХАРЧЕНКО Л.Г., ШИРИНКИНА Н.К., АКАШЕВА Н.Ж.</i>	293
СТАН ВАГІНАЛЬНОГО БІОЦЕНОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМИ ДОБРЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШИЙКИ МАТКИ <i>ПАВЛУШЕНКО С.Д., БАБЕНКО О.М., ДОЛГОШАПКО О.М.</i>	295
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ <i>ПАРАЩУК Ю. С., КОНОВАЛ А. А.</i>	298
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГЕМАТОМАХ ВЛАГАЛИЩА <i>ПИЛИПЕНКО О.Н., ЛЕВЧЕНКО И.И., СЛЮСАРЬ Т.И.</i>	302

ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫКИДЫШЕ ПЕРВОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ ДО 20 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ БЕЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА

*ПАДАЛКО Л.И., ДУКА Ю.М., ЗАХАРЧЕНКО Л.Г.,
ШИРИНКИНА Н.К., АКАШЕВА Н.Ж.*

г. Днепропетровск

За последние 15 лет увеличилась частота многоплодных беременностей, что связано с использованием индукции овуляции, стимуляции суперовуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий, включая экстракорпоральное оплодотворение. В связи с развитием ЭКО, с 1980 по 1997 гг., ежегодное количество родов двойней увеличилось на 52%, в то время как количество беременностей тройней выросло на 404% (отчет Общества Вспомогательных Репродуктивных Технологий, базы данных центра контроля за заболеваемостью, Национального центра данных статистики здоровья, США, 2011 г.).

С развитием репродуктивных технологий, которые увеличивают количество многоплодных беременностей, в то же время возрастает количество факторов, которые могут негативно влиять на течение беременности, материнскую заболеваемость и смертность, которая значительно выше, чем при одноплодной беременности.

На базе коммунального учреждения «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОС», который является учреждением III уровня перинатальной помощи и клинической базой кафедры, наблюдалась беременная К., 1979 г.р., которая поступила в отделение медицины плода и патологии ранних сроков беременности с жалобами на ноющие боли внизу живота, подтекание околоплодных вод с 18 недель беременности.

Из анамнеза: беременность наступила вследствие ВРТ, а именно ЭКО+ИКСИ. Наследственная полигенная тромбофилия (гетерозиготное носительство мутации MTHFR C677T, гетерозиготное носительство мутации фактора Лейдена). Вторичное бесплодие 6 тип Мюллеровой мутации. Отягощенный гинекологический анамнез (двусторонний пиосальпинкс, хламидиоз, трихомониаз, двусторонняя тубэктомия по поводу трубных беременностей в 2009-2010 гг., гистерорезектоскопия в 2012 году). Отягощенный соматический анамнез (вегето-сосудистая дистония по смешанному типу, анемия легкой степени тяжести, узловый нетоксический зоб, субкомпенсированный гипотиреоз).

При поступлении получала сохраняющую терапию, согласно протоколу клиники, проводившей ЭКО (утрожестан, кардиомагнил, фолиевая кислота, витамины группы В).

При поступлении выставлен диагноз: 3 беременность 19 недель. ЭКО+ИКСИ. Дихориальная диамниотическая двойня. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Поздний угрожающий самопроизвольный аборт. При проведении УЗИ: 1 плод: сердцебиение (СБ) +, БПР - 42,0 мм, ДБ - 29 мм, плацента по левой боковой стенке 20 мм 0 степени зрелости, абсолютное маловодие; 2 плод: СБ +, БПР - 42,5 мм, ДБ - 30 мм, плацента по передней стенке 20 мм 0 степени зрелости, амниотическая жидкость - 48 мм. Заключение: беременность 19 недель. Дихориальная диамниотическая двойня. Абсолютное маловодие 1 плода. Учитывая клиническую картину, гестационный срок, согласно приказа МЗ Украины №624 от 3.11.2008, беременной предложено прерывание беременности. Однако, после проведенной беседы, беременная категорически отказалась от прерывания, несмотря на разъясненные ей риски возникновения септических и тромбо-геморрагических осложнений. Беременной начата антибактериальная терапия цефалоспорином III поколения в стандартной дозировке.

Через сутки проведено повторное УЗИ: туловище 1 плода находится во влагалище, головка за областью внутреннего зева, СБ +; данные 2 плода без динамики.

При осмотре наружных половых органов из половой щели визуализируются ножки плода. Шея плода плотно охвачена шейкой матки, голова плода находится за внутренним зевом в полости матки. Влагалищная часть шейки матки укорочена до 1,5 см. Тело мат-

ки вне тонуса, с четкими контурами, безболезненно при пальпации, соответствует 19 неделям беременности. Своды влагалища свободные. Выделения из половых путей слизисто-сукровичные, незначительные. Выставлен диагноз позднего самопроизвольного аборта 1 плода в ходу.

Беременная повторно поставлена в известность о необходимости прерывания беременности и невозможности сохранения второго плода. Женщина категорически настаивала на сохранении второго плода из двойни после извлечения первого. С родственниками и самой беременной проведена повторная беседа о возможных осложнениях. Учитывая дихориальную, диамниотическую двойню, отсутствие акушерского кровотечения, удовлетворительное состояние беременной, консилиумом принято решение о попытке пассивного извлечения первого плода в условиях развернутой операционной под контролем УЗИ с дальнейшим пролонгированием беременности с сохраненным вторым плодом из двойни. К ножному концу первого плода прикреплен груз 50 г на стерильной марле, который был приспущен вниз, ниже тазового конца женщины. Через 1,5 часа с момента прикрепления груза первый плод из двойни извлечен целиком. На пуповину первого плода наложена лигатура на уровне наружного зева. Плод отправлен на пато-гистологическое исследование, при проведении которого установлено, что плод женского пола соответствовал 19 неделям гестации без морфологических изменений. Послед первого плода оставлен в полости матки.

Интраоперационно произведен УЗ-контроль состояния второго плода: в полости матки определяется 2 плаценты (по передней и по левой боковой стенке матки). Плацента по передней стенке расположена внутри плодного яйца, СВ+, БПР - 42,5 мм, ДБ - 30 мм, соответствует 19 неделям беременности. Плодные оболочки целые, околоплодные воды прозрачные, АЖ 48 мм. Миометрий в нормотонусе.

При влагалищном исследовании после извлечения первого плода цервикальный канал сомкнулся. Проходим для кончика пальца. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. В области наружного зева – фрагмент пуповины первого плода с лигатурой.

Беременной назначен строгий постельный режим. Протокол терапии включал токолитическую терапию в течение 3 дней, а также терапию препаратами прогестерона в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Проводился ежедневный мониторинг развернутого общего анализа крови в течение первых 7 дней после выкидыша, далее – 1 раз в неделю.

Через сутки произведен УЗ-контроль: внутриутробное состояние плода без отрицательной динамики; плацента извлеченного плода по левой боковой стенке 20 мм, повышенной эхогенности, однородна, пуповина от данной плаценты расположена в цервикальном канале. На протяжении всего срока наблюдения с регулярностью 1 раз в 2 недели мониторировали показатели С-реактивного белка, прокальцитонина, коагулограммы с обязательным количественным определением Д-димера.

Через 14 дней после самопроизвольного выкидыша первого плода произведен ультразвуковой скрининг второго плода из двойни. Констатирован факт беременности 21 недели, прогрессирующей. Показатели фетометрии соответствовали сроку беременности. Плацента первого плода 0 степени зрелости, толщиной 8,5х16 мм. Шейка матки 35 мм, внутренний зев закрыт. Беременной разрешен полупостельный режим. Женщина переведена в отделение медицины плода.

На сроке беременности 24 недели оставшаяся часть плаценты на УЗИ определялась на участке в 30 мм толщиной 11 мм.

В дальнейшем женщина принимала сохраняющую терапию препаратами прогестерона и кофакторную витаминотерапию с учетом выявленной мутации метилентетрагидрофолатредуктазы. Дважды проведен курс терапии низкомолекулярными гепаринами в связи с нарастанием гиперкоагуляции.

В 30 недель беременности появились жалобы на схваткообразные боли внизу живота, установлен диагноз угрожающих преждевременных родов по данным УЗИ с цервикометрией, проведен острый токолиз и профилактика респираторного дистресс-синдрома, согласно приказу МЗ Украины №624 от 3.11.2008 г., благодаря чему беременность удалось пролонгировать до 32 недель гестации. В 32 недели гестации развилась регулярная родовая деятельность. Родоразрешение произведено путем операции кесарева сечения, во время которого

извлечен ребенок мужского пола весом 1600 г, длиной 43 см, с оценкой 6-8 баллов по шкале Апгар. Вторая плацента, которая оставалась после выкидыша, подверглась выраженным склеротическим изменениям.

Женщина выписана на 15 сутки послеродового периода в удовлетворительном состоянии.

На момент выхода статьи рожденному мальчику исполнится 6 месяцев, а на базе коммунального учреждения «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОС» был проведен еще один аналогичный случай с поздним выкидышем 1 плода из двойни в сроке гестации 15 недель, наступившей с помощью ЭКО, который завершился рождением живого ребенка в сроке гестации 33 недели.

Таким образом, можно утверждать, что патогенез перинатальной патологии при многоплодной гестации не может считаться полностью исследованным. До сих пор отсутствуют четкие данные про особенности формирования и функциональное состояние фетоплацентарного комплекса в зависимости от причин и характера многоплодия, недостаточно разработаны методы оценки состояния плодов, мониторинга их внутриутробного развития, антенатального наблюдения и прогнозирования перинатальных исходов у беременных с многоплодием различного генеза. Увеличение частоты многоплодия влияет на акушерские и перинатальные показатели, выдвигая проблему многоплодной беременности в ряд наиболее актуальных вопросов современного акушерства и перинатологии.

СТАН ВАГІНАЛЬНОГО БІОЦЕНОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМИ ДОБРОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШИЙКИ МАТКИ

ПАВЛУШЕНКО С.Д., БАБЕНКО О.М., ДОЛГОШАПКО О.М.

м. Донецьк

В даний час проблема захворювань шийки матки залишається однією з найбільш значущих у сучасній гінекології. Незважаючи на певні успіхи в діагностиці та лікуванні патології шийки матки, захворювання цієї локалізації продовжують складати значну питому вагу в структурі гінекологічної патології [1,2]. Останнє пояснюється не тільки різноманітністю патологічних станів шийки матки, але, головним чином, потенційним ризиком їх злоякісної трансформації і різноманітним клініко-морфологічним особливостям цього органу при різних станах репродуктивної системи [1,4].

Доброякісні захворювання шийки матки займають одне з основних місць в структурі гінекологічних захворювань і виявляються у 38,8% жіночого населення [1,3]. В 3,6 - 9% випадках доброякісні захворювання шийки матки можуть перейти в рак [3,4,6,9,11].

На думку деяких дослідників наявність запальних захворювань піхви є фактором ризику виникнення доброякісної патології шийки матки [8,12]. Отже, метою даної роботи було вивчення особливостей біоценозу піхви у жінок репродуктивного віку з рецидивом доброякісної патології шийки матки.

Матеріали та методи дослідження

У відповідності з поставленою метою в роботі і задачами проведений аналіз вагінального вмісту і його типовий склад при обстеженні 162 жінок репродуктивного віку, у яких при щорічному обстеженні діагностовано рецидив доброякісної патології шийки матки (основна група). Додатково було обстежено 40 жінок, які мали в анамнезі доброякісну патологію шийки матки, але при контрольних обстеженнях не мали рецидивів захворювання (група 2 – контрольна 1), а також 30 гінекологічно здорових жінок (група 3 – контрольна 2). Вік жінок був у межах від 22 до 41 років.