

У Ч Р Е Д И Т Е Л Ь :

000 «Maxliyo-shifo» & V

«Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья»
Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
Основан в 1997 году

«The news of dermatovenerology
and reproduction health»
is a peer reviewed journal,
is published 4 times a year

Журнал зарегистрирован Госкомитетом
Республики Узбекистан по печати и информации
Лицензия №0527 от 13. 02. 2009 г.

А Д Р Е С Р Е Д А К Ц И И :

г. Ташкент ул. Шайхонтохур
проезд Авиационная 10
Клиника «Maxliyo-shifo»

Тел: (3712) 331-51-59, 244-06-33
E-mail: dermatol47@mail.ru

Подписной индекс — 1039
1042

ГНПП «Картография»
Адрес: 100170, Ташкент, ул. Зиёлилар, 6
Тел: 262-53-66
Факс: 262-57-31

За содержания рекламных материалов
ответственность несет рекламодатель

Подписанов в печать 17. 04. 2009 г.
Формат А4
Печать офсетная
Цена договорная

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

2.2009

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор — А. Ш. Ваисов
Зам. гл. редактора — Р. А. Капкаев
Зам. гл. редактора — Д. Д. Курбанов
Отв. секретарь — А. Б. Рахматов

С. С. Арифов
Г. М. Гиясова
Ю. К. Джаббарова
Ш. И. Ибрагимов
Г. А. Исмаилова
Э. Г. Ким
И. М. Мухамедов
Б. А. Магрупов
Н. С. Султанов
Х. К. Шодиев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. М. Абидов (Ташкент)
Ф. А. Акилов (Ташкент)
В. А. Аковбян (Москва)
Г. Р. Батпенова (Астана)
А. Гюнеш (Турция)
Б. А. Дусчанов (Ургенч)
П. Т. Зоиров (Душанбе)
А. М. Исмаилов (Ашгабад)
Ш. М. Кабулов (Ташкент)
Ж. Р. Каримбердиев (Ташкент)
З. Д. Каримов (Ташкент)
Д. Ф. Каримова (Ташкент)
З. Б. Кешилева (Алматы)
Р. Кумар (Индия)
Э. И. Мусабаев (Ташкент)
П. Р. Менликулов (Ташкент)
Д. К. Нажмитдинова (Ташкент)
М. Ш. Садыкова (Ташкент)
С. С. Саипова (Ташкент)
Р. И. Усманов (Ташкент)
В. П. Федотов (Днепропетровск)
Ш. А. Хамидов (Анджиган)
Э. Х. Эшбаев (Ташкент)

ПОЛВЕКА НА СЛУЖБЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА <i>Пахомова Ж.Е.</i>6	ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ВОБЭНЗИМА У БЕ- РЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПИ- ЕЛОНЕФРИТОМ И ГЛОМЕРУЛО- НЕФРИТОМ <i>Ш.А.Зуфарова, Д.С.Юлдашева, Н.Б.Мирзаева, Ш.Т.Мухамедханова</i>17
СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПО- ЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕН- ЗИН-КОНВЕРТИРУЮЩЕГО ФЕР- МЕНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭК- ЛАМПСИЕЙ <i>Абдуллаева Д.Д., Юсупбаев Р.Б.</i>8	СТЕПЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИ- КАЦИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СО- СТОЯНИЕ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИ- ТОМ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ <i>Ш.А.Зуфарова, Д.С.Юлдашева, Н.Б.Мирзаева, Ш.Т.Мухамедханова</i>18
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТА- ЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РЕЦИ- ДИВИРУЮЩЕМ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ <i>Э.И. Азимова</i>9	ЭХОДОППЛЕРОГРАФИЯ С ТРЕХ- МЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ У БЕ- РЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИ- ТИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДО- СТАТОЧНОСТИ <i>А.Х.Каримов, М.А.Фаттахова, Р.Ф.Даминов</i> ..20
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ- МЕНЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕ- ЧЕНИЯХ <i>Алексо-Шутко А.В., Пахомова Ж.Е.</i>11	СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ <i>Каримова Д.Ф., Аюпова Ф.М., Джаббарова Ю.К., Бабаджанова Г.С., Любич А.С.</i>21
КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕ- ЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХО- ЛЕСТАЗА БЕРЕМЕННЫХ <i>Бабаджанов Р.М.</i>12	ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ «КОРТИКОКА- ТЕХОЛАМИНОВЫХ» ГОРМОНОВ ПЛОДА В РАЗВИТИИ ЦИРКУЛЯ- ТОРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУ- ШЕНИЙ <i>Каримова Ф.Д., Абдуджалилова Г.А.</i>22
СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕ- МЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИ- РЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ <i>Г.С.Бабаджанова, М.Ф.Хабибуллаева</i>13	ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТА- ЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТРОМ- БОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕ- НИЙ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮ- ЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ <i>Каттаходжаева М.Х., Назирова М.У, Ходжаева Ш.Ш., Эшкабилова М.М.</i>23
КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МИГРЕНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННО- СТИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИ- ЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ <i>Гафурова М.Р., Каримова Ф.Д.</i>14	АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРА- ПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТОЧЕНИЙ <i>Ким Ен Дин, Семенухин А. А., Абидов А. К., Атаджанов А.</i>24
БОРЬБА С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>Джаббарова Ю.К., Джуманиязов К.А.</i>15	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕ- НЕНИЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН С АНТИ-
ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛО- ГИЙ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД <i>Жураева Х.М., Пахомова Ж.Е.</i>16	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ	

ФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Курбанов Д.Д., Курбанова М.Т., Мустафаева М.Э., Шодмонов Н.М.</i>	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Саиджалилова Д.Д.</i>
ТАВАНИК-ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Муминова Н.Х.</i>	ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 У ЖЕНЩИН С РИСКОМ НА ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Саидкариев Б.К., Мавлянова Ш.К., Мавлянова Н.</i>
ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Нажмутдинова Д.К., Саруханова А.А., Сапаров А.Б.</i>	ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА У РОДИЛЬНИЦ С АНЕМИЕЙ <i>Саидкариев Б.К., Юлдашева С.З., Мавлянова Ш.К., Курбанова У.В., Назарова Д.Э., Рассадина М.В., Закирова Г.Ю.</i>
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА БЕССИМПТОМНУЮ БАКТЕРИУРИЮ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Пахомова Ж.Е., Норбаева Х.К.</i>	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Хайрутдинова Н.Х.</i>
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ВИРУСЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА <i>Раджабова З.А.</i>	ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ <i>Халитова З.И., Мехмонова М.Ш.</i>
ОЦЕНКА ПРОГРЕССА РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРОНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПАРТОГРАММЫ ВОЗ <i>Ю.Г. Расуль-Заде, А.А. Климашкин</i>	ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЦНС РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ <i>Ходжаева М.А., Каримова Ф.Д.</i>
ОЦЕНКА КРОВОТОКА В ОБЛАСТИ УДАЛЕННОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА <i>Рахимов Х.И.</i>	ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРА СА-125 В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ <i>Л.М.Абдуллаева</i>
ГИСТОСТЕРИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ <i>Рахманова И.И. Каримова Ф.Д.</i>	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ <i>Ходжаева М.А., Каримова Ф.Д.</i>
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МИЛДРОНАТ-ЦИТОМАК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Рахманова И.И.</i>	СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ <i>Л.М.Абдуллаева</i>

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАДИОВОЛНОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ <i>Абдуразакова Г.А.</i>48	ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ <i>Закирова Г.Ю., Саидкариев Б.К., Мавлянова Ш.К., Назарова Д.Э., Турбанова У.В., Юлдашева С.З.</i>58
АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Д.А.Алиева Н.И.Хикматова</i>49	ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии ПОСЛЕ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА <i>Каримова Д.Ф.</i>59
ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ <i>Д.А.Алиева, Ф.Д.Хакимова, Г.Р.Салиходжаева</i>50	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ПО РАКУ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>Наврзуова Р.С., Султанов С.Н., Юлдашева Н.Ш</i>60
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭХОДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ БЫСТРОГО РОСТА МИОМЫ МАТКИ <i>Ахмедова Г.А., Каримов А.Х.</i>51	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЯМИ <i>Нажмутдинова Д.К., Магзумова Н.М., Садыкова Д.Р., Таджиева Х.А., Каюмова Д.Т.</i>61
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА <i>Аюпова Ф.М., Мирсаидова Ш. Т., Нигматова Г.М.</i>52	ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ <i>Нажмутдинова Д.К., Каюмова Д.Т., Юлдашев А.А., Низамова Л.В.</i>62
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ <i>Аюпова Ф.М., Рахматуллаева М. М., Нигматова Г.М.</i>54	ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА <i>Д.Б.Назарова</i>64
О ВЛИЯНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ, ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ <i>Ваисов И.А.</i>56	РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Фолликулярного АППАРАТА У ДЕВОЧЕК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА <i>Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э.</i>65
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ <i>Ходжаева А.С., Джураева Д.Л. Сагатова З.Л.</i>57	

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖ- КЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ ЭНДОМЕТРИО- ЗЕ МАТКИ <i>Расуль-Заде Ю.Г., Ходжаева Ш.Ш., Абдураимов Т.Ф.</i>	РУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА <i>Юлдашева Д.С., Мирзаева Н.Б., Зуфарова Ш.А.</i>
66	77
ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВ- НОЙ ФУНКЦИИ И СИСТЕМЫ ГЕМО- СТАЗА ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧ- НЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В РЕГИОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЙОДОДЕФИЦИТА <i>Садькова М.Ш., Хакимова Л.С., Хайрутдинова М.Х., Рахимова С.Э.</i>	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И РЕПРОДУК- ТИВНАЯ СИСТЕМА ДЕВОЧЕК-ПОД- РОСТКОВ <i>Г.К. Якубова</i>
68	79
СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕС- ПЛОДИЯ ЭНДОКРИННОГО ГЕНЕЗА <i>Саямова С.Ш.</i>	ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОС- ТИКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛО- ВЕКА <i>Арипджанова Д.С., Султанов С.Н., Алиева Д.А., Алиева Т.М.</i>
70	80
ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН <i>Султанов С.Н., Эркабаева Ф.А.</i>	ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ГИ- СТЕРОСКОПИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ МАТКИ <i>Рафикова Х.А., Исимова У.Ш., Абдурахманов А.Д., Мурдахаяев С.Л. Юлдошев С.К.</i>
70	82
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЭНДО- ХИРУРГИЧЕСКОГО И РЕАБИЛИТА- ЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕ- РИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ <i>Т.Э. Туляганов, Б.И.Усманова</i>	РОЛЬ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТО- ЛОГИИ В РАЗВИТИИ ТРОМБОТИ- ЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН, РОДОРАЗРЕШЕННЫХ АБДОМИ- НАЛЬНЫМ ПУТЕМ <i>Куздеева М.Т., Султанов С.Н.</i>
72	83
ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С МАСТОПА- ТИЕЙ В ПЕРИОД ПЕРИМENOПАЗУЗЫ <i>Н.И.Хикматова, Д.А.Алиева</i>	<i>Памяти Е.Н. Осиповой</i>
73	84
НЕГЛУБОКИЕ ЗАТЯЖНЫЕ ДЕПРЕССИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА <i>Ходжаева Н.И., Мухамедова Ш.Т., Каюмова Д.Т.</i>	
74	
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА <i>Д.Р. Худоярова</i>	
75	
ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАЦИИ КОН- СЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ <i>А.К. Шамиров</i>	
76	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕ- МОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРА- ПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИ-	

ПОЛВЕКА НА СЛУЖБЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Пахомова Ж.Е.

Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента

Пятьдесят лет тому назад по Ташкентскому городскому отделу здравоохранения был издан приказ №137 «Об открытии родильного дома №6» от 1 мая 1959 года.

Родильный дом стал располагаться в здании нынешнего музея здравоохранения Минздрава РУз. Через несколько лет лечебное учреждение переехало в трехэтажное здание бывшего общежития и развернуто 150 коек. Родильный дом состоял из двух акушерских (физиологическое, сомнительное), двух детских и гинекологических отделений. В состав родильного дома (до 1986г.) входили три женские консультации, которые осуществляли амбулаторно-поликлиническую помощь населению прикрепленного района.

В 1984 году начала функционировать круглосуточная клиничко-биохимическая лаборатория. В феврале 1987г. в эксплуатацию был сдан новый восьмиэтажный типовой корпус, который располагался рядом со старым зданием. В новом акушерском корпусе разместились акушерские отделения и женская консультация №1. В старом здании стали разместились два гинекологических отделения, отделение централизованной стерилизации и бактериологическая лаборатория. К концу девяностых годов мощность родильного дома составляла 300 коек.

Со дня основания родильного дома и на протяжении 34 лет лечебное учреждение работало под руководством прекрасного руководителя, высококвалифицированного акушера-гинеколога - Осиповой Евгении Николаевны. Следует сказать, что созданная ею

школа высококвалифицированных специалистов: акушеров-гинекологов, среднего и младшего персонала, и по настоящее время достойно выполняет свою работу.

На протяжении всего своего существования родильный дом тесно сотрудничал с учебными заведениями, где проходили подготовку будущие акушеры-гинекологи, акушерки, медицинские сестры. На базе лечебного учреждения располагались клинические базы кафедр медицинских институтов и училищ. Так, с 1976 года в нем находились: кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского медицинского института, которые возглавляли доцент Х.С. Умарова (1976-1981 г.), доцент С.А. Нарзикулова (1981-1985 г.); Ташкентского института усовершенствования врачей: зав. каф. профессор Т.К. Шевченко (1985-1994 гг.), профессор Д.Ф. Каримова (1994-1995 гг.); Первого Ташкентского медицинского института: зав. каф.: доцент Б.К. Саидкариев (1996-2002гг.), профессор Ю.Г. Расул-Заде (с 2002г.).

В 1995 году родильный дом №6 был преобразован в Городской перинатальный центр, а женская консультация - в консультативно-диагностическую поликлинику перинатального центра. Позднее, родильный дом вновь стал работать, как районное лечебное учреждение.

Большим достижением было открытие в августе 1995г. стерилизационного блока при внутрибольничной аптеке, что позволило изготавливать внутрибольничные лекарственные препараты.

В 1998г. вышел Указ Президента

Республики Узбекистан №УП-2107 от 10 ноября «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», и женские консультации были отделены от родильных домов и включены в состав районных поликлиник, в настоящее время - семейных поликлиник.

Позднее в структуру лечебного учреждения вошли консультативно-диагностическая поликлиника (2003г.) и отделение переливания крови (2004г.). В настоящее время Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента (2008г.) является структурным звеном службы родовспоможения, которое качественно и достойно выполняет свои профессиональные функции. Мощность его составляет 225 коек, в структуру входят 11 медицинских подразделений. В леченом учреждении работают 438 медицинского и фармацевтического персонала, из них врачей высшей категории – 37, д.м.н. – 1, к.м.н. – 3 и 50 сотрудников административно-хозяйственной службы.

На базе лечебного учреждения проходят подготовку студенты, магистры и клинические ординаторы Ташкентской медицинской академии, Ташкентского педиатрического института, медицинских училищ и колледжа.

В работу Городского родильного комплекса широко внедряются международные программы и новые технологии: «Грудного вскармливания», «Инициатива больниц доброжелательного отношения к детям», «Акушерский и перинатальный уход», «Безопасное материнство» и др.

В соответствии с этими программами в работу лечебного учреждения внедрено совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди, кормление новорожденного только грудным молоком. Процесс родов максимально приближен к домашним условиям, на родах может присутствовать близкий женщине человек, сама женщина активно участвует в разработке плана ведения родов. В работу широко внедряются клинические руководства, местные протоколы по ведению различных состояний, что обеспечивает возможность оказывать медицинскую помощь на достаточно высоком уровне с учетом современных достижений науки и уровня доказательной базы медицины. И все, что за эти полвека сделано и достигнуто - это безусловная заслуга тех людей, которые честно и достойно выполняют свою работу и стоят на охране здоровья населения нашей страны.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН-КОНВЕРТИРУЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

*Абдуллаева Д.Д., Юсупбаев Р.Б.
РСНИИЦАиГ МЗ РУз, Ташкент*

Актуальность. Антенатальная охрана плода и профилактика перинатальной смертности у беременных в настоящее время имеет особую актуальность. Учитывая структуру материнской (15-40%) и перинатальной (до 38%) смертности, где ведущее место занимает развитие преэклампсия, несмотря на многочисленные исследования эта проблема остается ведущим направлением современного акушерства (1,2,4).

Исходя из патофизиологических особенностей преэклампсии, установлено, что его развитие может значительно предопределяться наследственными факторами. В большинстве исследований, проведенных в последнее время, выявлены простые генетические механизмы такие, как: полиморфизм единственно действующего доминантного гена, локализуемых в 1, 3, 4, 9, 17 и 18 хромосомах (6,7). Наиболее часто у женщин с преэклампсией выявлялся полиморфизм генов, локализуемых в первой хромосоме (7).

Известно, что у беременных женщин с преэклампсией выявляются нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения (МППК) (3,5). Поскольку ренин-ангиотензинная система играет одну из основных ролей в процессах вазоконстрикции и активность ангиотензин-конвертирующего фермента довольно значительно возрастает в эндотелии спиральных артерий во время беременности, был интерес исследовать влияние полиморфизма генов на показатели маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения.

Целью данного исследования явилось - исследовать влияние полиморфизма генов на показатели маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения

Материал и методы исследования.

Исследование проведено у 46 беременных женщин с преэклампсией тяжелой и легкой степени и 30 условно здоровых беременных, у которых была определена принадлежность к гомозиготным (DD и II) и гетерозиготным (ID) генотипам ангиотензин-конвертирующего фермента.

У беременных выявлялись анамнестические данные, клиническое течение беременности, исходы родов, уровни АД, некоторые биохимические параметры, а также ультразвуковые показатели кровотока в сосудах матки и плода.

Все обследованные были сопоставимы по возрасту, который находился в пределах от 18 до 39 лет (27,0±8,1 лет). Для оценки состояния беременных женщин, были использованы общепринятые клинические и биохимические методы исследования.

Для определения ID полиморфизма гена ангиотензин конвертирующего фермента образцы кро-

ви были собраны в пробирки, содержащие 0.129 то1/L цитрата натрия в конечном соотношении кровь/антикоагулянт 9:1. Геномная ДНК была экстрагирована с помощью набора Isogen (Россия). ДНК-образцы были амплифицированы на ПЦР с двумя I/D фланкирующими праймерами. Для выявления гетерозиготности ID генотипа в амплифицируемый образец добавлялся диметилсульфоксид (DMSO). Выявление гомозиготного DD генотипа проводилось при повторной ПЦР этого же образца, но уже без диметилсульфоксида.

Оценку состояния МППК производили методом доплерометрии, с помощью ультразвукового аппарата SIMENS SONOLINE VERSA-PRO, снабженного блоком цветового доплеровского картирования, используя трансабдоминальный датчик с частотой 3,5 МГц. Для оценки кривых скоростей кровотока использовались углозависимые показатели кривых скоростей кровотока. Это индексы сосудистого сопротивления сосудов: пульсационный индекс (ПИ) и индекс резистентности (ИР).

Результаты исследования.

Выявлено, что среди здоровых беременных 8 (26,7%) имели генотип DD, 10 (33,3%) - II и 12 (40%) - ID. Тогда как при преэклампсии тяжелой степени (12 женщин) соотношение генотипов DD, ID и II оказалось следующим 7 (58,3%) - 4 (33,3%) - 1 (8,3%), а при преэклампсии легкой степени, соответственно 19 (55,9%) - 11 (32,4%) и 4 (11,8%). Из вышесказанного видно, что среди беременных с преэклампсией преобладают женщины, имеющие D аллель ангиотензин-конвертирующего фермента (при $P < 0,05$), причем это наиболее выражено при гомозиготной форме (DD генотип).

Анамнестические данные показали, что у беременных с преэклампсией с генотипом DD более часто наблюдалось развитие преэклампсии при беременности их матерей, в сравнении беременными с II генотипом. Также чаще развивается преэклампсия, особенно в тяжелой форме с более ранним началом и при второй беременности, а также более высокий индекс резистентности маточных и пупочных артерий на 30 - 34 неделях гестации. Вместе с тем, не было выявлено каких-либо статистически значимых различий между представителями обеих гомозиготных генотипов при гестозе по изменениям систолического и диастолического АД, гестационного возраста при родах и веса новорожденных.

Полученные данные показывают, что DD генотип ангиотензинконвертирующего фермента может служить фактором риска для развития преэклампсии.

Допплерометрическое исследование МППК было произведено в 28-34 неделях беременности. Ин-

декс резистентности спиральных и маточных артерий при неосложненной беременности условно здоровых женщин в зависимости от полиморфизма гена ангиотензин-конвертирующего фермента имел некоторые различия. Обнаружена лишь тенденция к определенному возрастанию этих показателей в направлении от гомозиготного II генотипа через гетерозиготный генотип к гомозиготному DD генотипу.

Аналогичная картина выявлена и для индекса резистентности маточных артерий. Во всех случаях показатели индекса резистентности маточных и спиральных артерий были статистически значимо (при $P < 0,05$) выше у носителей DD генотипа по сравнению с носителями I аллеля гена ангиотензин-конвертирующего фермента (II и ID).

Индекс резистентности артерий пуповины у женщин с преэклампсии также прогрессивно убывает по мере уменьшения количества D аллеля и возрастания I аллеля. Однако статистически значимые различия были выявлены только между двумя гомозиготными группами (II и DD).

Очень близкая картина проявляется и при преэклампсии тяжелой степени. Соответственно дан-

ным показатели резистентности обследуемых сосудов у носителей II генотипа равны и даже несколько выше аналогичных показателей женщин с гестозом средней тяжести - носителей гомозиготного DD генотипа. Вместе с тем, индексы резистентности соответствующих сосудов у женщин носителей DD генотипа при выше таковых носителей II генотипа. Следовательно, при различной степени тяжести преэклампсии кроваток в маточно-плацентарных и пуповинной артериях в определенной мере связан с полиморфизмом гена ангиотензин-конвертирующего фермента. Индекс резистентности этих артерий оказался наиболее высоким при гомозиготном DD генотипе и низким при II генотипе. Таким образом, наличие или прогрессирование преэклампсии приводит к нарушению кровотока в системе мать-плацента-плод, что подтверждается высоким индексом резистентности спиральных артерий, маточной и артерии пуповины наблюдается при гомозиготном генотипе DD, и снижение данных показателей при генотипе II. Исследование состояния фето-плацентарного кровообращения необходимо проводить всем беременным группы риска на развитие преэклампсии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ

Э.И. Азимова

РСНПМЦАиГ МЗ РУз, Ташкент

Актуальность проблемы: Одной из современных тенденций клинической медицины, является увеличение инфекций, передающихся половым путем (ИППП), среди которых герпетическая инфекция гениталий, вызванная вирусом простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ-1, ВПГ-2), является наиболее неконтролируемой [1,2]. По данным ВОЗ число инфицированных ВПГ составляет более 90 % от общей популяции, из которых 11 % страдают генитальным герпесом (ГГ), а среди женщин репродуктивного возраста от 20 до 40 % . Генитальный герпес, согласно данным научной литературы в 20 % случаев протекает с типичной симптоматикой, в 60 % - имеет малосимптомное, стертое, в 20 % - бессимптомное, атипичное течение [1,4]. Попадая в организм, вирус сохраняется на протяжении всей жизни, персистируя, периодически вызывая рецидивы, возникающие на фоне иммунодефицита. Физиологическая иммуносупрессия при беременности способствует реактивации (рецидиву) инфекции, что приводит ко многим акушерским и перинатальным осложнениям [3,4,5].

Целью исследования явилось изучение течения беременности, родов, послеродового периода и периода адаптации новорожденных у женщин с различными клиническими формами генитального герпеса.

Для выполнения цели и задач, методом ИФА крови, была выделена группа женщин с маркерами хронической ВПГ-инфекции - (высокоавидных антител класса G), у которых удалось подтвердить

наличие вируса в генитальном тракте методами верификации вируса или его частиц - цитоморфологии (ЦМ), полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммунофлюоресценции (ИФ). Таким образом, для детального изучения была отобрана 30 женщин с рецидивирующим генитальным герпесом (I - группа сравнения) и 30 беременных (II-группа контроля), практически здоровых, не имевших признаков инфицирования генитального тракта ВПГ.

Состояние здоровья новорожденных нами было оценено с учетом дефиниций ВОЗ, в основе которых лежит регистрация новорожденных массой 500 г и более, родившихся в сроке 22 нед и более. Оценка состояния новорожденных доношенных, а также от преждевременных родов после 28 нед., проводили по шкале Апгар. Состояние недоношенных детей, родившихся от очень ранних преждевременных родов (от 22 до 27 нед гестации) оценивали по признакам живорождения (дышит или проявляет один из признаков жизни такие, как сердцебиение, пульсация пуповины, явные произвольные движения мускулатуры, независимо от того перерезана пуповина или нет, и отделилась ли плацента), проводилось их взвешивание, измерение роста.

Полученные результаты: Сравнительный анализ течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периода в группе беременных с ГГ и группе контроля показал, что: Токсикоз I пол. беременности в I группе встре-

чался достоверно чаще, чем у здоровых в 1,5 раза (36 % против 26 %). Также достоверно высоким был показатель угрозы прерывания беременности, который превысил этот показатель в группе здоровых более, чем в 5 раз и составил 73 %. Анемия беременных во I группе встречалась в 2 раза чаще, чем в контрольной. Нарушение кровообращения в маточно-плацентарно-плодовом кровотоке (по данным доплерометрии) в I группе выявлено у 76 % беременных, из них в 30 % отмечалась тяжелая и среднетяжелая степень. Незрелая беременность была только в группе сравнения и составила 10 % осложнений. Прерывание беременности в этой группе во II триместре отмечалось достоверно чаще, чем в I -ом, соответственно 17% и 6,5 %. Каждая вторая беременная I группы перенесла ОРВИ, острые респираторные заболевания (50%), в группе здоровых – 3%. Преэклампсия, достоверно чаще отмечалась в группе сравнения - в 37 %, из них 16 % - составили беременные с преэклампсией тяжелой степени. В группе здоровых беременных преэклампсия составила 7% и отмечалась только легкой степенью. Такие осложнения как многоводие, маловодие, синдром задержки развития плода наблюдались только в группе сравнения и составили примерно от 13 до 16 %. У женщин с ГГ отмечались явления уретрита, цистита почти в 37 %, при этом лабораторных признаков воспаления мочевыводящих путей не было выявлено. Обострение пиелонефрита отмечалось у 17 % женщин. Характерные жалобы женщин с ГГ -на дизурию, исхалгию, боли и парестезии в области крестца встречались почти у 40 % беременных, что часто затрудняет клиницистам дифференциальный диагноз.

Сравнительная оценка **исхода беременности** в сравниваемых группах показало, что из 30 беременностей в группе здоровых все закончились родами (100%). У женщин с ГГ только в 66 % случаев беременности закончились родами, из них срочными – в 55 %, оперативно в доношенном сроке были родоразрешены 20 %. Преждевременные роды в группе сравнения составили 45 %, из них оперативные -10%.

В группе здоровых беременных 93 % срочных родов, оперативные - 3 %.

В I группе, в структуре преждевременных родов преобладало кол-во очень ранних преждевременных родов (в сроках от 22 до 27 недель) - 20 %. Кол-во ранних преждевременных родов (в сроках от 28 до 32 нед) составило 15 %, преждевременных родов после 32 нед - 10 %. В группе контроля преждевременные роды составили не более 7 %, что почти в 7 раз меньше, чем в группе сравнения.

В I периоде родов ПОНРП в группе сравнения наблюдалась в 20 % случаев. Несвоевременным излитием околоплодных вод осложнилось 70 % родов из I группы, что достоверно чаще в 7 раз, чем в группе контроля. Этот показатель объясняет

достаточно высокий показатель хорионамионитов в I группе, который составил 15 %, т.е. у каждой шестой роженицы отмечалось повышение температуры, лейкоцитоз крови, проводилась антибактериальная терапия. В группе контроля этих осложнений не было.

Во II -ом периоде родов во I группе отмечался высокий показатель асфиксии плода, который объясняется высоким показателем преждевременных родов. В III периоде родов гипотония матки отмечалась у одной беременной из I группы, что составило 5 %. Кровопотери более 500 мл не наблюдались ни в одной группе, в группе контроля не превысила 250-300 мл.

В **послеродовом периоде** в I группе обострение герпетической инфекции отмечалось в 30 % случаев (на 3-5 сутки отмечались типичные высыпания, 20 % из них - в виде герпес-лабиалис). Субинволюция матки отмечалась у 25 % рожениц группы сравнения, т.е. у каждой четвертой роженицы, в контрольной группе этот показатель был меньше 7 %. Эндометрит - 15 %, инфильтрат передней брюшной стенки- 5 %, частичное или полное расхождение швов на промежности - 10 %, все эти осложнения были характерны для I группы сравнения и не наблюдались в группе контроля.

В группе контроля все 30 новорожденных родились живыми, из них доношенными 93 %. В I группе родилось 20 новорожденных, живыми 15 (75 %), 5 новорожденных (25 %) родились мертвыми. Доношенными родились 11 младенцев, что составило 55 %, 9 новорожденных - недоношенными, из которых 5 (25%) родились антенатально и интранатально погибшими, остальные погибли в раннем неонатальном периоде. В данной группе существенно преобладало количество детей, рожденных в асфиксии: 45 % новорожденных, из них 25 % родились в асфиксии тяжелой и среднетяжелой степени.

Высокие показатели преждевременных родов и асфиксии в во I группе обусловили высокий показатель перинатальной смертности, причем ранняя неонатальная смертность составила 20 % и была за счет новорожденных с чрезвычайно малой (ЧММТ<1000) и очень малой массой тела (ОММТ<1500) от очень ранних (ОРПР) и ранних преждевременных родов (РПР). Сравнительный анализ массы тела новорожденных позволил установить, что в данной группе 20 % младенцев родились массой менее 1500 г.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и данные о новорожденных позволяют сделать вывод, что генитальная форма герпетической инфекции значительно осложняет течение гестационного периода, что увеличивает количество очень ранних и ранних преждевременных родов, обуславливая высокий показатель перинатальных потерь.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Алексо-Шутко А.В., Пахомова Ж.Е.

Акушерские кровотечения занимали и продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре материнской смертности многих стран мира. Борьба с акушерскими кровотечениями представляется сложной и порой трудновыполнимой задачей [1,2, 3,4].

Целью нашей работы явилась сравнительная оценка внедрений новых технологий в практику лечения гипотонических кровотечений.

Материалы и методы исследований. Нами был проведен ретроспективный анализ историй родов, осложнившийся гипотоническими кровотечениями с 2004 по 2008 год по г. Ташкенту.

Для проведения клинико-статистического анализа весь материал был разделен на 2 группы.

1-ую группу составили 24 (64,8%) женщин за 2004-2007гг., у которых мероприятие по лечению гипотонических кровотечений проводилось по традиционной программе, по которому работало практическое здравоохранение за 2007г. Как правило, до 2007г. использовались при патологической кровопотере консервативные и оперативные мероприятия. Консервативные мероприятия включали в себя внутривенное, внутримышечное введение окситоцина, метилэргометрина, введение коллоидных растворов, препаратов крови и плазмы, применялась аминокaproновая кислота и др. оперативные мероприятия включают РОПМ, прижатие аорты, массаж матки на кулаке, наложение клеммы по Бахшееву, затем ампутация и экстирпация матки, перевязка магистральных сосудов. Ведение III периода трактировалась, как выжидательное. Применялись различные методы отделения и выделения последа в течение 20 минут.

У 13 женщин (41,9%) женщин (2007-2008гг), у которых ведение III периода родов и борьба с гипотоническим кровотечением проводилась на основании «Клинического руководства по ведению больных с кровотечением в родах и послеродовом периоде» - утвержденное Минздравом РУз в 2007 году и на основании внутренних протоколов принятых в стационарах г. Ташкента. Согласно примененным новым технологиям ведения III периода проводилась «активно» - после пересечения пуповины введено 10 Ед. окситоцина и тракция последа за пуповину.

При возникновении кровотечений одновременно применены консервативные и хирургические мероприятия. При консервативной терапии необходимо строго соблюдать соотношение объема инфузионно-трансфузионной программы к объему кровопотери и приоритетное введение кристаллоидов при кровопотере до 1 литра. Используются утеротонические средства в больших дозировках внутривенно, а также простагландины (мизопропростол), двуручная декомпрессия матки, с последующим переходом на

хирургическое лечение: перевязка магистральных сосудов, шов по Линчу, ампутация и экстирпация матки.

Результаты и их обсуждение. В первой группе женщин до 20 лет 6 (25%), до 30 лет 12 (50%), до 40 лет 6 (25%). По паритету в 1-ой группе первобеременных 7 (29,2%), повторобеременных 17 (70,8%) женщин. Во 2-ой группе первобеременных 3 (23,1%), повторобеременных 10 (76,9%) женщин. Анализ экстрагенитальных заболеваний в обеих группах показал: преобладание железодефицитной анемии, как в 1-ой группе 21 (87,5%), так и во 2-ой 13 (54,2%); эндокринные заболевания (ожирение, диффузный зоб) в 1-ой группе 8 (33,3%), во 2-ой группе 13 (23,1%); хронический пиелонефрит в 1-ой группе 8 (33,3%), во 2-ой группе 4 (46,1%). Среди гинекологических заболеваний в обеих группах особенностей не установлено. Так, среди всех женщин с кровотечением эрозия шейки матки у 6 (16,2%), хроническим аднекситом 5 (13,5%). В предыдущих родах выявлены такие осложнения как гипотоническое кровотечение у 2 женщин, как в 1-ой группе, так и во 2-ой; РОПМ в 1-ой группе проводилось у 9 (37,5%) человек. Обращает на себя внимание, что в 1-ой группе женщин РОПМ было произведено у 9 (37,5%) женщин и в 4 (16,6%) случаях послеродовой период осложнился метрэндометритом. Операции кесарево сечение в анамнезе производились 4 (16,6%) женщинам в 1-ой группе и 2 (15,3%) - во 2-ой. Анализ течения беременности, осложнившейся гипотоническим кровотечением показал высокую частоту гипертензивных состояний как в 1-ой группе - 10 (41,6%), так и во 2-ой - 4 (30,7%); ОРВИ - 5 (20,8%) в 1-ой группе и 3 (23%) во 2-ой группе. У всех женщин данная беременность явилась одноплодной и преобладали женщины с доношенным сроком беременности, как в 1-ой - 18 (75%), так и во 2-ой - 11 (84,6%).

Применение новых технологий по ведению III периода родов способствовало уменьшению длительности III периода от 3 до 5 минут как у перво-, так и у повторнородящих. Частота РОПМ снизилась в 7-10 раз. Гипотонические кровотечения развились после самостоятельных родов у 17 (70,8%); после оперативных родов у 7 (53,8%) женщин в 1-ой группе и у 10 (41,6%) и 3 (23%) соответственно во 2-ой группе. Объем кровопотери в среднем составил до 1 литра у 8 (33,3%), от 1 до 1,5 литра у 5 (20,8%), массивная кровопотеря до 3,5 литров у 11 (45,8%) в 1-ой группе и соответственно до у 7 (29%), у 3 (12,5%), у 3 (12,5%) во 2-ой группе. Как видно из проведенного анализа частота массивных кровопотерь во 2-ой группе в 3,5 раз меньше чем в 1-ой группе.

При лечении гипотонических кровотечений

консервативные мероприятия имели успех у 1 (4,1%) женщин в 1-ой группе и у 5 (38,4%) во 2-ой группе. Необходимость в удалении матки (НАМ, экстирпация) возникла у 23 (95%) случаев в 1-ой группе и у 8 (61,5%) случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что несмотря на то что плазмо- и гемотрансфузий существенно не изменилось, но заметно снизилась по объему. Следует сказать, что несмотря на проводимые мероприятия скончалось 7 (29,6%) женщин из 1-ой группы и 3 (23%) со 2-ой груп-

пы. И у всех объем кровопотери составил от 1,5 до 3,5 литров.

Таким образом, сравнительный анализ новых технологий в лечении гипотонических кровотечений показывает их преимущество. Стандартизация медицинской помощи при гипотонических кровотечениях способствуют снижению объема кровопотери, повышению эффективности консервативных мероприятий, снижению объема переливаемой крови и ее компонентов, и уменьшению необходимости в удалении органа.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА БЕРЕМЕННЫХ

*Бабаджанов Р.М.
ТашИУВ*

Внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ) - это транзиторная печеночная дисфункция, возникающая преимущественно в третьем триместре беременности и серьезно нарушающая ее течение. ВХБ - встречается от 1 до 14% [5]. ВХБ повышает риск недоношенности - 60%, дистресс-синдрома - 33% и гибели плода - 2% [4]. Лечение данной патологии заключается в назначении антигистаминных препаратов и препаратов, обладающих гипохолестеринемическим действием [2].

Целью нашей работы явилось отразить критерии эффективности лечения урсосаном (урсодезоксихолевой кислоты) у беременных с внутрипеченочным холестазом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 65 беременных с ВХБ в родильных комплексах (2,3) и КИБ №1 г.Ташкента. Все беременные подвергались комплексному обследованию, включающему традиционные клинико-лабораторные, серологические, вирусологические, иммунологические и эхографические.

Лабораторные исследования включали общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови (общий билирубин с фракциями, АЛТ, АСТ, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза в крови, холестерин, триглицериды, в-липопротеиды, тимоловая проба, щелочная фосфатаза), коагулограмму (содержание фибриногена, ПТИ, время рекальцификации плазмы, толерантность плазмы к гепарину, активированное частичное тромбоиновое время, тромботест, гематокрит, тромбоциты, время свертывания по Ли - Уайту).

Средний возраст составил $23,3 \pm 1,7$ года. В зависимости от паритета преобладали первобеременные - 41 (63,0%). Срок гестации составил 28-38 недель у 59 (90,7%) беременных, у 6 (9,3%) в сроке 24-26 нед.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Одним из специфических клинических признаков ВХБ, по нашим данным был кожный зуд, который отмечен у всех 65(100%) беременных, из них

умеренный - у 26 (40,0%), сильный - у 39 (60,0%).

У 29(44,6%) беременных с ВХБ на ранних стадиях заболевания при относительно удовлетворительном состоянии появлялись жалобы на слабость, вялость, ухудшение аппетита, тошноту, отрыжку, что характерно для заболеваний печени и ЖКТ. Позднее выраженность этих симптомов прогрессировала, общее состояние больных ухудшалось.

Наиболее тяжёлым клиническим проявлением ВХБ явился ДВС-синдром, первые признаки которого обнаруживались у 12(18,4%) беременных и наиболее характерными для ДВС- синдрома были кожные петехиальные кровоизлияния различных размеров, которые наблюдались у 10 (15,3%) пациенток, кровотечения из матки в послеродовом периоде более 1000,0 мл у 2 (3,0%) женщин.

Все 65 (100,0%) беременных с ВХБ получали патогенетически обоснованное лечение с урсосаном.

По получаемой терапии все беременные с ВХБ были разделены на две группы. Первую группу составили 26(40%) женщин с легкой степенью тяжести, получавшие в основном урсосан по 12-15 мг/кг в сутки (однократно вечером) до разрешения холестаза в среднем ($13,4 \pm 0,5$ дней), а затем поддерживающую терапию по 250,0 мг на ночь в течение от 7 до 20 дней в зависимости от срока.

Вторую группу составили 39 (60%) женщин со средней и тяжелой степенью ВХБ, получавшие урсосан по 15-20 мг/кг в сутки, из них 2/3 дозы в вечернее время) до разрешения холестаза в среднем ($12,2 \pm 0,4$ дней), и в последующем поддерживающую терапию по 250,0 мг в течении 1 месяца.

Проведенные исследования показали, что после лечения наблюдалась нормализация показателей общего билирубина с фракциями, белковообразовательной функции печени, АЛТ, АСТ, ССК у беременных обеих групп, но относительно быстрая нормализация этих показателей была у беременных во второй группе, и это возможно, наступала вследствие коррекции дисфункции митохондрий, восстановления клеточных мембран гепатоцитов, уменьшения выработки и всасывания токсичных элементов.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

*Г.С. Бабаджанова, М.Ф. Хабибуллаева
ТМА, г.Ташкент*

Варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей является самой распространенной патологией периферических сосудов, особенно среди женщин. Частота этой патологии в 3-4 раза выше у женщин по сравнению с мужчинами. Однако максимальную функциональную нагрузку венозная система нижних конечностей испытывает во время беременности, когда наряду с быстро изменяющимся гормональным фоном в 1,5-2 раза возрастает интравенозное давление, что обусловлено увеличением объема циркулирующей крови и постепенным сдавливанием растущей маткой подвздошных и нижней полой вен [2,3]. У пациенток с ВРВ нижних конечностей достаточно высока частота осложнений беременности и послеродового периода.

Целью данного исследования явилось изучение характера гемостаза у беременных с варикозным расширением вен малого таза и предложить коррекцию его нарушений.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 30 беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей и 10 здоровых беременных. Наличие ВРВМТ устанавливали визуально путем дуплексного сканирования в режиме цветного доплера на аппарате Сименс, в Республиканском перинатальном центре с использованием датчиков 3,5 до 5 Мбт. При доплерометрии устанавливали наличие нарушения маточно-плацентарного (МПК) и плодово-плацентарного (ППК) кровотока, что также косвенным путем указывает на нарушение этих показателей ввиду варикозного расширения вен малого таза.

По результатам доплерометрических исследований обследованные женщины были разделены на 2 группы. 1-группу составили 15 беременных с ВРВМТ, 2-группу - 15 беременных с выраженным варикозом вен нижних конечностей и в нескольких случаях с варикозом вен наружных половых органов. Контрольную группу составили 10 здоровых беременных без варикозного расширения вен нижних конечностей. Беременные женщины были в сроках от 26 до 38 недель гестации. Осмотр сопровождался обязательным осмотром в зеркалах родовых путей для выявления варикоза стенок влагалища и на шейке матки. При необходимости назначалась консультация сосудистого хирурга.

Состояние системы гемостаза определяли в сыворотке крови беременных до и после лечения в центральной биохимической лаборатории ТМА с помощью стандартных реактивов фирмы Hima, Германия на анализаторе Himaclot DUO, Hima. Определяли концентрацию фибриногена по Рутбергу, активированное парциальное тромбопластовое время (АПТВ) – в присутствии каолина и фосфолипидов; протромбиновый индекс (ПТИ), антиромбин-III, тромбоэластограмму на коагулографе

и содержание кальция в сыворотке.

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучение качества маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК) показало, что при ВРВМТ чаще наблюдается нарушение кровотока и его составляющих, что способствует хронической гипоксии плода. Так в 1-группе частота нарушения МППК 1-степени достоверно выше (7 – 46,7%, $p < 0,05$), чем в контрольной группе (1 – 10,0%) и 2-группе с варикозом нижних конечностей (2 – 13,3%, $p < 0,05$). Выявленные нами нарушения маточно-плацентарного (МПК) и плодово-плацентарного кровотока (ППК), которое выявляется с помощью цветного дуплексного картирования в сосудах комплекса, согласуются с данными литературы [2, 5]. Это объясняет развитие таких осложнений как фетоплацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, а в родах часто приводит к рождению детей в состоянии асфиксии различной степени.

Состояние гемостаза имеет прямое отношение к качеству кровотока в МППК и его нарушение, несомненно, может привести к хронической внутриутробной гипоксии плода. Для оценки системы гемостаза были изучены показатели гемостазиограммы, которые выявили некоторые отклонения, более выраженные у беременных с ВРВМТ. Так, фибриноген был повышен у пациенток обеих групп, но выше у беременных 1-группы (7,3 г/л и 6,7 г/л соответственно). Показатель АПТВ был наоборот ниже у беременных 2-группы с ВРВ нижних конечностей (40,2с), чем у здоровых беременных (46,5с). Если ПТИ в контрольной группе в среднем составлял 93,3, то у беременных 1-группы он составил 115,1±3,0, а во 2-группе – 107,2±3,2. Антитромбин-III, был значительно ниже в 1-группе (59,1±2,3) по сравнению со здоровыми беременными и по сравнению с беременными 2-группы. Тромбоэластограмма была в 1-группе в 1,6 раза выше и во 2-группе почти в 2 раза выше, чем в контрольной группе. Интерес представляет и определение концентрации кальция в сыворотке крови. Исследования показали некоторое снижение его у больных 1-группы по сравнению с контрольной группой. Во 2-группе величина кальция в крови не отличалась от показателей контрольной группы.

Для коррекции нарушений системы гемостаза у беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей в последние годы часто назначаются препараты, в состав которых входит диосмин. Препарат флебодиа-600 фирмы Иннотек обладает венотоническим эффектом, воздействует на сосудистую стенку, и нормализует гемостаз. В зависимости от проводимого лечения беременные были разделены на 2 группы. В основной группе назначали препарат флебодиа по 1 таблетке x 1 раз в день в течение 20 дней, а в группе сравнения на-

значали аскорутин по 1 таблетке х 3 раза в день также в течение двух недель. При выраженном ВРВ нижних конечностей, сопровождающихся болезненностью по ходу вен, парестезиями, онемением, отечностью ног, дополнительно назначались препараты местного воздействия, такие как троксевазин, гепариновая мазь, лиотон и другие.

После проведения лечения женщины отмечали уменьшение или исчезновение жалоб. Извитость, лентообразное наполнение и выбухание варикозно расширенных вен нижних конечностей и наружных половых органов заметно уменьшились при визуальном контроле, болезненность по ходу вен также стала менее выраженной. Особенно заметны были изменения у беременных, получавших препарат флебодиа-600 по сравнению с беременными, получавшими традиционную терапию.

Показатели гемостаза после проведения лечения

заметно изменились, приближаясь к показателям здоровых беременных, хотя и были выше нормы. Так, фибриноген снизился в 1,7 раза и составлял $4,3 \pm 0,5$ г/л. АПТВ почти не отличался от контрольной группы. ПТИ достоверно снизился и был в пределах $98,2 \pm 2,2$ ($P < 0,001$). Восстановился показатель антитромбина-III, улучшились показатели тромбоэластограммы, хотя и оставались выше нормы.

Выводы: 1. Варикозное расширение вен малого таза у беременных характеризуется более выраженным нарушением в системе гемостаза по сравнению с варикозным расширением только нижних конечностей.

2. Назначение беременным с ВРВ нижних конечностей и ВРВМТ препарата флебодиа-600 приводит к вентоническому эффекту, восстановлению показателей гемостаза и способствует улучшению МППК.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МИГРЕНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

*Гафурова М.Р., Каримова Ф.Д.
ТашИУВ*

Головная боль – частый симптом, который встречается у 80% женщин детородного возраста. У 70% женщин в возрасте до 30 лет в течение месяца отмечается хотя бы один эпизод головной боли, а у 14% – до 4 эпизодов [1]. Жалобы на головную боль часто регистрируются и во время беременности. Причины ее возникновения самые различные. Вероятности опасных для жизни ситуаций, связанных с головной болью, ограничение терапии в связи с возможными побочными эффектами лекарств, стрессовая ситуация для женщины и ее семьи являются важными моментами. Врачи должны иметь реальное представление о причинах головной боли во время беременности и системном подходе к диагностике и лечению этого частого сочетания.

Головная боль может вызываться различными состояниями, и ее клиническое значение варьирует от легкого дискомфорта до жизненно опасных состояний.

Современная диагностика и лечение основаны на классификации Международного общества головной боли (IHS). Система устанавливает критерии для «первичных» состояний, таких, как мигрень и головная боль напряжения, когда головная боль является доминантным симптомом клинического синдрома. Она также ограничивает принципиальные категории головной боли, являющейся вторичной по отношению к системным состояниям.

Цель исследования - выявление частоты встречаемости и степени корреляции клинических проявлений первичных форм головных болей, в частности мигрени, со сроками гестации. На основании полученных данных внедрить комплекс лечебно-профилактических мероприятий для коррекции клинических проявлений мигрени у беременных.

Материалы и методы: обследование 473 бе-

ременных женщин проведено с помощью общей и специальной анкет головной боли, исследование проводилось в кабинетах консультативных поликлиник города Ташкента.

Результаты и обсуждение: установлено, что у 142 (30%) беременных имели место головные боли, в том числе у 51 (10,8%) пациентки диагностирована мигрень.

Мы проанализировали особенности течения мигрени в период беременности. 21(41,2%) беременная в анамнезе имели диагноз простой мигрени до наступления настоящей гестации, у 17 (33,3%) беременных имела место менструальная (катамениальная) мигрень, 13 (25,5%) пациенткам диагноз мигрени нами установлен впервые при данной беременности. В ходе исследования учитывались следующие параметры: средняя частота приступов в месяц, средняя длительность приступа мигрени, интенсивность головной боли по визуальной – аналоговой шкале (ВАШ).

Средний возраст беременных с мигренью составил $25,4 \pm 1,5$ лет. Учитывая, что дебют мигрени приходился на юный возраст $14,4 \pm 1,2$ года, то средняя длительность заболевания соответственно составил $10,1 \pm 2,1$ лет. 24 (47%) женщин отметили связь первого приступа мигрени со становлением менструального цикла. 3 (5,9%) женщин связывали появление головных болей с приемом гормональных контрацептивов, а у 6 (11,7%) пациенток первые приступы мигрени начались вскоре после предыдущих родов.

У 47(92,2%) беременных из 51 с наступлением беременности частота мигренозных атак стала несколько реже в первой половине и значительно снизилась во второй половине беременности. При этом если до беременности средняя длительность при-

ступа мигрени составила в среднем, у данной группы беременных, $14,5 \pm 1,2$ часов, то в I триместре настоящей беременности данный показатель составил уже $10 \pm 0,6$ часов, во II триместре снизился до $7,4 \pm 1,4$ часов, а в III составил $4,3 \pm 1,2$ часов.

У 4 пациенток была диагностирована ассоциированная мигрень (с классической офтальмической аурой), наступившая беременность у них способствовала учащению и усилению мигренозных атак. У этой группы беременных средняя интенсивность головной боли по ВАШ составила 9 баллов, длительность приступов удлинилась до $18,3 \pm 1,2$ часов, приступы сопровождались эпизодами гемипареза, симптомами переходящего амавроза, скотомами. Учитывая прогрессирование болевых атак 3 пациенткам из 4, с их согласия, уже в ранние сроки произведено прерывание беременности, поскольку на фоне данной гестации было невозможным проведение активной антимигренозной терапии.

Тактика ведения беременных с мигренью включала в себя ряд лечебно - профилактических мер:

1. Выявление и по возможности устранение предрасполагающих факторов (в частности, употребление кофе, орехов, сыра, шоколада и продуктов содержащих консерванты).

2. Рекомендации по соблюдению режима питания и сна (избегать длительных перерывов между приемами пищи).

3. Применение немедикаментозных методов: релаксации, поведенческой психотерапии для улучшения психо - эмоционального статуса.

4. При неэффективности профилактических мероприятий назначение препаратов, обладающих седативным эффектом, снижающих чувство тревоги и нормализующие сон. Можно рекомендовать МагнеВ6 - препарат сочетающий ряд этих эффектов и зарекомендовавший себя как безопасный для применения у беременных. Подбор дозировок и длительность приема препарата осуществляется в зависимости от состояния беременной.

Выводы:

1. Выраженность клинических признаков простой мигрени в течение беременности имеет тенденцию к заметному снижению.

2. У больных с ассоциированной мигренью беременность способствует учащению и усилению пароксизмов цефалгий в 75% случаев.

3. В тактике ведения беременных с мигренью предпочтение отдают созданию лечебно - охранительного режима и немедикаментозным методам коррекции психо - эмоционального состояния беременной.

БОРЬБА С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Джаббарова Ю.К., Джуманиязов К.А.
Ургенчский филиал ТМА*

Анемия - одна из наиболее важных проблем здравоохранения (1,10). Среди экстрагенитальной патологии у беременных ЖДА занимает первое место. ЖДА беременных составляет 75-95% всех анемий (Кассирский И.А., Алексеев, 1970, Митерев Ю.Г. 1983).

Актуальность проблемы ЖДА определяется высокой частотой этой патологии, которая в Узбекистане у женщин фертильного возраста достигает 70 %, а у беременных - 91,2-97% (7). Ухудшающаяся экологическая ситуация представляет высокий риск для здоровья населения. Одним из заболеваний, имеющих прогрессивный рост за последние годы является ЖДА среди беременных. Особую угрозу представляет увеличение удельного веса тяжелых степеней заболевания (уровень гемоглобина 70 г/л и ниже), который возрос за последние 20 лет с 3% до 20-23% в отдельных областях/районах республики (2,3,4).

По данным ВОЗ (1996) женщины с анемией в 5-10 раз чаще умирают во время родов, чем женщины с нормальным уровнем гемоглобина. Уровень гемоглобина менее 80 г/л снижает толерантность беременной к кровопотерям при родах. При гемоглобине 60 г/л циркуляторная декомпенсация становится очевидной при одышке и повышенном минутном объеме сердца в покое. Роды, аборт, кровотечения и другие ос-

ложнения могут привести к смерти рожениц (INACG, 1989,А). При падении гемоглобина ниже 40 г/л высока вероятность материнской смерти, вследствие анемической сердечной недостаточности и острой гипоксии. Даже потеря 100 мл крови у беременных с уровнем гемоглобина ниже 40 г/л при родах может вызвать циркуляторный шок и смерть (INACG, 1989, А).

По рекомендациям МЗ РУз анемию тяжелой степени следуют считать противопоказанием к беременности и родам (1999). Однако, в практическом родовспоможении в акушерские комплексы продолжают поступать женщины с уровнем гемоглобина 70 - 30 г/л, нередко с преэклампсией и другой акушерской патологией, чаще всего это первобеременные, накануне родов или в родах, что ставит акушер-гинекологов в экстремальную ситуацию, требует четкости организации оказания высокоспециализированной акушерской, гематологической, анестезиологической-реанимационной и лабораторной помощи. В связи с ухудшением экологической обстановки в ряде областей республики отмечается рост частоты выявления тяжелой степени ЖДА у беременных с 6,7% в 1983 году до 10% в 1998 г. и до 20-23% в 2008 г. (2,3,5,6).

Тяжелая анемия является основной причиной и пусковым механизмом развития осложнений, приводящих к материнской смертности и пери-

натальной патологии. Среди умерших матерей ЖДА отмечается, преимущественно среднетяжелой (20%), тяжелой степени (60%) и крайне тяжелой степени (20%). Отмечен большой удельный вес умерших матерей с анемией среднетяжелой и тяжелой степени (55,7%), беременность и роды у которых в 2/3 случаев осложнились патологической кровопотерей (Закирова Н.И., 1999).

Что касается этиологии ЖДА, то при обследовании основными причинами выявляется дефицит железа при рождении, алиментарный дефицит железа как следствие несбалансированного питания, нарушение всасывания железа, потери железа из организма, превышающие физиологические, повышенные потребности организма в железе.

Важно с целью дифференциальной диагностики ЖДА исключать такие заболевания крови, как болезнь Верльгофа, гипо- и апластическую анемию, лейкозы, а также хронические и злокачественные заболевания печени и др. органов.

Установлено, что ЖДА тяжелой степени в большом проценте случаев сопровождается серьезными осложнениями беременности и родов: преэклампсия составляет 51,4%, преждевременные роды - 13,6%, слабость родовой деятельности - 15 %, ПОНРП - 17,1%, гипотонические кровотечения в родах-28,6%, геморрагический шок-20%, коагулопатические кровотечения-2,9%, септические заболевания в послеродовом периоде - 14,3 %, развитие ОПН и материнская смертность- 5,7%. У новорожденных отмечалась маловесность - 41,7%, асфиксия- 44,5%, анемия уме-

ренной - 42,7% и тяжелой степени - 57,3 % (9).

У беременных, страдающих анемией тяжелой степени, риск родов возрастает по мере снижения гемоглобина и углубления гипоксии органов и тканей в связи развитием профузных, гипо- и атонических кровотечений, тяжелых коагулопатий и послеродовых септических заболеваний (8).

Комплексное лечение ЖДА включало коррекцию дефицита белка, железа, витаминов А, Е, С, РР, В12, В6, фолиевой кислоты, микроэлементов, иммунодефицита, борьбу с гипоксемией и гипоксией, профилактику кровотечений и ДВС-синдрома, нормализацию состояния ЦНС. Терапию проводили парентеральными препаратами железа при Нв 70-60 г/л – в ОПБ, при Нв 50 г/л и ниже – в ОРИТ. Переливание свежей одногруппной эритроцитарной массы (не более 3-5 дней хранения) производили только при экстремальной анемии (Нв 50-18 г/л) при подготовке к экстренному кесареву сечению, в 1 и 3 периоде родов, при продолжающемся кровотечении более 600 мл и геморрагическом шоке, после операции или родов.

Проведение дородовой госпитализации и лечение способствует повышению содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови до уровня анемии 1 и 2 степени, улучшению сна и аппетита, общего самочувствия и работоспособности, позволяет снизить частоту осложнений беременности и родов, в том числе гипотонических кровотечений в послеродовом периоде в 14 раз, гистерэктомию в 7 раз, предотвратить случаи материнской смертности от кровотечений.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Жураева Х.М., Пахомова Ж.Е.

Ташкентская медицинская академия. Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента

Проблема несвоевременного излития околоплодных вод многие десятилетия притягивает пристальное внимание акушер-гинекологов. Дородовое излитие околоплодных вод (ДИОВ), приводит к большой частоте акушерских и перинатальных осложнений таких как, слабость родовой деятельности 43%, гнойно-септические осложнения 19%, асфиксия и травматизация новорожденного 27%, затяжные роды 11% [3, 5].

Многие годы имела место распространенная «активная» тактика ведения родов при ДИОВ, которая заключалась в индукции родовой деятельности, что приводило к увеличению патологии родового процесса: нарушение сократительной способности матки, увеличение частоты асфиксии и травмы новорожденных [1,2]. Безусловно, эти моменты обуславливали и уве-

личение частоты оперативного родоразрешения. Таким образом, внедрившись в естественный физиологический процесс, мы сами насильственно дестабилизировали строю биологическую систему «гомеостаз беременных».

И не смотря на то, что в последние годы появилось мнение о возможном, более аналитическом и взвешенном подходе к ведению родов при ДИОВ. Возможно, ДИОВ - это вариант индивидуальной особенности самоиндукции родов. Эти все вопросы требуют проведения дальнейших методически грамотно построенных исследований.

В связи с этим, целью нашего исследования явилась сравнительная оценка активной и выжидательной тактики ведения родов при ДИОВ у беременных с доношенным сроком беременности.

Методы и материалы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 беременных при сроке беременности 37-41 недель с ДИОВ.

1-ую группу составили 40 беременных, у которых использовалось активное ведение родов. Проводился ретроспективный анализ историй родов с ДИОВ за период 2004- 2007гг.

2-ую группу составили 40 беременных, у которых применялась выжидательная тактика ведения родов.

Все женщины были подвергнуты общепринятому клинико- лабораторному, акушерскому и ультразвуковому обследованию. Также, при выжидательной тактике ведения родов проводилось мониторинговое наблюдение за беременной и ее плодом. Мониторинг в себя включал: определение количества лейкоцитов в крови 1-2 раза в сутки, анализ выделений из влагалища один раз в сутки, термометрию каждые 6 часов и доплерометрию маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Возраст женщин в обеих группах составил от 20 до 37 лет. Певобеременных женщин было 50, повторнобеременных - 30 человек.

При анализе экстрагенитальных заболеваний было установлено, что в 1-й группе женщин заболевания щитовидной железы встречались у 12 (30%), инфекция мочевого тракта - у 10 (25%), железодефицитная анемия - у 21 (52.5%). Во 2-й группе женщин эти заболевания встречались у 14 (35%), 11 (27.5%), 24 (60%) соответственно.

Хронический аднексит имел место у 6 (15%) женщин в 1-й группе и у 9 (22.5%) - во 2-й группе, бактериальный вагиноз у 4 (10%) и 7

(17.5%) женщин соответственно.

Результаты исследований и их обсуждение. Сравнительный анализ течения родов показал следующее. У беременных с активной тактикой ведения родов стимуляция окситоцином (внутривенно) имела место у 35 (87.5%), тогда как во 2-й группе женщин только у 3-х женщин через сутки была начата индукция родов внутривенным введением окситоцина, так как появился лейкоцитоз в крови и субфебрильная температура. Таким образом, у 37 (92.5%) спонтанно развилась родовая деятельность в среднем через 4-20 часов. Роды осложнились слабостью родовой деятельности у 12 (40%) женщин в 1-й группе и 6 (15%) - во 2-й группе, эндометрит в родах развился у 5 (12.5%) и у 3 (7.5%) женщин соответственно. В асфиксии родилось 13 (32.5%) новорожденных в 1-й группе и 8 (20%) - во 2-й группе. В раннем неонатальном периоде гипоксическо-ишемическая энцефалопатия имела место у 16 (40%), внутриутробная пневмония у 2 (5%) новорожденных в 1-й группе и у 9 (22.5%) и 1 (2.5%) соответственно. В послеродовом периоде клиника эндометрита продолжалась у 2 (5%) родильниц в 1-й группе. Следует сказать, что во 2-й группе женщин воспалительных осложнений не было.

Сравнительный анализ применения активной и выжидательной тактики ведения родов с ДИОВ при доношенном сроке беременности показал заметное снижение осложнений в родах, послеродовом и перинатальном периодах. Так, при выжидательной тактике ведения родов частота осложнений в 1.8 раза меньше, чем при активной.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ВОБЭНЗИМА У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

*Ш.А.Зуфарова, Д.С.Юлдашева, Н.Б.Мирзаева, Ш.Т.Мухамедханова
ТМШИ*

Особую ценность представляет предложенная National Kidney Foundation (США) классификация, подразумевающая выделение так называемой хронической болезни почек, стадии которой констатируют, ориентируясь прежде всего на величину скорости клубочковой фильтрации СКФ [2] и по изменению по изменению базальной СКФ в ответ на пищевую нагрузку мясным белком. Считали, что прирост СКФ более чем на 10%, является показателем сохраненной ФРП, прирост от 5 до 10% - как сниженный ФРП, а прирост СКФ менее 5% в ответ на белковую нагрузку - как отсутствие ФРП [1] Отсутствие или снижение ФРП озна-

чает, что почка работает в режиме гиперфильтрации. СКФ рассчитывали по формуле MDRD[2]:

$$СКФ = \frac{(140 - \text{возраст}) \cdot \text{масса тела}}{\text{креатинин сывороточный}}$$

и выражали в мл/мин.

Одной из важных задач в наших исследованиях, было оценить эффективность применения вобэнзима на функцию почек с учетом изменения базальной СКФ у беременных с ХП и ХГ.

Материалы и методы исследования. Согла-

си ФРП от 5 до 10%. Так, в этих группах беременных после 3 недель терапии восстановились до контрольных значений показатели протеинурии, лейкоцитурии, ОМЧ от 50 до 100 тыс. в 1 мл и ОМЧ от 100 тыс. > в 1мл. Тогда как в группах женщин, которые за этот период времени, хотя имелась положительная динамика снижения, по сравнению с данными до лечения, все же превышали данные в контроле. Показатель протеинурии у беременных с ХП и ФРП >10% и от 100 тыс. и > в 1 мл - в 2,0 раза, лейкоцитурия - в 1,9 и 2,0 раза, количество беременных у которых обнаружено ОМЧ от 50 до 100 тыс. - у 5 и 1, а ОМЧ от 100 тыс. и > в 1 мл - у 2 и 3 беременных. У беременных с ХГ с ФРП >10% протеинурия выявлена в 9,0 раз больше, чем в контроле, а с ФРП от 5 до 10% - в 11,0 раз, лейкоцитурия - в 2,6 и 2,9 раза, ОМЧ от 50 до 100 тыс. и > в 1 мл - по 1 беременной, а ОМЧ от 100 тыс. и > в 1 мл - у 4 и 6 беременных. Особое внимание мы уделяли группе беременных с ФРП <5%. Следует отметить, что назначение вобэнзима предотвращает у беременных ХП эффект нарастания в крови МК, экскрецию её с мочой, увеличивая клиренс креатинина и уменьшая креатинин в крови, повышался показатель СКФ, существенно снижались показатели протеинурии, лейкоцитурии, ОМЧ от 50 до 100 и от 100 тыс. и > в 1 мл. Вместе с тем, у беременных ХП с ФРП<5% уровень МК крови превышал контрольные данные, после 3 недель общепринятой традиционной терапии - на 16,5% (P<0,05), экскрецию МК - на 17,1%(P<0,05), креатинин крови также превышал - на 18,5%(P<0,02), клиренс креатинина был существенно ниже контрольных данных - на 19,8%(P<0,01), а показатель СКФ - на 16,5(P<0,05)%. В моче количество белка превышало - в 4,0 раза, лейкоцитурия - в 2,7 раза(P<0,001), показатель ОМЧ от 50 до 100 тыс. в 1 мл - выявлен у 1 беременной, с ОМЧ от 100 тыс. и > в 1 мл - у 3 беременных. Анализируя эти показатели, у бе-

ременных с ХГ и ФРП <5% установлено, что они имели вместо желаемого улучшения, наоборот ухудшение даже по сравнению с исходным периодом в обеих сравниваемых группах как леченых традиционным методом, так и с включением в него вобэнзима. Так, при анализе уровня МК крови у беременных с ФРП <5% установлено, что он превышал данные в контроле - на 38,0%, а по сравнению с исходными данными - на 27,9%(P<0,001), у беременных, которым включали в комплексное лечение вобэнзим - на 32,4 и 23,6% (P<0,001); экскреция с мочой МК превышала у беременных с традиционным методом - на 40,0 и 56,7%, у беременных с вобэнзимом - на 28,1 и 43,3%(P<0,001), уровень креатинина превышал - на 57,0-51,6% и 41,2-36,9%(P<0,001), а клиренс креатинина снизился - на 31,6(P<0,001)-19,0(P<0,02) и 23,3(P<0,01)-9,8(P<0,05)%. В обеих сравниваемых группах отмечено существенное снижение показателя СКФ, который был ниже данных в контроле у беременных леченных традиционным методом - на 50,5%(P<0,001), а по сравнению с исходными данными - на 38,7%(P<0,001), а у беременных с включением препарата вобэнзим - на 43,8 и 31,7(P<0,001)% соответственно.

В моче беременных после 3 недель неэффективной терапии в обеих сравниваемых группах сохранялось высокое содержание белка, который практически не превышал таковые значения до лечения, но все же был выше данных в контроле - в 31,0 и 30,0 раза (P<0,001), показатель лейкоцитурии - в 6,1 и 6,3 раза (P<0,001), у этого же количества беременных, как и до лечения выявлен стабильный показатель ОМЧ от 50 до 100 тыс. в 1 мл и ОМЧ от 100 тыс. и > в 1,0 мл.

Несомненно, что такое различие в изменении показателей функций почек у беременных с ХП и ХГ обуславливает увеличение выделения из организма токсических продуктов обмена.

СТЕПЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

*Ш.А.Зуфарова, Д.С.Юлдашева, Н.Б.Мирзаева, Ш.Т.Мухамедханова
ТМШИ*

Беременность оказывает существенное влияние на функциональное состояние почек: повышаются почечный кровоток и клубочковая фильтрация, увеличивается реабсорбция воды в почечных канальцах, что способствует ее накоплению в организме и снижению осмоляльности плазмы.

Вместе с тем, как показывают исследования последних лет в формировании нарушений

функций почек важное место занимают накапливающиеся в организме беременных эндотоксины, которые способствуют повреждению мембран клеток эритроцитов и внутренних органов, усугубляя патологическое состояние организма[5,6]

В связи с вышеизложенным, **основной задачей** было комплексное изучение функций почек, определения ФРП ее прогностическую

значимость в развитии ПЭ, оценки показателей эндогенной интоксикации у беременных с ХП и ХГ.

Методы исследования. Функцию почек оценивали по содержанию в сыворотке крови мочевины и креатинина (азотвыделительная функция почек), объему клубочковой фильтрации (по клиренсу эндогенного креатинина), концентрационной способности (проба Зимницкого), наличия воспалительного процесса в почках и мочевыводящих путях (анализу мочи по Нечипоренко).

Уровень АД – САД и ДАД, а также частоту пульса оценивали по Короткову Н.С. Содержание мочевины, креатинина, а также МСМ определяли с помощью готовых наборов реагентов, выпускаемых фирмой Lachema (Чехия).

Результаты исследования. Анализ полученных результатов исследований показал, что у беременных (8-12 нед) с ХП и ХГ азотвыделительная функция почек существенно не страдает, это подтверждается отсутствием значимых изменений, по сравнению с контролем, содержания в сыворотке крови МК и креатинина. О некотором нарушении функции почек свидетельствуют данные снижения клиренса креатинина, который у больных с ХП – был несколько ниже контрольных данных – на 5,9% ($P>0,05$), а у беременных с ХГ – на 10,7% ($P>0,05$). Вместе с тем у беременных обеих сравниваемых групп сохраняется в пределах контрольных значений СКФ, на фоне не нарушенной экскреции МК. Сохраняется в пределах контрольных значений и относительная плотность мочи. При исследовании по методу Нечипоренко у беременных с ХП и ХГ, выявлено высокое содержание лейкоцитов до $4,8-5,1 \cdot 10^3$ в 1мл, протеинурия – до 0,23-0,25 г/л, бактериурия – от 50 до 100 и больше тысяч бактерий в 1мл (ОМЧ – общее микробное число)

Следовательно, у беременных ХП сохраняется азотвыделительная функция и объем клубочковой фильтрации. У беременных ХГ, на фоне сохранения азотвыделительной функции снижается объем клубочковой фильтрации. В обоих случаях сохраняется концентрационная способность и СКФ.

При исследовании СМП в крови и моче, выявлено его повышение. При ХП содержание СМП₂₈₀ и СМП₂₆₀ определяемых их в крови и рассчитанные по формуле Калькара, не превышали данные в контроле, а в моче оказались выше – на 16,0 и 17,9% ($P<0,05$). У беременных ХГ – как в крови, так и в моче содержание СМП₂₈₀ превышали данные в контроле – на 18,0 ($P<0,05$) и 22,0 ($P<0,02$)%, а при длине волны 260 нм (СМП₂₆₀) – на 21,2 и 23,0 ($P<0,02$)% соответственно. В целом уровень СМП у беременных ХП в крови находился в пределах контроля, а в моче выше – на 14,8% ($P<0,05$). У беременных ХГ – в крови содержание СМП превышало контроль на 15,4% ($P<0,05$), а в моче – на 21,4% ($P<0,02$).

Увеличение уровня СМП в крови, может быть важным фактором генерализации патологичес-

кого процесса в организме больных ХП и ХГ, причиной эндогенной интоксикации, нарушения функций органов и систем. Адекватно проявлению эндогенной интоксикации, нарастают клинические симптомы заболевания. Можно полагать, что чем длительнее поддерживается состояние эндотоксемии вызванное патологическим процессом, тем выше и ярче проявляется клиническая симптоматика заболевания.

Анализ полученных результатов исследований показал, что даже среди практически здоровых беременных имеются различия в показателе ФРП. Так, после 3-х часов стимуляции, СКФ возросло в пределах от 5 до 10% у 10% обследованных, более 5% - 90%, при этом СКФ возросла с 153,8 до 166,5±6,56 мл/мин в первом случае и до 211,4±7,31 мл/мин во втором.

В группе беременных с ХП и ФРП ниже 5% отмечено у 12,6% беременных, от 5 до 10% 33,5%, более 10% - у 53,8%, а у больных с ХГ соответственно – 16,4%, 41,0% и у 42,6%.

Следует отметить, что после стимуляции в контрольной группе беременных с ФРП>10% отмечается статистически значимое повышение СКФ, по сравнению с исходным уровнем. Аналогичным образом наблюдается СКФ и в группах беременных с ХП и ХГ.

Однако СКФ в группах беременных с ФРП >10%, у которых выявлено ХП и ХГ было существенно ниже – на 15,4 и 16,1% ($P<0,05$) соответственно, по сравнению с таковыми данными у беременных контрольной группы. Анализируя таковые данные СКФ в группах беременных с ФРП<5% установлено, что СКФ было ниже исходных данных – на 10,0%, с ФРП>10% - на 20,0% ($P<0,02$) и ФРП от 5 до 10% - на 17,7% ($P<0,05$) в группе беременных с ХП и на 21,9, 29,7 и 27,1% ($P<0,01$) в группах беременных с ХГ. В тоже время нами не выявлено существенных различий в изменении уровня СКФ между группами ХП и ХГ с ФРП>10% и от 5 до 10% и значимое при ФРП<5% - на 12,8% ($P<0,05$).

Следовательно, в группах беременных с ХП и ХГ почки работают в более напряженном режиме гиперфильтрации, чем у беременных женщин контрольной группы. Возможно, это направлено на выведение из организма избыточного количества токсических продуктов метаболизма, в том числе СМП.

Выводы. Таким образом, у женщин с ХП и ХГ с дебюте беременности на фоне слабовыраженной клинической симптоматики, отмечается существенное нарушение функции почек, оцениваемых с помощью пробы Нечипоренко, УЗИ, возрастанием в моче токсичных СМП. Все это подтверждает, что в дебюте важное место должны занимать, в мониторинге обследования с использованием этих методов лабораторной диагностики. Тем более что при определении маркера поражения почек, параметр СКФ у женщин с ХП до беременности практически не отличался от таковых данных в контроле и существенно отличался при оценке этого показателя с пищевой нагрузкой.

ЭХОДОППЛЕРОГРАФИЯ С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*А.Х.Каримов. М.А.Фаттахова. Р.Ф.Даминов
ТМА*

Актуальность. Современная эхография дает возможность проследить за развитием плода с самых ранних этапов внутриутробного развития. Появление ультразвуковых аппаратов, позволяющих получить трехмерное изображение (3D) исследуемого объекта, в том числе и в режиме "реального времени" расширяет возможности ультразвуковой визуализации. [1-6].

Цель исследования: Определить 3D эходопплерометрические критерии компонентов хориона в I триместре беременности для отбора пациенток в группу риска по формированию патологического течения беременности.

Материал и методы исследования

Исследуемые женщины находились под наблюдением в течение беременности и родов на базе акушерско-гинекологического комплекса 2-й клиники Ташкентской Медицинской Академии в отделении I гинекологии с мая 2007 г. по сентябрь 2008 г.

Под наблюдением находилось 28 женщин в возрасте от 19 до 32 лет. В зависимости от течения данной беременности все пациентки были разделены на 2 группы: 1 группу составили 20 пациенток с клиническими и ультразвуковыми признаками угрозы прерывания беременности.

2 группу (контроля) составили 8 здоровых беременных без патологии эмбриона и тонуса матки при нормальном течении данной беременности. Определение гестационного срока производилось по дате последней менструации.

Все группы пациенток были сопоставимы по возрасту, паритету и наличию экстрагенитальной патологии.

УЗ-исследование проводилось в Центре здоровья женщин (Директор Юсупов Д.Ш.) на аппарате "MEDISSON" "SONOACE X8" (Корея) с использованием конвексного трансабдоминального датчика частотой 3,5 мГц для трехмерного изображения всем 28 обследованным женщинам. В клинике нами применялась методика трехмерного ультразвукового исследования (3D - режим) плодного яйца и хориального кровотока с применением энергетического доплеровского режима (PD) в триместре I беременности.

Результаты исследований и их обсуждение

Наиболее часто женщины страдали анемией, причем 1 степени в 1 группе - 60% и во 2 группе - 50% соответственно. На втором месте по частоте ЭГЗ была ИМТ в виде неосложненного пиелонефрита, т.е. без каких-либо структурных изменений почек при УЗИ. Так, в 1 группе частота ИМТ наблюдалась в 2,4 раза чаще, чем у женщин 2 группы. Хронический тонзиллит также был

вторым по частоте очагом инфекции у беременных - 30% в 1 группе, а во 2 группе - 25%. Диффузное увеличение щитовидной железы было третьей по частоте нозологией и наблюдалось в 1,6 раз чаще у женщин 1 группы.

УЗ-исследования проводились с применением методики трехмерного ультразвукового исследования (3D - режим) плодного яйца и хориального кровотока с использованием энергетического доплеровского режима (PD) в I триместре беременности от 8 до 13 недель.

Во 2 группе с физиологической протекающей беременностью происходит постепенное увеличение объема ткани хориона от 20,2 до 158 см³ к 13-й неделе гестации, причем в период завершения формирования ворсин нарастание объема хориона происходит "скачкообразно", в течение 2-х недель (с 10 до 12 см³) объем хориона возрастает практически вдвое. В то время как в первой группе ожидаемое возрастание объема происходит неадекватно, что характеризуется выраженным его снижением, что, вероятно будет являться в последующем предпосылкой развития первичной ФПН.

Индекс васкуляризации (VI) во 2 группе возрастает постепенно, достигая максимальных значений к 10 неделям гестации, затем несколько снижается. Следует отметить интересную закономерность: во время "скачкообразного" нарастания объема ткани хориона наблюдается снижение его индекса васкуляризации, это связано с тем, что в сроки беременности до 11 недель гетероморфизм кровотока в хорионе не выражен, достоверных отличий в кровоснабжении краевых и центральных участков не выявлено

Индекс кровотока в течение I триместра беременности постепенно увеличивается как в 1 группе, так и 2 соответственно. Достоверных различий в значениях данного показателя в период формирования ворсин и в период формирования котиледонов не выявлено.

В результате наблюдения за течением беременности и исходами родов за беременными 1 группы нами были выявлена закономерность изменения доплерометрических показателей хориона в 1 триместре, а в частности объем хориона и индекса васкуляризации. Патологическое течение беременности и родов, вероятно, было предопределено патологией формирования хориона в раннем сроке беременности, что проявлялось замедленным повышением объема хориона и снижением VI. В зависимости от изменений показателей объема и VI по сравнению с показателями физиологически протекающей беременности, исследуемая группа женщин ретрос-

пективно была разделена на 3 подгруппы. I подгруппу составили 8 женщины, у которых объем хориона был снижен на 25-45 %, а индекс васкуляризации - на 45-55 %. Во II подгруппе, объединившей 8 наблюдений, объем хорион был снижен на 46-65 %, а VI - на 56-65 %. III подгруппа включала 4 пациенток с наиболее выраженными нарушениями: объем хориона и VI были уменьшены на 66 % и более.

Согласно выше перечисленному, исходы течения беременности и родов в зависимости от доплерометрических показателей, характеризующих особенности формирования плацентарного кровотока в I триместре, были представлены: ФПН в I подгруппе - 33,3% во II и III подгруппах

по 80 и 100% случаев соответственно. Угроза прерывания беременности составляла в I подгруппе 66,7%, тогда как во II и III подгруппах по 100% случаев. Преждевременные роды и ПОНРП были только во II и III подгруппах (по 20 и 50% соответственно). Плотное прикрепление плаценты наблюдалось только в III подгруппе у 1 пациентки (50%).

Выводы. Эходопплерографические с 3D реконструкцией исследования в I триместре беременности являются высокоинформативными современными ультразвуковыми технологиями, способствующие ранней диагностики и прогнозированию патологического течения беременности.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*Каримова Д.Ф., Аюпова Ф.М., Джаббарова Ю.К.,
Бабаджанова Г.С., Любич А.С.,
Ассоциация акушеров-гинекологов Узбекистана*

Акушерские кровотечения стабильно занимают первое место среди причин материнской смертности. Так, в России они составляют 14,7%, в США -13,0%, во Франции – 18,6 % (9), в Республике Узбекистан –32-28%. (2). Если в мире каждую минуту погибает 1 женщина в связи с беременностью и родами, то из них каждые 3 минуты – от кровотечения (7). Около 128000 женщин умирают ежегодно в результате акушерских кровотечений. Ежегодно во всем мире регистрируется около 14 миллионов случаев акушерских кровотечений, большинство из которых возникают в послеродовом периоде (4).

В Узбекистане акушерские кровотечения являются ведущей причиной материнской смертности (1,2,4,8). В структуре акушерских кровотечений послеродовые кровотечения составляют 44,4-48,1% (3,10) Многолетний опыт анализа причин материнской смертности в акушерских учреждениях республики от кровотечений позволяет заключить, что основными причинами летального исхода являются неиспользованные врачами возможности в амбулаторном звене, упущения в акушерском стационаре, технические погрешности при оперативных вмешательствах, анестезиологические и инфузионно-трансфузионные осложнения. Немаловажную роль играет низкая осведомленность семьи о первых признаках осложнений беременности, мерах их предупреждения, показаний для срочного обращения за медицинской помощью и неотложной госпитализации в стационар. Всё вышесказанное обуславливает частоту запоздалого поступления женщин в родильные отделения в тяжелейшем состоянии с признаками геморрагического шока, создавая экстремальную ситуацию в акушерском отделении, как правило, в ночное время суток. В стационаре решающую роль в развитии летального исхода имеют: не-

дооценка общего состояния беременной/роженицы, недооценка общей кровопотери (дома, в дороге, в приемном покое, во время родов и операции, после родоразрешения, в палате), запоздалый диагноз, неоправданно длительное время проводимые, нередко повторные, консервативные меры по остановке кровотечения, запоздалый неадекватный гемостаз, неверная тактика по объему и качеству инфузионно-трансфузионной терапии, отсутствие четкого алгоритма действия медицинского персонала, неподготовленность отделения для оказания экстренной акушерской, высококвалифицированной хирургической, анестезиологической, гемотрансфузионной помощи. В тоже время, следует признать, что стремительный характер развития этой патологии требует принятия акушером решительных мер во имя спасения жизни женщины.

Несмотря на значительные успехи в области профилактики и лечения акушерских кровотечений, основа успеха лежит в эффективной и четко организованной работе мультидисциплинарной команды, способной оказать своевременную и качественную медицинскую помощь.

В связи с указанным, назрела объективная необходимость в разработке единых подходов и стандарта ведения родильниц с послеродовыми кровотечениями, который одобрен Ассоциацией акушеров –гинекологов РУз. Республиканский стандарт составлен на основании регламентирующих документов ВОЗ, USAID (5,6,7,) с учетом региональных особенностей.

Использование аналогичного алгоритма в отдельных клиниках развитых стран мира позволили снизить материнскую смертность с 1,7% до 0,45% (7). Надеемся, что внедрение данного стандарта в ежедневную практику родовспомогательных учреждений республики будет способствовать снижению материнской смертности от кровотечений.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ «КОРТИКОКАТЕХОЛАМИНОВЫХ» ГОРМОНОВ ПЛОДА В РАЗВИТИИ ЦИРКУЛЯТОРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

*Каримова Ф.Д., Абдуджалилова Г.А.
ТашИУВ*

Одним из основных предназначений мозговых транссмиттеров в частности катехоламинов во внутриутробном периоде является обеспечение полноценной функциональной активности развивающегося сердца плода посредством экстренного увеличения сахара в крови и непосредственной стимуляции сократительной деятельности кардиомиоцитов. В основе хронической фетоплацентарной недостаточности, как правило лежат циркуляторно-метаболические нарушения в зоне плацентарного барьера, которые сопровождаются относительной или абсолютной недостаточностью регуляторных механизмов в системе мать-плод. Существенное влияние на состояние гравидарного гомеостаза оказывают гормоны надпочечников плода. Во внутриутробном периоде в коре надпочечников плода функционирует особая эндокринная структура, которая составляет до 80% от общего объема надпочечников и в последующем полностью редуцируется в младенческом периоде. Остальная часть представлена так называемой «взрослой» зоной из которой формируется кора надпочечников взрослого человека. (3, 5). Также установлено, что фетальная зона продуцирует андрогенный гормон-дегидроэпиандростерон, а во взрослой зоне – кортизол. Гормон образующийся в фетальной зоне является предшественником эстрогенов и активно продуцируется уже на 14-15 неделе гестации, тогда как уровень кортизола нарастает в крови плода в последние недели гестации. Наряду с гормональными факторами регуляции сердечная деятельность плода на всем протяжении беременности зависит от сосудистого русла плаценты. В условиях длительных циркуляторно-метаболических нарушений кардиоплацентарный круг кровообращения подвергается определенным структурно-функциональным изменениям с исходом в хроническую плацентарную недостаточность.

Приведенные обстоятельства послужили основанием для сопоставления морфологических особенностей плаценты, содержания гормонов надпочечников новорожденных, а также показателей кардиоинтервалографии **с целью** изучения механизмов патогенеза хронической плацентарной недостаточности.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 47 пациенток, фактором отбора служили доношенная беременность, роды через естественные родовые пути и рождение живого новорожденного.

Основную группу I составили 33 пациентки с выявленными клинико-морфологическими признаками хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) в стадии компенсации (1а-15), субкомпенсации (16-11) и декомпенсации (1в-7). Группу сравнения II составили 14 пациенток без патологии. Следует отметить, что клинические призна-

ки ХФПН сочетались с преэклампсией легкой степени 43%, гипотрофией плода 27%, гипоксией плода которая соответствовала степени выраженности компенсаторных реакций плаценты. В работе использована комплексная диагностическая программа включавшая кардиотокографическое исследование и гормональное исследование пуповинной крови новорожденного. Исследование концентрации адреналина и кортизола в пуповинной крови проводилась методом ИФА и анализа тест-систем. Лабораторное исследование проводили на кафедре лабораторной диагностики ТашИУВ. Морфологические исследования плаценты включали определение удельной площади терминальных ворсин, заполненных эритроцитами капилляров в параабзальных отделах центральных котелидонах плаценты. Морфологические исследования проводили на кафедре морфологии, гистологии ТМА.

Полученные результаты: В контрольной группе исследования морфогистологическая картина плаценты отражала признаки увеличения емкости терминального сосудистого русла, гиперплазии ворсин хориона в сочетании с формированием дополнительных синцитиокапиллярных мембран, в некоторых случаях отмечено выраженное нарастание доли синцитиальных узелков. Данная характеристика свидетельствует о том, что в норме плацента к моменту родов претерпевает компенсаторные изменения, обеспечивающие полноценный гистогомеостаз. В основной группе гистологическая картина плаценты характеризовалась агрегацией и нарастающим малокровием терминальных ворсин с закономерным уменьшением синцитиальных узелков, что отражало истощение компенсаторных резервов, а в 7 случаях на фоне агрегации эритроцитов отмечены признаки ишемии, и микроинфаркта, что указывало на необратимое угнетение циркуляторно-метаболических процессов в периферических отделах кардиоплацентарного круга кровообращения.

Полученные результаты гормонального профиля пуповинной крови отражали повышенное содержание обеих фракций гормонов в группах 1а и 1б, то есть при компенсированной и субкомпенсированной ФПН. Уровень адреналина в группах с компенсированной и субкомпенсированной формами ФПН достигал значений 27,3 до 62,5; на наш взгляд это коррелировало с результатами гистологического исследования в плане кровенаполнения терминальных капилляров ворсинчатого дерева, по видимому, это происходило под влиянием адреналина как гормона острого стресса, пик для адреналина выявлен в стадии субкомпенсации ФПН. Повышение в данных группах исследования кортизола, гормона хронического стресса, объясняло гиперпластические изменения терминальных ворсин и появления, дополнительных синцитиокапиллярных мемб-

ран, наивысшая концентрация кортизола также отмечена при субкомпенсированной ФПН.

Наименьшее значение адреналина $10,4 \pm 2,1$ и кортизола $75,4 \pm 14,5$ нг/мл отмечались при декомпенсированных формах ФПН с выраженными признаками гипотрофии плода.

Отмеченные структурно-морфологические изменения плаценты имели отношение не только к гор-

мональному профилю, они в значительной степени коррелировали с гемодинамическими возможностями плода. При любых вариантах ХФПН, была выявлена функциональная связь всего спектра кардиоинтервалографии с удельной площадью синцитиальных узелков, которые являются морфологическим эквивалентом интенсивности газообменных и метаболических процессов плацентарного барьера.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

*Каттаходжаева М.Х., Назирова М.У., Ходжаева Ш.Ш., Эшкабилова М.М.
ТМА*

Целью настоящей работы было изучить изменения отдельных звеньев системы гемостаза при неразвивающейся беременности для прогнозирования тромбогеморрагических осложнений.

Материал и методы исследования

В качестве основной группы обследовано 34 женщины с неразвивающейся беременностью в 1 и 2 триместрах гестации; из них 10 женщин с неразвивающейся беременностью при пребывании плодного яйца в матке менее 2-х недель, 8 женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель, 8 женщин с внутриутробной задержкой погибшего эмбриона до 6 недель, 8 женщин с внутриутробной задержкой погибшего плода свыше 6 недель, а также 16 беременных женщин в 1 и 2 триместре с физиологическим течением гестации. Возраст обследованных в среднем составил $26,9 \pm 1,8$ года. В основную группу вошли 18 первородящих и 16 повторнородящих пациенток.

Общеклиническое исследование включало изучение анамнеза, особенностей соматического и акушерско-гинекологического статуса, данных объективного исследования, результатов клинико-лабораторных обследований. Все беременные подвергались обследованию на TORCH-инфекцию с помощью иммуноферментного анализа.

При исследовании были использованы оценочные тесты системы гемостаза: суммарная активность факторов свертываемости- активированное время рекальцификации (АВР); активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); протромбиновый индекс (ПИ) по Quick (1961); определение концентрации фибриногена по Рутбергу (1961); эталонный тест по Godal, Abildgar (1982); протамин-сульфатный по Niluwirovuskie (1981), фибринолиз, толерантность плазмы к герарину, активность фактора XIII, изучение функциональной активности тромбоцитов при воздействии индукторами агрегации АДФ по З.С. Баркогону (1988). Для оценки состояния эндотелия капилляров определялся уровень фактора Виллебранда крови (ОВ), содержание которого увеличивается при его повреждении (Михайлов В.Г. 1986).

Результаты исследования и обсуждение

Показатели общеоценочных тестов состояния системы гемостаза во время беременности сравнивали с аналогичными параметрами у соматически здоровых беременных женщин (таблица №1). Все женщины к моменту обследования не принимали гормональные или какие-либо другие препараты, способные влиять на свертывание крови. Частота неразвивающейся беременности в зависимости от срока гестации составила в 1 триместре беременности 15 случаев (46,4%) и во втором триместре гестации - 17 случаев (53,6%). Изучение анамнеза женщин указанных групп показало высокую частоту сопутствующих экстрагенитальных заболеваний и гинекологических заболеваний с превалированием заболеваний инфекционно-воспалительного характера. Среди них преобладали кольпиты, заболевания шейки матки и придатков матки.

Основными симптомами неразвивающейся беременности является уменьшение размеров матки соответственно сроку беременности, подтверждаемое УЗИ исследованием. Исчезновением субъективных симптомов беременности, иногда симптомы угрозы выкидыша. Проведенные нами исследования, по изучению характера изменений эндогенных токсинов и циркулирующих иммунных комплексов показало (таблица 1), что у женщин с неразвивающейся беременностью наблюдается достоверный рост концентрации ЦИК и СМП в крови по мере увеличения срока гибели плода. По мнению Габриэля Н.И. и соав. (1985) СМП адсорбируясь на эндотелии сосудистой стенки могут быть одной из причин гибели эндотелиоцитов. Kipotrick J/M/ et av. (1987) в своих работах доказывает, что ЦИК стимулирует взаимодействие лейкоцитов и эндотелиальных клеток сосудов, в результате чего происходит повреждение эндотелиоцитов.

При исследовании уровня фактора Виллебранда крови отмечено, что наибольшее его повышение имеют место у 82,5 % женщин с неразвивающейся беременностью сроком более 6 недель и составило $121,5 \pm 0,14$ % по сравнению 73,2 $\pm 0,3$ % в группе сравнения ($p < 0,05$). У 8 пациентов, уровень

фактора Виллебранда достигал максимальных цифр (181,4-199,6%). У женщин с неразвивающейся беременностью сроком 2-4 недели уровень фактора Виллебранда составил 98,7 ± 0,08%, что на 26% превысила контрольные значения.

Стимуляция эндотелиоцитов эндотоксином и ЦИК не только повреждают ее, но также является одной из причин повышения тромботической активности эндотелия, т.е. усиления синтеза апопротеина, ИЛ-1.

Анализ суммарной активности факторов внешне-го и внутреннего звена системы свертывания крови по данным АВР и АТВ показал, что у женщин с неразвивающейся беременностью отмечено достоверное повышение суммарной активности факторов, особенно у беременных с задержкой более 6 недель. Количество тромбоцитов у всех обследуемых групп беременных достоверно снижалось и составило 148,0 ± 9,8 · 10⁹л против 264,2 ± 11,4 · 10⁹л.

Агрегационные свойства тромбоцитов у женщин с неразвивающейся беременностью до 2-4 недель задержки имела тенденцию к активации и ускорению реакции тромбоцитов на воздействие экзогенного (АДФ) индуктора агрегации. С увеличением срока гибели плода до 6 и более недель наблюдалось удлинение во времени агрегационной активности тромбоцитов, что указывает на состояние гипофункции кровяных пластинок. По мере увеличения содержания фибриногена в крови и гипофункции тромбоцитов отмечается снижение активности фибринстабилизирующего фактора (Ф-Х111) в среднем на 38% от исходного. Это облегчает лизис локальных отложений фибрина под действием тканевых факторов, многие исследователи связывают это повышением потенциала свертывания крови. Достоверное увеличение высокомолекулярных ПДФ и положительный протамин сульфатный тест свидетельствовало о повышенном обороте фибриногена у женщин с неразвивающейся беременностью. На этом фоне наблюдаются низкие значения антитромбина 3 у 41,4 и 74,3% больных соответственно. Полученные данные говорят о том, что у женщин с неразвивающейся беременностью начиная с 4-6 недель задержки развития плода гиперкоагуляционный синдром может осложняться тромбофилией; т.е. гиперкоагуляционной фазой

острого ДВС синдрома, которая переходит в гипокоагуляционную фазу острого ДВС- синдрома. При гипокоагуляционной фазе ДВС синдрома, клинически могут появиться признаки полиорганной патологии, а лабораторно- несвертываемостью крови в пробирке, потреблением факторов свертывания (снижением уровня протромбина, фибриногена, тромбоцитов, высоким уровнем ПДФ).

Данная ситуация требует соответствующих мероприятий для перевода гипокоагуляционной фазы в гиперкоагуляционную фазу ДВС- синдрома, а затем в гиперкоагуляционный синдром. Однако необходимо подчеркнуть, что терапия гиперкоагуляционных синдромов является индивидуализированной и специфичной. В терапии гиперкоагуляционного синдрома, развивающегося в ответ на повреждение эндотелия, терапия отличается многообразием; т.е. учитывается эндогенная интоксикация- накопление ЦИК, повышение фактора Виллебранда и потеря плазменной части крови за счет нарушения целостности сосудистой стенки.

Выводы

1. В формировании гиперкоагуляционного синдрома у женщин с неразвивающейся беременностью лежит высокая частота экстрагенитальных заболеваний, гинекологических заболеваний с преобладанием заболеваний инфекционно-воспалительного характера, а также активация механизмов свертывания крови.

2. У женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель гиперкоагуляционным синдромом формирующийся на фоне повреждения сосудистого эндотелия (эндотелиопатии), сопровождается активацией свертывания крови как по внешнему, так и внутреннему механизму при участии тромбопластина, которому противостоит активность системы фибринолиза.

3. У женщин с пребыванием мертвого плода в течении 6 недель и более, гиперкоагуляционный синдром переходит в гиперкоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, а иногда может перейти в гипокоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, которая сопровождается клинически не свертываемостью крови, кровоточивостью тромбоцитов, резким повышением уровня ПДФ.

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТОЧЕНИЙ

*Ким Ен Дин, Семенухин А. А., Абидов А. К., Атаджанов А.
НИИ А и Г Минздрава РУз*

Акушерские кровотечения по прежнему остаются одной из актуальных проблем современного акушерства и составляют 20-25% причин материнской смертности [1, 2]. В тоже время, несмотря на использование новых медицинских технологий, при кесаревом сечении имеет место значительная кровопотеря.

Кровопотеря более 1500 мл рассматривается как массивное, сопровождающееся, нарушением основных систем жизнеобеспечения. Сле-

дует учитывать высокую чувствительность организма к кровопотере, особенно у рожениц с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией. У них, как правило, имеют место гиповолемия, изменения в системе гемостаза [1].

Разработанная в конце прошлого столетия инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений, в настоящее время не соответствует современным требованиям, предъявляемым к интенсивной терапии и в ряде случаев спо-

способствует формированию тяжелых осложнений в постреанимационном периоде.

В последнее время отмечается четкая тенденция к снижению числа кровотечений в последовом и послеродовом периодах на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Эти кровотечения отличаются значительной интенсивностью, и требуют большего внимания, и отличаются худшим прогнозом.

Анестезиологическое пособие. Опорожнение желудка с последующим введением антацидов. Внутривенное введение церукала (10 мг).

Премедикация внутривенно на операционном столе (фентанил 0,5 мкг/кг), димедрол (0,2 мг/кг), атропин и глюкокортикоиды при необходимости. Создать положение Фовлера. Прекураризация ардуаном до 1 мг. Индукция в наркоз калипсол (2 мг/кг), дитилин 2 мг/кг, инсуфляция кислородом (не более 50%), интубация трахеи (трубка обработана 5-10% лидокаиновой мазью или обработка голосовой щели 10% лидокаиновой аэрозолью). С момента введения мышечных релаксантов до интубации трахеи обязательно исполнение приема Селика.

Поддержание анестезии: ингаляция смеси азота с кислородом (2:1, 1:1), в зависимости от ситуации. При отсутствии последней следует использовать калипсол (1,5-2 мг/кг/час). Аналгезия фентанилом (5 мкг/кг/час) внутривенно, нейровегетативная защита бензодиазепинами (0,2 мг/кг). Тотальную кураризацию обеспечивают ардуаном (0,05 мг/кг), а в дальнейшем по мере необходимости. Искусственная вентиляция легких проводится малыми объемами до полного восстановления функции основных систем жизнеобеспечения.

Инфузионная терапия - во время анестезии и операции проводится преимущественно коллоидными и кристаллоидными растворами, компоненты крови (эритроцитарная масса и свежезамороженная плазма -СЗП) при кровопотери ОЦК более 30%.

Для коррекции гиповолемии при массивной кровопотере, значительно увеличивается темп инфузии, который при критическом падении АД (60 мм рт.ст. и ниже) достигает 100 мл/мин. При этом струйная инфузия осуществляется до тех пор, пока систолическое давление не установится на цифрах 100 мм рт.ст.

Терапию желательно начинать с введения 6-10% плазмозамещающих растворов на основе гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК). Гемодинамический эффект их в 2 - 3 раза превышает таковой при введении альбумина и составляет 4 - 6 ч. В отсутствие препаратов крахмала можно использовать синтетические коллоиды (полиглюкин).

Целесообразно раннее и быстрое введение свежемороженой одногруппной плазмы (1, 5 - 2 л) при потере ОЦК более 40%. Основная цель применения СЗП, состоит не только в возмещении ОЦК, а в том, чтобы восстановить гемостатический потенциал крови путем уравнивания

состояния протеаз и антипротеаз, факторов свертывания крови и антикоагулянтов, компонентов калликреин - кининовой и фибринолитической систем с их ингибиторами.

Ввиду развития гипогликемии при массивной кровопотере целесообразно включение в инфузионно - трансфузионную терапию концентрированных растворов (10 %) глюкозы. Введение данных растворов способствует не только восстановлению энергетических ресурсов, но и потенцирует гемодинамический эффект.

При нестабильной гемодинамике и продолжающемся кровотечении к инфузионно - трансфузионной терапии рекомендуется введение глюкокортикоидов.

Трансфузия эритроцитов обязательна при снижении гемоглобина ниже 80 г/л.

При стойкой артериальной гипотонии показано внутривенное введение вазопрессоров. Препаратом выбора следует считать - допамин и добутамин, небольшие дозы которых, оказывают положительное инотропное действие, не влияют на общее периферическое сопротивление, улучшают почечный кровоток, перфузию миокарда и головного мозга. Эффект препаратов меняется в зависимости от скорости введения.

Необходимым условием является оценка причины гипотонии, которая может быть связана с периферической вазодилатацией (АД < 80 мм рт.ст.), или низкой сократительной способностью миокарда. При низких показателях ОПСС препаратом выбора, являются адреномиметики, изопротеренол (1-4 мкг/кг/мин), добутамин (2-20 мкг/кг/мин), норадреналин (0,05-0,3 мкг/кг/мин), адреналин (0,15-0,3 мкг/кг/мин), мезатон 100—180 мкг/мин. После стабилизации АД переходят на поддерживающую дозу 40—60 мкг/мин.

Для поддержания функции сердца, испытывающего в условиях гипоксии, ацидоза и гипокалиемии значительные перегрузки, необходимо применение сердечных гликозидов (строфантин 0,125-0,250 мг, дигоксин 0,125-0,5 мг), однако назначение их следует применять только на фоне уже частично восполненной гиповолемии.

Дискуссия о целесообразности применения глюкокортикоидов при геморрагическом шоке ведется уже более 20 лет. Однако мы считаем целесообразным, как можно более раннее использование больших доз метилпреднизолона (до 30 мг/кг массы тела) внутривенно в течении первых 30 минут наступившей акушерской катастрофы. При такой методике применения нет необходимости ни в постепенном уменьшении дозировок, ни в заместительной терапии, при этом очень редки случаи образования стрессовых язв.

Комплекс лечения массивных кровопотерь должен включать в себя антиферментные препараты. В клинической практике обычно применяют естественные ингибиторы протеолиза, гордокс 500-600 тыс, контрикал до 1500-тыс. ед. Считаем обязательным проведение стимуляции сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (АТФ - 1 мл внутривенно, дицинон 250-500 мг).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Курбанов Д.Д., Курбанова М.Т., Мустафаева М.Э., Шодмонов Н.М.
ТМШИ*

Невынашивание беременности представляет собой сложную и многоплановую проблему современного акушерства. Среди аутоиммунных нарушений, приводящих к репродуктивным потерям, ведущее место занимает антифосфолипидный синдром (АФС).

В настоящее время уже не вызывает сомнений, что АФС и циркуляция антифосфолипидных антител (АФА) способствуют активации внутрисосудистого свертывания, повреждению сосудов хориона/плаценты вследствие чего нарушаются процессы имплантации, формирование плаценты, рост и развитие плода.

В связи с этим **целью** нашего исследования явилась разработка комплексной терапии привычного невынашивания у беременных женщин с антифосфолипидным синдромом.

Материал и методы исследования: В 1 группу были включены 19 беременных женщин с привычным невынашиванием и АФС получавшие только традиционное медикаментозное лечение, во 2 группу были включены 28 беременных женщин с привычным невынашиванием и АФС, которые наряду с медикаментозной терапией получали сеансы плазмафереза (ПФ).

У всех исследуемых женщин с АФС было проведено динамическое исследование системы гемостаза с интервалом 2-3 недели, при подборе медикаментозной терапии и определении показаний к назначению лечебного плазмафереза контрольные исследования гемостаза проводились спустя 7 дней после проведенного лечения.

Результаты исследования: При применении традиционной терапии наблюдалось незначительное повышение количества тромбоцитов у беременных с АФС, тогда как у женщин получавших в комплексе лечения плазмаферез, наблюдалось выраженное увеличение их количества с $209,2 \pm 9,14 \cdot 10^9/\text{л}$ до $242,2 \pm 8,14 \cdot 10^9/\text{л}$ ($P < 0,05$) в I триместре беременности, с $174,8 \pm 8,74 \cdot 10^9/\text{л}$ до $209,2 \pm 9,14 \cdot 10^9/\text{л}$ ($P < 0,05$) во II триместре и с $161,2 \pm 9,64 \cdot 10^9/\text{л}$ до $193,5 \pm 9,14 \cdot 10^9/\text{л}$ ($P < 0,05$) в III триместре, что было достоверно по отношению к исходным показателям ($P < 0,05$).

Под влиянием традиционной терапии в тромбоцитарном звене гемостаза отмечается некоторое снижение агрегационных свойств. Агрегационная активность тромбоцитов в I триместре беременности на 10,4%, во II триместре – на 5,8% и в III триместре – на 8,8% выше, чем при физиологическом течении беременности. Это свидетельствовало о сохранении гиперактивности тромбоцитов у пациенток с АФС и являлось основанием увеличения дозы антиагрегантов или назначения дополнительных антиагрегантных средств.

После лечения плазмаферезом в комплексе с общепринятой терапией, выявлено отчетливое снижение агрегационных свойств тромбоцитов: с

$118,6 \pm 3,2$ до $100,8 \pm 3,9$ ($P < 0,05$) в I триместре беременности, с $117,7 \pm 3,3$ до $103,2 \pm 3,1$ ($P < 0,05$) во II триместре и у беременных в III триместре с $112,7 \pm 3,5$ до $98,6 \pm 3,1$, что было достоверно по отношению к аналогичному показателю до лечения ($P < 0,05$).

Как видно из таблицы 1 в обеих подгруппах произошли существенные сдвиги в сторону снижения коагуляционного потенциала.

На фоне общепринятой терапии отмечалась тенденция к уменьшению концентрации фибриногена во всех триместрах гестации (с $3,1 \pm 0,1$ г/л до $2,9 \pm 0,2$ г/л, с $3,7 \pm 0,1$ г/л до $3,5 \pm 0,1$ г/л и с $4,0 \pm 0,2$ г/л до $3,8 \pm 0,1$ г/л соответственно). Более позитивный результат, относительно фибриногена, зафиксирован у пациенток с АФС, получавших в комплексе лечения ПФ.

Относительно значений до лечения, в этой подгруппе беременных фибриноген после лечения составил $2,7 \pm 0,2$ г/л, $3,3 \pm 0,21$ г/л и $3,6 \pm 0,2$ г/л, соответственно по триместрам гестации, который в последующем оставался стабильным на этом уровне.

Более позитивный результат, относительно показателя АПТВ, зафиксирован у пациенток с АФС, получавших традиционную терапию с добавлением лечебного плазмафереза.

Убедительным подтверждением купирования внутрисосудистого тромбообразования и эффективности лечения явились отрицательные результаты РФМК в крови. Кроме того, уже после 2-го сеанса ПФ у большинства беременных происходила стабилизация гемокоагуляционных нарушений.

При контрольной гемостазиограмме через 14 дней, у 5 (27,8%) беременных женщин получавших только традиционную терапию все изучаемые средние показатели вернулись к исходным значениям, которые они имели до лечения. У беременных которым наряду с медикаментозной терапией проводили сеансы плазмафереза коагуляционный потенциал крови оставался стабильным через 2, 4 и 6 нед.

Проведенное комплексное лечение, являясь патогенетически обоснованным, воздействует на все показатели системы свертывания крови: снижает концентрацию фибриногена, положительно влияет на коагуляционный гемостаз, вызывает отрицательные пробы маркеров тромбоинемии и внутрисосудистого свертывания крови. Это позволяет нам судить о купировании ДВС-синдрома.

При использовании лечебного плазмафереза, происходит более значительная и длительная стабилизация коагуляционного потенциала крови по сравнению с традиционным медикаментозным лечением за счет плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза, о чем свидетельствуют показатели, указывающие на снижение процессов внутрисосудистого свертывания и активности аутоиммунного процесса у беременных АФС.

ТАВАНИК-ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мушинова Н.Х.
ТашИУВ

Инфекция в акушерстве занимает особое место. Увеличение числа больных инфекциями, передающимися различными путями, влияние инфекции на репродуктивную функцию определяют не только медицинское, но и социальное значение заболеваний. ССВО развивается при акушерском сепсисе, кровотечениях, преэклампсии причем с одинаковым постоянством и приводит к полиорганной недостаточности (1,2,6). Следовательно, микроорганизмы наряду с другими факторами могут стать причиной ССВО. В то же время микробный фактор – лишь триггер ССВО и антибактериальная терапия является одним из основных методов при полиорганной недостаточности. С 1992 г. после исследования Bone оформилось понятие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО).

Целью нашего исследования явилось оценка эффективности антибактериальной терапии пациенток с ССВО в послеродовом периоде.

Проведенные наблюдения над 58 больными, поступившие в родильные комплексы №2 и 3 г.Ташкента позволило нам составить собственное мнение по поводу ССВО. Возраст женщин колебался от 18 до 29 лет, составив в среднем 22±0,8 лет.

Материал и методы исследования. Из 58 родильниц первородящими были 23(31 %), повторнородящими 35(69 %). Из них 19 женщин поступили в стационар с диагнозом раннее излитие околоплодных вод, где длительность безводного периода составил от 9 до 29 часов, причем из них только получили ампициллин по 2 г каждые 6 часов. 12 роженицы поступили в 1-период родов с диагнозом остаточные явления острых респираторных заболеваний(ОРЗ), у которых температура тела была нормальной.

Всему обследованному контингенту проводили цитологическое и бактериологическое исследования с определением чувствительности к антибиотикам, общий анализ крови, подсчет формулы ЛИИ. Из 58 пациенток проверенные на TORCH –инфекцию, иммуноферментным анализом(ИФА) сыворотки крови показало, что ЦМВИ и ВПГ выявлены у- 23(39,6%), уреоплазма-7(12%), хламидий-18,9%, гарднерелла-15,5%, смешанные инфекции у 13(22,4%). Из этой группы только 7 женщин были первобеременными, а остальные указали в анамнезе на неразвивающуюся беременность и самопроизвольные выкидыши 8 (13,7 %) и 19(32,8%) соответственно.

Результаты бактериологических исследований свидетельствует о разнообразности возбудителей: E.coli-36,7%, Proteus-22,3%, St.epidermidis-15,5%, St.aureus-14,5%, Chlamydia trachomatis-9,1%, другие-1,9%.

Инфекция мочеполового тракта наблюдалась при настоящей беременности у-12(20,7%), пиелонефрит, и цистит причем рецидивное течение у 14(15,6%) и у 11(18,9%) беременных соответственно., а также

на аллергическую реакцию таких как ампициллин и цефалоспорины указали 23 пациентки.

Продолжительность родов в среднем составил 9,9 часов+1,1 час.49 новорожденные были оценены по шкале Апгар- на 8баллов и выше, трое -5-6баллов, семеро- 6- 7 баллов.

В послеродовый период у 19 родильниц осложнился кровотечением, причиной которого были дефект последа у- 13(68,4 %), гипотония матки у-2(10,5%), разрыв мягких тканей влагалища и шейки матки у -4(21%).

У всех пациенток температура тела на 3-5сутке колебались от 37,8 С до 39,1 С. Тахикардия в среднем составила 104+ 12 раз в 1 минуту, ЧДД – от 20до 23 раз в 1 мин.В формуле крови наблюдается изменения лейкоцитарной формулы с появлением незрелых форм - $9,9 \times 10^9/\text{л}$ до $12,3 \times 10^9/\text{л}$. ЛИИ(лейкоцитарный индекс интоксикации)=[С+2П+3Ю+4Ми]x[Пл-1])/([Мо+Ли]x[Э+1]) = 1,3(в норме =1) У всех родильниц матка соответствовала дню послеродового периода и не было патологических изменений.

Исходя из данных лабораторных исследований, клинических проявлений ССВО, анамнеза, а также принимая во внимания аллергическую реакцию на группу препаратов цефалоспоринового и пенициллинового ряда нами был разработан протокол ведения родильниц в послеродовом периоде с диагнозом ССВО, где было предусмотрено эмпирическое ведение антибиотика группы фторхинолона, инфузионная терапия –раствор NaCl-0,9%-500мл на 1 С повышения температуры, нутритивная поддержка и витамины группы В и С.

При выборе антибиотика нами учитывалась его высокая активность при широком спектре, его биологическая и экономическая доступность, минимальные побочные действия.Препарат фторхинолонового ряда левофлоксацин, торговое название «Таваник»(Sanofi Aventis) назначался по 250мг 1 раз per os.

По стандартным критериям ВОЗ эффективность лечения левофлоксацина оценивали в первые 48-72 часа. Следует отметить, что общее состояние больных в динамике начиная с 2-х суток улучшался, жалобы на общую слабость, потливость, связанное с повышением температуры тела исчезали, где температура тела у 78% нормализовалась через 9-13часов, а у остальных к концу 48часов. Гемодинамические показатели, такие как тахикардия нормализовалось у 51 (87,9 %), а у остальных оставалось в пределах 88-92 ударов в 1 минуту, которое было связано с наличием у пациенток диффузно-токсического зоба 2-степени. ЧДД возвращался к норме(в 16-18 ударов в 1 мин). Анализ показателей периферической крови, который в динамике проверяли не менее 1 раза в сутки возвращались к норме на 3-5 сутки , где показатели лейкоцитов составил- от 5,7- до $7,9 \times 10^{12}/\text{л}$; ЛИИ=1

ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ

Нажмутдинова Д.К., Саруханова А.А., Сапаров А.Б.
ТМА

Ревматические заболевания сердца многие десятилетия были и остаются частой экстрагенитальной патологией у беременных [7]. На сегодняшний день известно, что формирование ревматических пороков происходит под влиянием гемодинамических факторов [7]. В основе этого процесса лежит изменение кровотока, отложения на эндотелии сосудов тромбоцитов, фибриногена, разрастания коллагеновой ткани (усиления процессов ремоделирования в tunica media) и развития, лишь в некоторых случаях, вторичного неспецифического воспаления [4]. Причём, перечисленные гемодинамические факторы имеют место как при активности ревматического процесса, так и без него. Это подтверждается отсутствием изменения в иммунологических и биохимических методах диагностики активного ревматизма. Дисфункция эндотелия как универсальный дефект лежит в основе развития многих сосудистых нарушений, в том числе при осложненном течении беременности. Эндотелиальные клетки сосудистого русла, осуществляя синтез локально действующих медиаторов, морфофункционально ориентированы на оптимальное регулирование кровотока [1,2,7]. Эндотелий сосудов, синтезируя вещества, необходимые для контроля свёртывания крови и фибринолиза, регуляции тонуса сосудов и их проницаемости, является важным эндокринным органом, диффузно рассеянным по всем тканям. [3-6].

Возникающая эндотелиальная дисфункция как результат тканевой деструкции и неспецифического воспаления остаётся не диагностируемой и не корригируемой при ревматических заболеваниях сердца во время беременности.

Исходя из вышесказанного нами поставлена **цель** - разработать критерии, позволяющие своевременно диагностировать степень тяжести нарушения сосудистого звена и снизить сосудистые осложнения, вызываемые беременностью при ревматизме с пороками сердца.

Материалы и методы исследования:

Нами проведено исследование функции эндотелия у 28 больных с ревматическим пороком без НК. Из них I группа - 18 больных имели ревматический порок с недостаточностью митрального клапана, а II группа — 10 больных с комбинированным ревматическим пороком сердца, с преобладанием стеноза митрального клапана. Возраст больных 19 - 37 лет. Сроки гестации 36 - 40 недель.

В качестве контроля оценивались результаты пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии у 12 больных с физиологической беременностью в возрасте 17-35 лет и сроками гестации 36-40 недель. У всех больных исключалось наличие гипертонической болезни и вегето-сосудистая дистония.

Диагноз ревматизм ставился на основании комплекса клинично-лабораторных исследований, вклю-

чающих данные анамнеза, жалобы, объективное обследование, лабораторные исследования мочи и крови. Оценивалось состояние глазного дна, проводились консультации офтальмолога и терапевта.

Для изучения эндотелиозависимой дилатации сосудов всем пациенткам была проведена ишемическая проба - проба с реактивной гиперемией плечевой артерии. Реактивная гиперемия выполнялась путём окклюзии данного сосуда. Манжета накладывалась на уровне верхней трети плеча, в ней создавалось давление выше исходного систолического на 30 мм.рт.ст. Давление сохранялось в течении пяти минут и затем быстро стравливалось. Изменение диаметра плечевой артерии и параметров кровотока регистрировалось при ультразвуковом исследовании с помощью дуплексного сканирования. Оценивались параметры в исходном состоянии, через 1", на 3", 5", 8", 12" после проведения пробы. Регистрировалось время возвращения диаметра сосуда к исходным величинам. После проведенного лечения в условиях стационара повторно проводилась проба с реактивной гиперемией плечевой артерии.

Полученные данные подвергались статическому анализу с вычислением среднеарифметических значений и среднеквадратических отклонений, с последующим сравнением аналогичных характеристик различных групп, с расчётом коэффициента Стьюдента при постоянном заданном уровне надёжности ($P > 0,95$).

Результаты исследования и их обсуждение.

После проведенного комплексного клинично-лабораторного исследования нами были получены следующие результаты. У всех 40 беременных выявлен и подтверждён порок сердца ревматической этиологии с соответствующими клинично-лабораторными характеристиками.

При оценке результатов пробы с реактивной гиперемией у контрольной группы нами была выявлена следующая динамика изменения диаметра плечевой артерии: через 1 минуту - увеличение диаметра исследуемого сосуда (вазодилатация), через 3-5 минут - возвращение к исходному диаметру, что является свидетельством нормального выброса эндотелием сосудистых релаксирующих факторов.

У 18 беременных с ревматическим пороком сердца по типу недостаточности митрального клапана, через 1 минуту после декомпрессии диаметр артерии оставался прежним, вазоспазм регистрировался к 3 минуте и сохранялся в течении 8-9 минут, который сменялся вазодилатацией к 12 минуте, а к 14 минуте диаметр плечевой артерии возвращался к исходному значению.

У беременных с ревматическим пороком сердца по типу стеноза митрального клапана к 1 минуте

отмечался патологический вазоспазм, который держался вплоть до 13 минуты, а к 14 минуте диаметр плечевой артерии возвращался к исходному значению.

Также необходимо отметить, что исходное значение диаметра плечевой артерии было больше в контрольной группе, ниже было значение диаметра плечевой артерии в I группе - с недостаточностью митрального клапана, а самое низкое значение диаметра плечевой артерии было во II группе - беременность с преобладанием стеноза митрального клапана.

После 5 - 7 дней лечения у пациенток группы — с недостаточностью митрального клапана (18) динамика изменения диаметра плечевой артерии выглядела так: изменились не только численные значения, но и характер реакции плечевой артерии на ишемию. Вазоспазм через 1 минуту (на 14,4-16,4%) сменился вазодилатацией после 5 минуты и возвращением диаметра плечевой артерии к исходной величине к 10-12 минуте. Учитывая, то что в данной группе после лечения степень вазоконстрикции уменьшилась до 14,4-16,4%, против 26,2-28,8% до лечения; а также возникновение более ранней вазодилатация - уже к 5-6 минуте после

пробы с реактивной гиперемией, против вазодилатация к 12 минуте после пробы с реактивной гиперемией до лечения, был сделан вывод, то что имело место положительная динамика лечения и возможность пролонгирования беременности.

А у беременных II группы - с комбинированным ревматическим пороком сердца с преобладанием стеноза (10) после проведенного лечения не отмечалось существенного улучшения реакции эндотелия на давление сдвига, что и клинически подтверждалось.

Выводы:

1. У всех беременных с ревматическими пороками сердца имеют место проявления дисфункции эндотелия, выражающиеся патологической вазоконстрикцией, степень выраженности которой пропорциональна тяжести (компенсированности) порока.

2. Выявить дисфункцию эндотелия позволяет проба с реактивной гиперемией плечевой артерии, что является простым, недорогостоящим, неинвазивным, информативным диагностическим тестом.

3. Определив степень выраженности дисфункции эндотелия, при ревматических пороках сердца во время беременности и после родов будет возможно контролировать эффективность лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА БЕССИМПТОМНУЮ БАКТЕРИУРИЮ У БЕРЕМЕННЫХ

*Пахомова Ж.Е., Норбаева Х.К.
ТМА. Городской родильный комплекс №6*

В последние годы внимание акушеров-гинекологов все чаще привлекают инфекции мочевыводительного тракта (ИМТ). Как известно, к наиболее распространенным воспалительным заболеваниям мочевыводительной системы относится бессимптомная бактериурия (ББ), цистит, пиелонефрит [1, 2].

Известно, что частота встречаемости ББ у беременных составляет от 2 до 10%, причем у 30-40% беременных с ББ развивается острый пиелонефрит [1, 5]. При ББ увеличивается частота преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела в 2-3 раза [2, 5, 6]. Все это диктует необходимость не оставлять наличие бессимптомной бактериурии у беременных без внимания.

Целью нашего исследования явилось определение частоты и влияния ББ на течение гестационного периода для разработки протоколов ведения беременных женщин.

Материалы и методы исследований. Нами было проведено скрининговое обследование на наличие ББ у беременных, обратившихся на госпитализацию в Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента.

Так, было обследовано 145 беременных, поступивших на госпитализацию в стационар при сроке беременности от 37 до 41 недель беременности.

Возраст беременных составлял от 18 до 37 лет.

Причем первобеременных было 95 (64,5%), второбеременных - 50 (35,5%). Одноплодная беременность имела место у 137 (94,5%), многоплодная - у 8 (5,6%) женщин.

Все беременные были подвергнуты традиционному клинико-лабораторному обследованию, а также им проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и плода, а также мочевого пузыря, мочеточников и почек.

Кроме того, всем беременным осуществляли бактериологическое двухкратное исследование мочи и нитритный тест мочи. Забор мочи осуществлялся методом Гольда: средняя порция мочи наносится секторальными штрихами - мазками на кровяной агар.

Анализ соматического анамнеза показал, что заболевания сердечно-сосудистой системы имели место у 3 (2,1%), желудочно-кишечного тракта - у 9 (6,2%), дыхательной системы - у 3 (2,1%) женщин.

Инфекция полового тракта имела следующий спектр: бактериальный вагиноз у 4 (2,8%), кольпит у 48 (33,1%), хронический цервицит у 12 (8,3%), хронический аднексит у 9 (6,2%).

Таким образом, анализ соматических и гинекологических заболеваний, каких-то особенностей

для ББ не установил. Вероятно, основной предрасполагающий фактор это – беременность и те динамические процессы, которые ее сопровождают.

Результаты исследований и их обсуждение. На основании проведенного скрининга среди 145 беременных ББ установлена у 15 (10,3%) женщин. При бактериологическом исследовании мочи обнаружены: *E. coli* у 8 (53,3%), *Proteus mirabilis* у 3 (20%), *Candida albicans* у 3 (20%), *Klebsiella spp.* у 1 (6,7%), *St. aureus* у 1 (6,7%) женщин. Причем моноинфекция встречалась у 9 (60%), микстинфекции у 6 (40%). Наиболее частое сочетание было присутствие кишечной палочки и дрожжевых грибов. Нитритный тест был положительный у 8 (53,3%) женщин, из которых у 7 (46,7%) высеялись *E. coli* и у 1 (6,7%) *St. aureus*.

Анализ течения родов и послеродового периода показал, что у женщин с ББ частота таких осложнений как преждевременные роды в 2,5 раза (8,6% и 3,4% соответственно), острый пиелонефрит в 1,5 раза (4,2% и 2,8% соответственно), родовое из-

литие околоплодных вод в 1,6 раза (3,4% и 7,4% соответственно) чаще, чем у беременных без ББ.

Послеродовый период осложнился эндометритом у 1 родильницы ББ. Гипотрофия плода встречалась в 1,5 раза чаще, чем у женщин без ББ. Заслуживает внимания, что у 2 новорожденных, родившихся у женщин с подтвержденной ББ высеялась флора идентичная материнской.

Предварительный анализ взаимовлияния ББ и беременности, показывает влияние этого симптомокомплекса на течение гестационного и перинатального периодов. Для профилактики осложнений, связанных с ББ, необходимо своевременная постановка диагноза, начиная с первого триместра и корректное лечение.

Обязательно необходимо проводить санацию мочевыводящих путей антибактериальными и фитопрепаратами с учетом срока гестации, фонового состояния организма и установленных изменений мочевыводящего тракта и фетоплацентарного комплекса.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ВИРУСЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

*Раджабова З.А.
ТашИУВ*

Целью нашего исследования являлось изучение роли вируса простого герпеса в генезе плацентарной недостаточности и определение специфических изменений в плаценте женщин с генитальной герпетической инфекцией.

Материал и методы

Для выполнения поставленной цели, в условиях физиологического родильного дома был проведен анализ течения беременности у 72 женщин с генитальной герпетической инфекцией в сопоставлении с функциональным состоянием фетоплацентарного комплекса и морфологическими особенностями последа.

На протяжении всей беременности проводился ультразвуковой скрининг. Для выявления пороков развития плода и изменений в плаценте, характерных для вирусной инфекции, во II и III триместрах гестации основное внимание уделялось биометрии плода, а также расположению, толщине и структуре плаценты, количеству околоплодных вод. Кровоток в сосудах системы мать-плацента-плод определялся методом Доплера в аорте плода, артерии пуповины и маточной артерии. Для наблюдения за состоянием плода проводилась антенатальная кардиотокография.

При морфологическом исследовании были изучены последа (плацента, плодные оболочки, пуповина), полученные от 72 родов и 5 самопроизвольных выкидышей в 21,24 и 26 нед гестации. Применялись макроскопический, морфометрический, гистологический, иммуногистохимический патоморфологический методы исследования.

Результаты и обсуждение

Как уже было указано, пациентки исследованной группы были сопоставимы по возрасту, паритету, соматическому и акушерскому анамнезам. Средний возраст беременных составил 24,7 ± 3,8 лет. Из общего числа обследованных первобеременных было 9 (12,5%), повторнобеременных соответственно 63 (87,5%). По нашим данным, подавляющее большинство женщин ранее наблюдались и лечились по поводу гинекологических заболеваний.

Логическим продолжением нашего исследования явилось изучение осложнений, течения настоящей беременности. Так, обострения с манифестной клинической симптоматикой генитального герпеса отмечены в 51,5% случаев. Обострение в I-II триместре диагностировано в 17,1% случаях, в III триместре - в 28,2%. Латентное течение герпетического процесса отмечены в 4,8% случаях. Частые рецидивы генитального герпеса (3 раза и более) диагностированы в 11,6% случаях, рецидивы от 1 до 3 раз за беременность встречались у 40,3% женщин. Длительность рецидивов заболевания составляла в среднем 3-5 дней, более длительные (8-10 дней) рецидивы имели место в 6,7% случаях.

В III триместре при ультразвуковом исследовании выявлен кальциноз плаценты различной степени выраженности 42,4%, задержка внутриутробного развития плода с отставанием от гестационного срока на 2 нед 10,1% и на 3-4 нед 3%, многоводие 13,4%, маловодие 14,5%, кисты плаценты 3,9%, преждевременное созревание плаценты 22,1%. Доплерометрическое исследование позволило в 17,5% случаев выявить нарушения со сто-

роны фето- и маточно-плацентарного кровотока. Признаки внутриутробного страдания плода по данным антенатальной кардиотокографии выявлены в 21,6% случаев. При проведении интранатальной кардиотокографии начавшаяся острая гипоксия плода была диагностирована в 8,3% случаев, что явилось показанием для экстренного родоразрешения.

Проведено макроскопическое исследование 64 последов с подтвержденной клинко-лабораторно генитальной герпетической инфекцией. Плаценты значительно различались по массе – от 220 до 600г. Объем плацент колебался от 300 до 630 см³, среднее значение – 455см³, в то же время в группе доношенных плодов он равнялся 486 см³, а у недоношенных- 358 см³. Соотношение между массой и объемом плаценты в среднем составило 1,08. Плацентарно-плодный индекс в целом составил в группе 0,15, в группе доношенных он был 0,14, а у недоношенных плодов-0,21.

Макроскопически вид плаценты мало отличался от обычного, отмечалось некоторое утолщение хориональной пластинки. Макроскопической особенностью явилось еще и то, что дольки плаценты были уплотнены, белесоватого цвета, а на 68 (72,3%) определялись бляшковидные беловатые утолщения. Ткань ворсинчатого хориона имела губчатый вид, в зависимости от кровенаполнения серо-красного или вишнево-красного цвета. В ткани плаценты определялись множественные мелкие очажки плотной консистенции белого цвета, в 6 (6,3%) они были более крупного размера, однако не превышали 8-12% от общего объема, располагались преимущественно по периферии плацентарного диска. Проведено морфологическое исследование 72

последов с подтвержденной клинко-лабораторно генитальной герпетической инфекцией. Характерными особенностями герпетических плацентитов являлись гигантоклеточный метаморфоз децидуальных клеток базальной пластинки, трофобласта ворсин, стромы, амниона, сосудистых стенок с наличием в ядрах пораженных клеток базофильных включений и антигенов вируса, дающих специфическое свечение при реакции с флюоресцирующими антителами к вирусу простого герпеса типов 1 и 2; патологическая незрелость плаценты в виде диссоциированного развития ворсинчатого хориона; воспалительные изменения во всех слоях плаценты с выраженной лимфоидно-плазмоцитарной и лимфоидно-макрофагальной инфильтрацией в базальной пластинке, хорионе и экстраплацентарных оболочках, неспецифические изменения, связанные с циркуляторными расстройствами, и инволютивно-дистрофические процессы.

В заключение генитальная герпетическая инфекция приводит к развитию хронической плацентарной недостаточности, степень тяжести которой зависит от времени, частоты и длительности рецидивов заболевания. Беременных с данной патологией следует относить к группе высокого риска по возможности развития плацентарной недостаточности. В план обследования пациенток с данной патологией должны быть включены современные методы диагностики состояния фетоплацентарного комплекса и морфологическое исследование последа. Выявленные морфологические изменения последа позволяют своевременно начать патогенетически обоснованную терапию новорожденных, что способствует снижению частоты тяжелых форм неонатального герпеса.

ОЦЕНКА ПРОГРЕССА РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРОНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПАРТОГРАММЫ ВОЗ

*Ю.Г. Расуль-Заде, А.А. Климашкин
ТМА*

Целью нашего исследования стала оценка прогресса активной фазы первого периода родов с использованием модифицированной партограммы и строгих критериев ее ведения по ВОЗ у повторнородящих и первородящих женщин.

Методы

Это проспективное исследование проводилось с участием 154 рожениц, поступивших в МСЧ РКБ№; г. Ташкента с июня по декабрь 2008 года. Критерии для включения в исследования были: активная фаза родов при раскрытии шейки матки ?4 см и несложненной беременности на сроках 37 и более недель. Из исследования исключались женщины с преждевременными родами, эклампсией, дородовым кровотечением, индукцией родовой деятельности, а также роженицы с много плодной беременностью.

Во всех случаях роды были проведены акушер-

ками под наблюдением врачей акушеров-гинекологов. Регистрировались следующие первичные исходы: нормальный график раскрытия шейки матки, не пересекающий линию бдительности (основное свидетельство нормального прогресса родов), график пересекающий линию бдительности, но не заходящий за линию действий, график, пересекающий линию действий; методы родоразрешения женщин из каждой группы, а также женщин, подвергшихся стимуляции родовой деятельности; оценки новорожденных по шкале Apgar. Результаты сравнены между первородящими с помощью программного обеспечения SPSS (SPSS, Чикаго, Иллинойс, США). Как достоверные учитывались статистические значения теста χ^2 t-тест при p менее 0,05.

Результаты

В основу графического мониторинга родового процесса была взята модифицированная партограмма ВОЗ.

Кривая раскрытия шейки матки находилась слева от линии бдительности у 56 первородящих (36,4 %). У 14 (9,1 %) женщин график партограммы пересекал линию бдительности, хотя активная фаза первого периода у всех пациенток была расценена как нормальная, у 16 (10,4 %) пациенток график партограммы пересекал линию действий. Среди многорожавших женщин слева от линии бдительности график расположился у 27 (17,5 %) рожениц, пересекал линию бдительности у 23 (14,9 %) женщин и пересекал линию действий у 54 (11,7 %) пациенток.

В обеих группах уровень родоразрешения путем кесарева сечения был наиболее высоким среди женщин, у которых кривая раскрытия шейки матки пересекала линию действий, при этом большее число женщин, у которых была выбрана оперативная тактика родоразрешения, были многорожавшими. Более высокие показатели оперативных влагалищных родоразрешений наблюдались среди первородящих пациенток, и прежде всего у рожениц с нормальным видом графика, а также у тех, чей график пересекал линию бдительности, приближаясь к линии действий партограммы.

В обеих группах частота стимуляции родовой деятельности повышалась при пересечении графика раскрытия шейки матки линии бдительности партограммы; однако, если не принимать во внимание структуру прогресса родов, стимуляция встречалась чаще среди первородящих женщин.

В обеих группах количество влагалищных исследований значительно увеличивалось после 2 осмотров рожениц, чей график раскрытия шейки матки достигал или пересекал линию действий. Количество влагалищных исследований также увеличивалось при установлении факта замедления прогресса родов, при этом значительного различия между 2 группами по данному показателю не наблюдалось. Показатели асфиксии новорожденных оказались более высокими в группе многорожавших женщин, однако у 1 первородящей зафиксирован факт мертворождения.

Обсуждение

В группах многорожавших и первородящих женщин мы не выявили разницы в сроках гестации, общей продолжительности родов, оценках по Апгар, среднем весе новорожденных.

Выглядит любопытно отсутствие значительных различий в продолжительности родов между первородящими и многорожавшими женщинами, так

как известно, что более быстрая динамика родового процесса свойственна многорожавшим женщинам.[3,4]. Однако эта находка может быть связана с использованием модифицированной партограммы ВОЗ, ведение которой начинается при достижении раскрытия шейки матки в 74 см. Данный вариант партограммы не учитывает динамику процесса латентной фазы. В то же время становится затруднительной дифференциальная диагностика затянувшейся латентной фазы и ложных родов, особенно у первородящих. [3].

С другой стороны, применение модифицированной партограммы ВОЗ, позволяет исключить женщин без регулярной родовой деятельности, концентрировать внимание на роженицах, находящихся в активной фазе первого периода.

Было ожидаемым увидеть, что задержка прогресса родов ассоциируется с повышением частоты проведения абдоминальных родоразрешений, стимуляции родовой деятельности, влагалищных исследований.

В этой связи для оптимизации исходов родов для матери и плода, акушерам-гинекологам и акушеркам, принимающим участие в ведении родов, следует опасаться запоздалого принятия решений о проведении хирургических вмешательств пациенткам с остановкой прогресса родов. [4].

Еще одной любопытной находкой явилось то, что прогресс родов у многорожавших медленнее ожидаемого, что привело к повышению частоты кесаревых сечений в сравнении с первородящими.

Данное явление мы связываем с менее частым использованием методов стимуляции родов у повторнородящих женщин.

Случаи асфиксии новорожденных зарегистрированы в обеих группах, независимо от характера прогресса родов и графика построения партограммы.

Эти факты наглядно указывают на необходимость проведения тщательного мониторинга за частотой сердцебиения плода в каждом случае, и в особенности при проведении вмешательств в родах.[5].

Данный компонент оказания помощи в родах видится особенно важным, если учесть, что большинство исследований, посвященных изучению партограммы, указывают на недостаточное качество оценки частоты сердцебиения плода. [1].

Таким образом, модифицированная партограмма ВОЗ показала относительно эквивалентную продолжительность первого периода родов как у первородящих, так и у повторнородящих женщин.

ОЦЕНКА КРОВОТОКА В ОБЛАСТИ УДАЛЕННОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА

Рахимов Х.П.

ТМА. Городской родильный комплекс №6 г. Ташкент

Беременность, возникающая на фоне миомы матки, сопровождается в родах серьёзными акушерскими и перинатальными осложнениями: ПОНРП, ущемление и некроз миоматозных узлов. Сохранение репродуктивного здоровья женщин с миомой матки во время операции кесарево сечение является актуальным вопросом для акушеров-гинекологов. Внедрение новых технологий в практику акушера-гинеколога, анестезиолога обеспечивает возможность проводить многие операции, способствующие восстановлению и сохранению репродуктивной функции женщин [1,2].

Целью нашего исследования явилась оценка характера восстановления кровотока в области удаленного миоматозного узла во время операции кесарево сечение в зависимости от способа энуклеации узла.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 16 женщин с миомой матки при сроке 37-41неделя, которым произведена консервативная миомэктомия во время операции кесарево сечение первобеременных женщин было 6 (37,5%), повторнобеременных- 10 (62,5%).

В зависимости от техники выполнения консервативной миомэктомии женщины разделены в 3 группы:

1-ая группа - 5 родильниц, которым произведена электрокоагуляция (ЭК) ложа удаленного миоматозного узла.

2-ая группа - 7 родильниц, у которых ложе удаленного миоматозного узла ушивали рассасывающим шовным материалом.

3-ая группа - 4 родильницы, у которых производилась комбинированная энуклеация (электрокоагуляция и ушивание).

Все женщины подвергались стандартным общеклинико-лабораторным обследованиям. Также проводили ультразвуковое исследование матки, доплерометрическое исследование кровотока области миоматозных узлов и в основных сосудах после операции. При доплерометрическом исследовании определяли индекс резистентности (ИР) и систоло-диастолическое соотношение(С/Д) в маточных, внутренних подвздошных и аркуатных артериях.

У всех женщин изучен соматический анамнез: анемия встречалась у 15(93,75%) , заболевание почек - у 8(50%) , ожирение - у 9 (56,25%) , диффузный зоб - у 11 (68,75%) . При изучении гинекологического анамнеза имело место : хронический аднексит 11(68,75%) , киста яичника - у 4(25%) , бесплодие I - у 3(18,75%) , нарушение менструального цикла - у 5(31,25%).

Консервативная миомэктомия во время кесарево сечения произведена в плановом порядке - у 11 (68,75%), в экстренном порядке - у 5 (31,25%). Так, один узел был у 5 (31,25%), 2-3 узла - у 8 (50%), 4-5 узла - у 3 (18,75%). Миоматозные узлы распола-

гались у дна спереди или сзади у – 7 (43,75%), в теле матки - у 6 (37,5%) , в области нижнего сегмента - у 3 (18,75%). По варианту миоматозных узлов субсерозные - у 10 (62,5%) , интерстициальные - у 4 (25%) , субмукозные - у 2 (12,5%). По диаметру миоматозных узлов до 3х см обнаружен - у 5 (31,25%) , 4-6 см - у 7 (43,75%), более 7см - у 4 (25%).

При консервативной миомэктомии субсерозные миоматозные узлы на ножке обнаружены у 5 (31,25%) женщин, основание миоматозного узла в толще миометрия было у 11(68,75%) женщин. Глубина ложа миоматозных узлов доходила до 1,5 см. Ушивание ложа миоматозного узла производилось рассасывающим шовным материалом - у 5 (31,25%) при больших диаметрах узлов. Электрокоагуляция ложа миоматозного узла производилась при диаметре узлов до 3 см - у 7 (43,75%), ушивание и одновременная электрокоагуляция ложа миоматозного узла производилась при диаметре от 4-6 см. - у 4 (25%) .

В послеоперационном периоде проводилась оценка кровотока в области удаления миоматозного узла на 2-ые, 4-ые и 7-ые сутки после консервативной миомэктомии .

При оценке, восстановление кровотока в области ложа удаленного миоматозного узла происходило. При использовании электрокоагуляции ложе узлов размером до 3см, отмечается восстановление кровотока уже на 2-ые сутки. Так ИР в аркуатных артериях доходило до 0.87 0.05 в маточных артериях - 0.81 0.04.

При одновременном ушивании ложа рассасывающим шовным материалом и коагуляции восстановление кровотока происходило на 4-ые сутки. Так, ИР в аркуатных артериях доходило 0.85 0.04 в маточных артериях - 0.82 0.05.

При ушивании рассасывающим шовным материалом ложа больших миоматозных узлов восстановление кровотока происходило на 7-ые сутки после консервативной миомэктомии. ИР в аркуатных артериях был 0.86 0.03 в маточных артериях 0.82 0.04 . Послеоперационный период протекал гладко.

Выбор рационального метода энуклеации миоматозного является крайне важным и необходимым. Энуклеация миоматозного узла электрокоагуляцией способствует более быстрому восстановлению кровотока в области проведенной операции и тем самым более быстрому анатомо-функциональному восстановлению в целом всего организма. Энуклеация ЭК - рекомендована при диаметре узла до 3-х см. При больших размерах узлов чаще прибегают к комбинированной технике удаления узла. Применение доплерометрического исследования кровотока в послеоперационном периоде должно входить в алгоритм ведения пациентов с этой патологией.

ГИСТОСТЕРИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

*Рахманова И.И. Каримова Ф.Д.
ТашИУВ*

Патология сократительной деятельности матки приводит к затяжному течению родов, повышению частоты акушерского травматизма матери, плода и операция кесарево сечение. По данным Б.С.Малгаждаровой (2001) каждое третье кесарево сечение (31%) осуществляется по показаниям, обусловленным аномалиями родовой деятельности.

Цель исследования. Изучить морфологическое строение плаценты при слабости и дискоординации родовой деятельности.

Материалы и методы исследования.

Нами было изучено морфологическое состояние 86 плацент из них 36 плацент со слабостью (IIгр.) и 30 плацент с дискоординацией (IIIгр.) родовой деятельности при беременности, осложненной преэклампсией. Группу сравнения (Iгр.) составили плаценты от 20 женщин, течение беременности у которых осложнилось преэклампсией без нарушение сократительной деятельности матки. Морфометрия проводилась по модифицированный в лаборатории патоморфологии и электронной микроскопии методике А.И.Брусиловского А.П.Милованова (1986). Гистостериометрические параметры (21) определялись на гистологических срезах из центральных, парацентральных и краевых отделов плацент с помощью 25- точечной измерительной сетки по 4 сканирующим линиям при увеличении $\times 300$

Результаты и обсуждение

Плаценты при аномалиях родовой деятельности матки округлой или овальной формы с центральным и парацентральным прикреплением сосудов пуповины. Пуповина у 50% плацент в обеих группах с множественными перекрутами, ложными узлами и гипоплазией вартонова студня.

При слабости и дискоординации сократительной деятельности матки достоверно ($p < 0,001$) уменьшаются массы, объем и площадь материнской поверхности плацент, по сравнению с показателями группы сравнения. При этом органомерические параметры плацент при дискоординированной родовой деятельности достоверно ниже ($p < 0,001$) аналогичных параметров при ее слабости (масса $409,8 \pm 18,40$ г, $449,3 \pm 21,69$ г; объем - $388,0 \pm 20,45$ см³, $431,3 \pm 24,15$ см³; площадь материнской поверхности - $224,9 \pm 16,10$ см², $298,5 \pm 20,07$ см²).

Нарушения созревания ворсинчатого хориона по типу незрелых промежуточных ворсин встречаются при слабости сократительной деятельности матки в 4, а при дискоординации в 5 раз чаще, по сравнению с 1 группой. Воспалительные изменения вирусной и вирусно-бактериальной этиологии, как слабости, так и при дискоординации сократительной деятельности матки, локализованы преимущественно в базальной пластинке. При слабости родовой деятельности базальный децидуит диагностирован в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. При дискоординации родовой деятельности воспаление в базальной децидуальной оболочке встре-

чается в 4 раза чаще, по сравнению с базальным децидуитом в плацентах при слабости родовой деятельности.

Нарушения маточное- плацентарного кровообращения в группе сравнения выявлены в 55%, а при слабости и дискоординации сократительной деятельности матки в 60% последов. Расстройства маточно-плацентарного кровообращения представлены хроническими геморрагическими и ишемическими инфарктами, очаговой отслойкой плаценты с кровоизлияниями в базальную децидуальную оболочку и межворсинчатом пространстве, очаговой дилатацией и полнокровием сосудов ворсин. Основная часть обнаруженных нарушений кровообращения (2/3) локализуется в плацентарных и краевых отделах последов.

Гистостереометрические параметры при слабости и дискоординации родовой деятельности, в частности толщина базальной пластинки в центральном отделе плацент достоверно ($p < 0,001$) больше, чем в группе сравнения. При этом, при слабости родовой деятельности относительный объем базальной пластинки больше ($9,9 \pm 0,30\%$) за счет расширения зоны фибриноида в ней, чем при дискоординации ($8,7 \pm 0,23\%$; $p < 0,001$). Аналогичные изменения объема базальной децидуальной пластинки выявляются в парацентральных и краевых отделах плацент. Относительный объем межворсинчатого пространства при обеих формах аномалий сократительной деятельности матки. Однако, обсуждаемый показатель достоверно меньше при слабости, чем при дискоординации родовой деятельности как в парацентральных ($17,6 \pm 2,52\%$, $20,7 \pm 1,72\%$; $p < 0,01$), так и в краевых ($13,9 \pm 2,00\%$, $21,2 \pm 2,31\%$; $p < 0,001$) отделах. Уменьшение относительного объема межворсинчатого пространства при аномалиях сократительной деятельности матки объясняется увеличением во всех отделах плаценты объема патологических очагов, которые представлены геморрагическими и ишемическими инфарктами, кровоизлияниями в межворсинчатое пространство ($p < 0,05$). Во всех отделах плаценты выявлено снижение относительного объема стромы и эпителия ворсин при обеих формах нарушений родовой деятельности, по сравнению с 1 группой. Дистрофические изменения в строме и эпителии ворсин сочетаются с достоверным увеличением относительного объема плодового фибриноида как при слабости, так и при дискоординации родовой деятельности в центральном ($0,1 \pm 0,08\%$, $1,5 \pm 0,52\%$, $1,8 \pm 0,43\%$; $p < 0,001$), в парацентральном ($0,01 \pm 0,05\%$, $1,6 \pm 0,34\%$, $2,2 \pm 0,56\%$; $p < 0,001$) и в краевом ($0,01 \pm 0,06\%$, $1,7 \pm 0,38\%$, $1,4 \pm 0,31\%$; $p < 0,001$) отделах при сопоставлении параметров с группой сравнения.

Во всех отделах плаценты, по сравнению с 1 группой, при слабости и дискоординации родовой деятельности достоверно ($p < 0,001$) уменьшен объем

сосудов в терминальных ворсинах. Причем, при слабости родовой деятельности относительный объем сосудов в резорбционных ворсинах больше, чем при дискоординации, в центральном ($3,6 \pm 0,65\%$; $3,1 \pm 0,36\%$; $p < 0,05$) отделах. При этом, при дискоординации родовой деятельности объем сосудов стволых ворсин больше, чем при слабости, в центральном ($1,7 \pm 0,39\%$, $1,1 \pm 0,33\%$; $p < 0,01$) и в краевом ($1,1 \pm 0,29\%$, $0,3 \pm 0,16\%$; $p < 0,001$) отделах, за счет более выраженного полнокровия.

При изучаемых формах нарушений родовой деятельности во всех отделах плацент достоверно ($0,001$) увеличиваются относительные объемы синцитиальных клеток и синцитиокапиллярных мембран, во всех зонах плаценты. Объем же синцитиокапиллярных мембран отличается вариабельностью, так в центральном отделе он больше при дискоординации родовой деятельности, чем при ее слабости ($5,1 \pm 0,42\%$, $3,9 \pm 0,65\%$; $p < 0,001$), а парацентрально-меньше ($1,2 \pm 0,46\%$, $4,5 \pm 0,65\%$; $p < 0,001$).

В плацентах при слабости и дискоординации родовой деятельности выявлены следующие патологические изменения: нарушения созревания ворсинчатого хориона по типу незрелых промежуточных ворсин, воспаление преимущественно в виде базального децидуита, и такие расстройства кровообращения как гемаррогические, ишемические инфаркты и кровоизлияния в межворсинчатое пространство, в большинстве последов сочетающиеся между собой. Нарушения кровообращения локализовались в 2/3 случаев в парацентральных

и краевых отделах последов.

Основные морфометрические параметры в плаценте при преэклампсии со слабостью и дискоординацией сократительной деятельности матки, такие как относительный объем сосудов, в стволых и терминальных ворсинах, свидетельствуют о перераспределении крови с депонированием ее в сосудах опорных ворсин и нарушением фетального кровотока в резорбционных ворсинах. Однако, при дискоординации родовой деятельности, поскольку относительный объем синцитиокапиллярных мембран и синцитиальных почек достоверно снижен, по сравнению со слабостью, процессы адаптации и компенсации недостаточна развиты.

Выводы.

1. При преэклампсии, сопровождающимся развитием нарушений сократительной деятельности, достоверно снижены органометрические параметры последов (масса, объем и площадь материнской поверхности)

2. Расстройства плодового кровообращения, воспаление, дистрофические изменения эпителия и стромы ворсинчатого дерева компенсируются за счет повышенного образования синцитиокапиллярных мембран и синцитиальных почек.

3. Преобладание деструктивных и дистрофических процессов над адаптивными и компенсаторными обуславливает формирование хронической суб- и декомпенсированной плацентарной недостаточности и как следствие внутриутробной гипоксии плода.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МИЛДРОНАТ-ЦИТОМАК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Рахманова И.И.
ТашИУВ*

Развитие гипоксии связано с глубоким нарушением обменных процессов, при которых кислородное голодание является только начальным звеном, приводящим к нарушению метаболических процессов в клетках и тканях организма.

Цель исследования: лечения гипоксии плода в родах с применением Милдроната и препарата Цитомак.

К применению данных препаратов послужили следующие соображения: Цитомак- антигипоксанта прямого действия обладает следующими свойствами: улучшает транспорт кислорода за счет увеличения сродства гемоглобина к кислороду и передачи его органам с более низкими пороговыми значениями напряжения кислорода; способностью как непосредственного, так и опосредованного воздействия на кислотно-основное состояние плода с целью разгрузки буферных систем.

Улучшает дыхательное фосфорилирование в митохондриях, катализатор клеточного дыхания, мембранопротектор, стабилизирует окислительные реакции и активизирует обменные процессы, умень-

шает гипоксию тканей при различных патологических состояниях.

Милдронат - в организме моделирует на клеточном уровне метаболизм жирных кислот уменьшая биосинтез эндогенного карнитина, он тормозит окисление карнитинзависимых жирных кислот и стимулирует активацию альтернативных механизмов энергообеспечения (гликолиз и цикл Кребса). При выявлении гипоксии плода в родах милдронат применялся в/в в дозе 5 мл 10% раствора на 20 мл физиологического раствора в течение 1-2 минут.

Материалы и методы

Клинический анализ течения родового акта проведён у 121 роженицы, роды которых осложнились слабостью родовой деятельности. Первородящих среди них было 76 (62,8%), повторнородящих женщин 45 (37,1%), частота сопутствующих заболеваний у первородящих составила 70%, у повторнородящих 69,0%, причем повторнородящие страдали двумя заболеваниями одновременно.

Для оценки эффективности проводимой терапии использовались КТГ, определение кислотно-основ-

ного состояния крови и околоплодных вод.

Результаты и обсуждение

Выявление эффективности лечения предполагает динамическое наблюдение клинических симптомов, что до применения комплекса терапии исходное состояние характеризовалось снижением осцилляций и миокардиального рефлекса соответственно до 2-4, 6-8 в минуту, появлением в 12 (9,9%) патологических децелераций по типу II с урежением БЧСС до 90-100 ударов в минуту. рН крови и околоплодных вод соответственно составили $7,15 \pm 0,01$ и $7,09 \pm 0,01$. Существенно сниженными до лечения были показатели гемодинамики, сердечный индекс был ниже своих нормальных значений в среднем на 25-30%.

Среди повторнородящих из 50 человек, 31 (62%) пациентке проведено успешное лечение слабой родовой деятельности интравагинальным введением ПГЕ, роды произошли через 5-6 часов после начала введения простагландина, оставшиеся 19 (38%) пациенток родоразрешились в течение 8-9 часов. Необходимо отметить, что ни в одном случае не наблюдалось гиперстимуляции матки, что зачастую встречается при родостимуляции утеротониками. Так, средняя продолжительность родов, несмотря

на слабость родовой деятельности, у первородящих составила $12,1 \pm 1,3$ часа, а у повторнородящих $8,5 \pm 1,2$ часа, что соответствовало норме. Изучение состояния новорожденных показало что, ПГЕ, Мизопроустол не оказывает отрицательного влияния на плод и новорожденного ребенка.

Средняя величина кровопотери в послеродовом периоде составила 194 ± 18 мл, благодаря своевременному сокращению матки.

Выводы

1. Таким образом, из полученных данных можно заключить, что лечение слабости родовой деятельности путем интравагинального введения ПГЕ, Мизопроустол является не только эффективным методом родостимуляции, но и снижает длительность родов, увеличивает количество детей, родившихся с высокими оценками по шкале Апгар 8-10 баллов, снижает кровопотерю в послеродовом периоде.

2. Сочетанное применение антигипоксанта Цитомак и гепатопротектора Милдронат обеспечивает усиление адаптивно-приспособительных механизмов плода, новорожденного, даже при развившейся абструкции сократительной деятельности матки, что во многом определяет положительные исходы для матери и плода.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Саиджалилова Д.Д.
ТМА

По данным ВОЗ, в мире ежегодно производится от 20 до 30 млн. аборт. Особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion), т.е. гибель эмбриона с длительной задержкой его в полости матки. По литературным данным частота неразвивающейся беременности (НБ) колеблется в пределах 16-18% [3]. Такое грозное осложнение неразвивающейся беременности, как коагулопатическое кровотечение нередко приводит к инвалидизации женщин, либо к их смерти [1].

Цель исследования: выявление причин НБ на основании результатов первоначального морфологического анализа соскоба из полости матки.

Материал и методы исследования. Обследовано 50 женщин в возрасте от 20 до 37 лет с НБ. У 34 из них данная беременность была первой, у 14 – второй, у 2 – третьей. Экстрагенитальные заболевания были у 24,5% пациенток, в том числе хронический тонзиллит у 5, хронический пиелонефрит у 3, диффузное увеличение щитовидной железы I и II степени у 26, вегетососудистая дистония у 2. Воспалительные заболевания гениталий диагностированы у 32 (64%) пациенток. Нарушение функции яичников страдали 22 (44%) больные, из них у 6 выявлена миома матки, у 4 – эндометриоз, у 3 – первичное бесплодие.

Диагноз НБ устанавливали УЗИ на 6-8 недели беременности по отсутствию сердцебиений эмбриона либо анэмбрионии. Затем производили ва-

куум-аспирацию. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина в течение суток. Макроскопически подтверждали наличие частей эмбриона и констатировали анэмбрионию. Для гистологического исследования отбирали ворсины, ткань эндометрия, фрагменты оболочек. После заливки в парафин готовили срезы толщиной 5-6 мкм и окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. В зависимости от характера патоморфологических изменений, обнаруженных при НБ, выделено 4 группы больных, в 5-й группе эмбрион отсутствовал.

1-ю группу составили 18 (24%) пациенток, у которых в соскобах из полости матки преобладали признаки париетального и базального децидуита в виде диффузной инфильтрации лимфоцитов и полиморфно-ядерных лейкоцитов, а также микроабсцессов, в центре которых определялся очаг распада клеток. Для воспалительного поражения *d. parietalis* характерны концентрация лимфоцитов вокруг маточных желез с тяжелой дистрофией эпителиальных клеток или с их узелковой пролиферацией. В составе плацентарной площадки чаще наблюдались микроабсцессы, мелкие очаги кровоизлияний, по периферии которых виден некроз окружающих пластов децидуальных клеток.

Меньшую часть соскоба составили ворсины ранней плаценты, в которых определялись капиллярные сосуды. По степени их представительства и заполнения можно определить время остановки

формирования плаценты. Если в строме ворсин видны малочисленные пустые капилляры, то это означает, что рост плаценты прекратился на 6-й неделе беременности; при наличии в их просветах ядерных эритроцитов – на 7-9-й недели, типичных эритроцитов – на 10-12-й недели беременности.

Важным гистологическим признаком воспалительной природы НБ явилось заметное увеличение числа плацентарных макрофагов (клетки Кащенко-Гофбауэра) в строме васкулизованных ворсин, что подтверждает их участие в воспалительной реакции окружающих материнских тканей.

Таким образом, воспалительная причина НБ диагностируется по развернутой морфологической картине париетального и базального децидуита. Гибель эмбриона при этом, по-видимому, обусловлена массивной воспалительной инфильтрацией, микронекрозами в зоне непосредственного контакта хориального мешка с материнскими тканями.

2-ю группу составили 11 (22%) пациенток, у которых в морфологической картине эндометрия преобладали признаки эндокринных нарушений, в частности недостаточная децидуализация d. parietalis и d. basalis. В этих случаях среди желез с атрофичным эпителием и скудным секретом определялись рассеянные поля рыхло расположенных децидуальных клеток с неполной их дифференцировкой. Преобладали фибробластоподобные и малые децидуальные клетки без характерного венчика. Особенно это было присуще d. basalis, где обнаруживались только единичные высокодифференцированные децидуальные клетки эпителиоидного типа.

Подобные патоморфологические изменения характеризуют недостаточность прогестерона, поскольку именно этот гормон ответственен за децидуализацию эндометрия, т.е. гормональную трансформацию фибробластов до высокоспециализированных децидуальных клеток, синтезирующих пролактин и некоторые фракции простагландинов [1].

При клиническом и лабораторном обследовании всех 11 пациенток с подобными морфологическими заключениями отмечались следующие гормональные нарушения: дисфункция яичников по типу олигоменореи (9), бесплодие (3), гирсутизм (7), галакторея (3), ожирение в сочетании с диэнцефальными нарушениями (5).

В 3-й группе 6 больных (10,2%) преобладали

аутоиммунные нарушения. В материалах соскобов у этих женщин доминировали тяжелые реологические нарушения по типу ретроплацентарной гематомы, приводящие к отслойке ранней плаценты в зоне a. basalis. Важной гистологической характеристикой расслаивающих кровоизлияний была различная давность их образования: в отдельных участках они представляли собой организованные тромбы с отложением нитей фибрина и проникновением фибробластов в периферийные зоны (давность 8-12 дней), в других участках преобладали гемолизированные эритроциты матери либо их слайдж-реакция, т.е. признаки пролонгированного местного ДВС-синдрома. Как правило, в маточных плацентарных артериях выявлялся тромбоз различных сроков давности при их вполне адекватной гестационной перестройке. Аналогичные изменения местного гемостаза были видны и в a. parietalis, но в меньшем объеме.

В соскобах из полости матки у 13 (26%) пациенток 4-й группы оказалось сложным выделить 1 из 4 патоморфологических причин НБ, поскольку отмечалось сочетание 2 (воспаление и эндокринные нарушения – 5 женщин) или 3 (воспаление, эндокринопатии, аутоиммунные нарушения – 8 женщин) факторов. Чаще всего на первом месте по степени выраженности оказывались воспалительные изменения, на втором – эндокринные.

У 2 (4%) женщин констатировано отсутствие эмбриона при УЗИ и в материале соскоба. Гистологическое исследование подтвердило серьезные нарушения развития ворсин с отсутствием признаков ангиогенеза в них и во фрагментах хориального мешка. Эпителиальный покров ворсин был резко истончен, практически отсутствовал ворсинчатый цитотрофобласт, а в строме сохранялись редкие мезенхимальные клетки с признаками отека и гиалиноза матрикса. Цитогенетическое исследование супружеских пар выявило у одной из пациенток инверсию хромосомы 9: 46, XX, у другой – полисомию хромосомы X (47, XXX).

Таким образом, целенаправленный морфологический анализ соскобов из полости матки при НБ позволил выделить 5 её основных патоморфологических причин, в частности воспалительные, эндокринные, аутоиммунные, хромосомные и сочетанные факторы, приводящие к отсутствию или остановке развития эмбриона.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 У ЖЕНЩИН С РИСКОМ НА ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Саидкариев Б.К., Мавлянова Ш.К., Мавлянова Н

По различным показаниям зачастую проводится индукция родов, с использованием разнообразных средств. Используемые препараты не всегда эффективны и неравнозначны, имеют побочные действия как в отношении матери, так и плода. В силу этого проблема созревания шейки матки и родостимуляции занимают важное место в акушерстве. Из используемых для этой цели средств наи-

более приемлемым и относительно безопасным считаются простагландины. (1,5,6)

Целью нашей работы явилась оценка эффективности индукции родов при интрацервикальном введении простагландина E2 у женщин с риском на перенашивание беременности

Материал и методы исследования.

Нами изучены истории 21 беременных с риском

на перенашивание беременности госпитализированных в отделение патологии беременных в течение за период 2006 – 2008 год.

В зависимости от индукции родов обследуемые женщины распределены на 2 группы:

-1 группу (контрольная) составили 8 беременных, у которых роды были индуцированы внутривенным капельным введением энзапроста 5 мг на 500 мл - 0,9 % растворе NaCl.

-2 группу (основная) составили 13 беременных, у которых роды были индуцированы с помощью интрацервикальным введением простагландина E2.

Возраст обследуемых беременных колебался от 19 до 35 лет. Беременные в возрасте от 19 до 25 лет составили – 4, от 25 до 30 лет – 10, от 30 – 35 лет – 6 беременных.

Из числа обследуемых первобеременных первородящих были - 4 женщин(1), повторнородящих – 3(2), повторнородящих – 13(3), многорожавших – 1(4).

Исследования показали что, при применении простагландина E2 у 10 женщин из 13 отмечалось созревание шейки матки в течении 5-6 ч, общая продолжительность родов составляла в среднем 8

± 0,3 часа, а у одной женщины в связи с подтеканием вод применение препарата простагландина E2 осталось малоэффективным. Общая кровопотеря в родах составляла 180 ± 20 мл, дети родились по шкале Апгар 7-8 баллов, время пребывания в стационаре 7 суток.

У женщин контрольной группы получавших в/в капельно энзапрост тоже наблюдалось созревание шейки матки, но в течении 12-18ч, средняя продолжительность родов 12 ± 0,5 часов, общая кровопотеря 200 ± 30 мл, дети родились по шкале Апгар в среднем 7-7 баллов, время пребывания в стационаре в среднем 9 суток.

Таким образом применение простагландина E2 в качестве индуктора родов у большинство женщин привело к быстрому созреванию шейки матки и укорочению длительности родов, уменьшению кровопотери во время родов, осложнений со стороны плода и срока пребывания матери в стационаре.

Следовательно, интрацервикальное введение простагландина E2 с целью созревания шейки матки и родостимуляции весьма эффективна и может быть использована в акушерской практике.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА У РОДИЛЬНИЦ С АНЕМИЕЙ

Саидкариев Б.К., Юлдашева С.З., Мавлянова Ш.К., Курбанова У.В., Назарова Д.Э., Рассадина М.В., Закирова Г.Ю.
ТМА

Целью настоящей работы явилось сравнительное исследование эффективности коррекции некоторых гематологических показателей у родильниц с тяжёлой анемией, леченных РЭПО в сочетании с препаратами железа.

Материал и методы

Под наблюдением находились 45 родильниц тяжёлой анемией, проживающие в Гурленском районе Хорезмского вилоята. В зависимости от проводимого лечения они разделены на три группы: I группа получала пероральный железосодержащий препарат “Гино-Тардиферон” (1 таблетка 2 раза в день); II группа получала железосодержащий препарат “Венофер” (100 мг. в/в, через день, №5); III группа – наряду с пероральным железосодержащим препаратом “Гино-Тардиферон”, получали рекомбинантный эритропоэтин “Рекормон” (фирма “Хоффманн ля-Рош, Швейцария”). Он назначался родильницам – по 2000 единиц п/к, каждый день №5, последняя шестая доза – через неделю. Всем группам назначены аскорбиновая кислота по 120 мг. в день, Ундевит по 1 таб. в день. 15 родильниц без анемии из города Ташкента составили контрольную группу. После окончания терапии РЭПО пациенткам третьей группы, а также первой и второй групп был рекомендован дальнейший приём препаратов железа до одного месяца. Клинические анализы крови выполнялись во всех группах до начала исследования, на 40 день от начала исследования; длительность наблюдения составила

40 дней. Для оценки эффективности проведённой терапии в трёх группах использовался полностью автоматизированный 12-параметровый гематологический анализатор Абакус Юниор В в лаборатории Гурленской центральной больницы Хорезмского вилоята. Параметры цельной крови измерялись в 12 мкл., взятой с антикоагулянтом ЭДТА. Измерялись следующие параметры: количество эритроцитов (RBC), уровень гемоглобина (Hb), уровень гематокрита (Ht), средний объём эритроцитов (МСН), средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (МСНС), ширина распределения эритроцитов по объёму, количество тромбоцитов (PLT), средний объём тромбоцитов (MPV), тромбоцитрит (PCT), ширина распределения тромбоцитов по объёму.

Независимо от генеза анемии в послеродовом периоде до и после лечения проводилась оценка в динамике наиболее часто встречающихся симптомов анемии – слабости, одышки, головокружения, бледности кожных покровов.

Результаты исследования

Во всех группах до начала лечения отмечены: головокружения (80-90%), высокая частота бледности кожных покровов (100%). Жалобы на одышку до начала исследования предъявляли 17% родильниц третьей группы. До начала терапии также установлена значительная частота жалоб на общую слабость (80%). 12 дней спустя у родильниц третьей группы бледность кожных покровов встреча-

лась в 5 раз реже (60%), чем в первой и второй группах. На слабость жаловались 30,6% женщин. Одышка встречалась в 3 раза реже (3,3%), чем у пациенток первой и второй группы. После лечения в третьей группе головокружение сохранилось менее чем у трети женщин – 16,3%, а в первой группе – у 60% женщин, у второй группы 48%.

Уменьшение жалоб, характеризующих общее состояние родильниц, следует объяснить не только проводимой терапией, но и адаптационными возможностями организма в послеродовом периоде.

При оценке влияния терапии в каждой группе (табл1) видно, что в третьей группе, получавшей “Рекормон”, получен более выраженный и стойкий эффект, чем в остальных группах, хотя исходные показатели гемоглобина во всех группах достоверно не различались (табл1). Все показатели, а именно: гемоглобин, гематокрит, ретикулоциты и эритроциты после лечения в третьей группе были достоверно выше ($p < 0,001$) по сравнению с таковыми в остальных группах. В первой группе, несмотря на длительную терапию препаратами железа, гемоглобин не превысил уровня 76 г/л, а гематокрит 30%, во второй гемоглобин не превысил уровня 81 г/л, а гематокрит 32%.

У пациенток, получавших РЭПО, прирост гемоглобина в третьей группе в 2,5 раза больше по сравнению с остальными группами ($p < 0,001$). Такие же соотношения наблюдаются при сравнении уровня гематокрита ($p < 0,05$) и количества эритроцитов ($p < 0,01$).

Показатель гематокрита до начала лечения во всех группах не отличался (табл.1). После окончания терапии в третьей группе он достоверно увеличился по сравнению с первой ($p < 0,001$) и второй группой ($p < 0,001$) и достиг уровня $34,27 \pm 0,90\%$. Ежесуточный прирост гематокрита в I, II и III группах составляет соответственно 0,4; 0,5; 0,9%. В целом повышение гематокрита в третьей группе составило – 31,7%. Число ретикулоцитов до начала курса лечения во всех группах достоверно не различалось. После окончания терапии показатель ретикулоцитов в третьей группе достоверно увеличился ($p < 0,001$).

На фоне терапии РЭПО изменяются и морфологические параметры эритроцитов – увеличивается их средний объём. Максимальный ежедневный прирост среднего объёма эритроцитов и ширины распределения эритроцитов по объёму установлен в группе, получавшей РЭПО. Известно, что применение РЭПО может стимулировать продукцию тромбоцитов (Lialios G.2005). Согласно результатам нашего исследования, количество тромбоцитов после окончания терапии РЭПО значимо увеличивается в III группе по сравнению с первой второй группами. Увеличение количества тромбоцитов и уменьшение их среднего объёма, ширины распределения тромбоцитов, тромбокрит подтверждают результаты стимулирующего действия РЭПО на красный росток кроветворения. При этом ни в одной группе беременных и родильниц количество тромбоцитов не превышает нормальные показатели.

Показатели, характеризующие функциональное состояние печени и почек, гемостазиологические параметры также оценивались до и после лечения.

Количество билирубина до лечения было достоверно выше во всех группах по сравнению с контрольной. После лечения в I и II группах уровень билирубина повышается, в III достоверно снижается ($p < 0,05$). Уровень мочевины и креатинина становится ниже во всех группах по сравнению с контрольной. Остальные биохимические показатели крови не отличаются от таковых в контрольной группе. Показатели коагулограммы во всех группах не изменились. Таким образом, введение “Рекормона” в указанной дозе не выявляет значимых изменений в биохимических и гемостазиологических показателей у обследованных родильниц. После применения “Рекормона” показатели систолического и диастолического артериального давления не повышаются. Следует отметить, что лишь у одной родильницы получавшей “Рекормон”, наблюдалась аллергическая реакция, которая вызвала незначительное повышение артериального давления. Состояние нормализовалось без применения лекарственных. В данном случае “Рекормон” был отменён. Таким образом, включение “Рекормона” в комплексную терапию родильниц, страдающих тяжёлой анемией, оказывает благоприятное влияние и на течение послеродового периода.

Обсуждение результатов исследования

С учётом появившихся сравнительно недавно научных исследований о значении ЭПО в эритропоэзе (5,7), а также данных, полученных в настоящем исследовании, следует заключить, что наступило время пересмотреть некоторые аспекты проблемы лечения ЖДА. Одной из основных причин этого является существенное отличие влияния РЭПО + железо на гематологические показатели в отличие от традиционного. Другой причиной следует считать ограниченный отрезок времени в период беременности, когда после установления анемии следует его устранить путём эффективного лечения. Повышение уровня ферритина при традиционном лечении анемии свидетельствует об увеличении резервного железа, а отсутствие должного изменения гематологических показателей позволяет думать о неостребованности депонированного железа. Возможно, с течением времени депонированное железо утилизируется. Однако гестационный процесс имеет определённые временные рамки, а анемия является тем неблагоприятным фоном, на котором развиваются многие осложнения у матери и плода. По-видимому при тяжёлой степени анемии наблюдаются неадекватная продукция ЭПО. Такое предположение подтверждается клиническим, гематологическим эффектом у беременных получавших РЭПО: достоверно увеличиваются не только концентрация гемоглобина, но и количество эритроцитов и показатель гематокрита, ретикулоцитов, морфологические параметры эритроцитов – средний объём эритроцитов (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (MCHC), ширина распределения эритроцитов по объёму.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*Хайрутдинова Н.Х.
РСНПМЦ АиГ МЗ РУз*

В настоящее время увеличилось количество беременных женщин с заболеваниями системы крови, в частности, с патологией первичного тромбоцитарного звена гемостаза (2,3,5). Тромбоцитопатии – это наследственно обусловленные или приобретенные заболевания, сопровождающиеся нарушениями функциональной активности тромбоцитов при их нормальном количестве. В основе тромбоцитопатий лежит качественная неполноценность тромбоцитов, проявляющаяся снижением всех или отдельных адгезивно-агрегационных свойств кровяных пластинок, поэтому основной признак тромбоцитопатий – это повышенная кровоточивость разной степени выраженности (4,5).

При беременности, сопровождающейся значительными изменениями свертываемости крови, в особенности на фоне имеющегося заболевания крови, а также в связи с появлением дополнительных факторов кровоточивости резко увеличивается риск развития кровотечения даже при физиологическом отделении плаценты от стенок матки, и различных оперативных вмешательствах, в частности при травмах родовых путей и производстве операции кесарево сечение (1,2).

В связи с этим, целью данного исследования явилось исследование особенностей течения геморрагического синдрома у беременных с тромбоцитопатиями.

Материал и методы исследования: В НИИ АиГ было обследовано и пролечено 159 беременных женщин с различными формами приобретенных тромбоцитопатий. Группу сравнения составили 25 женщин с неосложненным течением беременности.

Исследование системы гемостаза включало в себя: определение активированного парциального (частичного) тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового (тромбопластинового ПВ) времени, определение фибриногена гравиметрическим методом по Рутберг, растворимого фибрина (РФ или РФМК) – фенантролиновый тест (Момот А.П.), с использованием реагентов фирмы “Технология стандарт” (Барнаул, Россия). Определение количества тромбоцитов в крови с помощью метода подсчета тромбоцитов в камере Горяева, определение агрегации тромбоцитов на двухканальном агрегометре “Roiton” (США) с использованием индукторов агрегации – АДФ, коллаген, ристомицин, адреналин по Born, агрегация тромбоцитов на стекле с использованием индуктора – гемолизата эритроцитов (Баркаган Л.З.).

Результаты и обсуждение исследования: Из 120 женщин, которые составили группу с диагностированной патологией функциональной активности тромбоцитов, у 95 (79,2%) беременной тромбоцитопатия была диагностирована впервые во время данной беременности. Тромбоцитопатия у 82 (68,3%) женщин была связана преимущественно

но с нарушением агрегационной функции тромбоцитов, и у 38 (31,7%) – с нарушением адгезивной и агрегационной функций, у 17 из них адгезивная функция тромбоцитов отсутствовала совсем.

При анализе анамнестических факторов выявлено, что в 30% случаев (36 беременных) начало заболевания было связано с перенесенными инфекциями (в основном ОРВИ), 25% пациенток (30 женщин) указывали, что кровоточивость впервые возникла на фоне приема лекарственных препаратов (НПВП, антибиотики и противовирусные препараты), у 5% (6) – на фоне психо-эмоционального напряжения, у 3% (4) – после различных оперативных вмешательств, у 3% (4) – после введения различных вакцин. У 12% (15) женщин нарушении функциональной активности тромбоцитов было выявлено случайно, во время тщательного обследования. У остальных женщин выявить явную причину развития геморрагического диатеза не представилось возможным.

1/3 женщин с тромбоцитопатиями в анамнезе отмечали эпизоды кровоточивости – десневые, носовые кровотечения, гиперполименорея, мено- и метроррагии, геморрагические проявления на коже, кровотечения после родов или прерывания беременности. Несмотря на это, диагноз у большинства пациенток – 95 (79,2%) – был выставлен во время данной беременности, причем преимущественно в III триместре – у 70 (58,3%), что соответственно затрудняло полное обследование пациенток, и их своевременное лечение. Геморрагический синдром сопровождал данную беременность у 92 (76,7%) пациенток. Основными проявлениями геморрагий у беременных были различной степени десневые и носовые кровотечения, кожные проявления геморрагического диатеза наблюдались лишь у 27 – 22,5% – беременных, у 4 беременных отмечались периодически скудные кровянистые выделения из половых путей, связанные с эндометриозом и эрозией шейки матки.

74 женщины были первобеременными, 46 – повторнобеременными. В анамнезе у 38 повторнобеременных женщин были роды, причем у 12 из них отмечалось послеродовое кровотечение, обусловленное со слов женщин дефектом последа и гипотоническим кровотечением, производилось ручное обследование полости матки. 7 из них произведена инфузия сзп и гемотрансфузия. Прерывание беременности (аборт, с/м выкидыш, неразвивающаяся беременность – у 16) также сопровождались повышенной кровопотерей в 6 случаях, в 2 случаях была массивная кровопотеря с плазмо- и гемотрансфузией.

Во время беременности женщины с патологией тромбоцитарного звена системы гемостаза, наблюдавшиеся в поликлинике НИИ АиГ, получали терапию, включающую в себя препараты, стабилизирующие функцию тромбоцитов (дицинон, АТФ, ри-

боксин, жженная магнезия), укрепляющие сосудистую стенку (аскорбиновая кислота, аскорутин, витамин Е), фитотерапию (крапива, барбарис, мать-и-мачеха).

У 2 беременных в течение 10-20 дней отмечалось неоднократно профузное кровотечение из носа в количестве 500-1000 мл, в связи с чем они были переведены из областных родильных комплексов в РСНПМЦ АиГ, им неоднократно проводилась тампонада носовых ходов, гемостатическая терапия, включающая переливание сзп, тромбомассы, криопреципитата, а также гемотрансфузия. После предварительной подготовки и остановки носового кровотечения обе беременные были успешно родоразрешены консервативно, маточного кровотечения не было.

Дородовая и предоперационная подготовка включала в себя назначение гемостатической терапии (дицинон, АТФ, аскорбиновая кислота), в родах назначались дицинон, АТФ, контрикал. С целью минимизации кровопотери и предупреждения заброса тромбопластических субстанций в кровеносное русло в III периоде родов производилось ручное отделение и выделение последа. У женщин с признаками изокоагуляции, перенесших массивное носовое кровотечение, и в связи с развившимся маточным кровотечением во время родов производилась плазмотрансфузия и переливание тромбомассы.

У 102 женщин произошли роды через естественные родовые пути, у 18 – путем операции кесарево сечение. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: тазовое предлежание плода, миопия высокой степени, рубец на матке. Кровопотеря во время операции кесарево сечение составила 600-700 мл, кесарево сечение по Джоэль-Кохену. Кровотечение в III и раннем послеродовом периодах наблюдалось у 18 родильниц (15%), 12 из них поступили на роды без предварительного обследования и лечения. Патологическая кровопотеря 600-1000 мл наблюдалась у 17, у 1 женщины

ранний послеродовый период осложнился массивным коагулопатическим кровотечением с кровопотерей 1000-1300 мл.

Средняя концентрация фибриногена, как и у здоровых беременных, по мере прогрессирования гестации постепенно повышалась и составила во II триместре $2,8 \pm 0,4$ г/л, в III триместре – $3,2 \pm 0,3$ г/л, однако на протяжении всего периода гестации отмечались более низкие его средние значения в сравнении со здоровыми беременными. ПВ в течение всей беременности имело тенденцию к постепенному укорочению, однако к концу беременности ПВ несколько удлинялось и составило в среднем $15,1 \pm 0,6$ сек. Показатель АПТВ был несколько длиннее, чем в группе сравнения, причем это сохранялось на протяжении всей беременности. В III триместре среднее значение АПТВ составило $41,1 \pm 3,6$ сек.

Количество циркулирующих в периферической крови тромбоцитов находилось в пределах нормы, но уменьшалось по мере прогрессирования срока беременности, и составляло в среднем 182 ± 14 тыс/мкл, причем в I триместре их количество приближалось по значениям к таковым в контрольной группе, а с течением гестационного периода их количество несколько уменьшалось. Среднее значение агрегации тромбоцитов на стекле составило 77%. Определение в крови маркеров активации внутрисосудистого свертывания РКМФ обнаружило их присутствие уже во II триместре беременности, а в III триместре составило в среднем $6,5 \pm 1,7$ мг%.

Концентрация фибриногена у беременных с тромбоцитопатиями по мере прогрессирования родов постепенно снижалась и составила во II периоде родов $2,5 \pm 0,4$ г/л, в III периоде – $2,3 \pm 0,3$ г/л. ПВ в течение родов имело тенденцию к постепенному укорочению, однако к концу родов ПВ удлинялось в среднем до $16,5 \pm 0,9$ сек. Аналогичные изменения наблюдались в динамике АПТВ, причем уже к 3 суткам и ПВ и АПТВ не отличались от значений у здоровых беременных.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

*Халитова З.И., Мехмонова М.Ш.
НИИ АиГ*

Проблема беременности и родов при гестационном сахарном диабете (ГСД) весьма актуальна и ещё не разрешена. Это обусловлено увеличением числа беременных с данной патологией, связанных с резким ростом заболеваемости СД в популяции, а также улучшением качества диагностики.

Благодаря успехам акушерской диабетологии, исходы беременности у больных ГСД улучшились: снизилась материнская и перинатальная смертность, уменьшилась частота акушерских осложнений. Однако достичь удовлетворительной компенсации ГСД удаётся не всегда, частота осложнений беременности и заболеваемость

новорождённых достигает 80 %. Перинатальная смертность при этой патологии колеблется от 10 до 95 %.. В связи с этим прогноз и профилактика диабетической фетопатии (ДФ) приобретают важное медицинское и социальное значение.

В настоящее время доказано, что независимо от глубины нарушений углеводного обмена, даже при незначительной гипергликемии у матери риск развития ДФ велик. Целью нашей работы явилось изучение необходимости скрининга ГСД у всего контингента беременных женщин для решения задачи предупреждение развития диабетической фетопатии.

Данное исследование проводилось на базе

Республиканского Скрининг Центра в 2005 году (2). Обследовано было 246 женщин. Для проведения статистического исследования было отобрано 184 пациентки. Средний возраст обследованных составил 26,3 года, рост 162,8 см, индекс масса тела (ИМТ) 24,92. Все женщины прошли скрининговое обследование на ГСД с нагрузкой 50 грамм глюкозы. При уровне глюкозы в крови 7,8 ммоль/литр проводился диагностический 3-х часовой тест на толерантность к глюкозе (ГТТ) с нагрузкой глюкозой 100г.

Критерии: - глюкоза плазмы крови натощак - $\leq 5,3$ ммоль/л

- через 1 час - $\leq 10,0$ ммоль/литр

- через 2 часа - $\leq 8,7$ ммоль/литр

- через 3 часа - $\leq 7,8$ ммоль/литр.

Для количественного определения глюкозы использовали глюкооксидазный метод.

Все обследованные женщины были распределены на 3 группы. Первая (N=138) скрининг - отрицательные, вторая скрининг - положительные (N=33), третья - женщины с ГСД (N=13). В группе с ГСД составили женщины, у которых диагностическом ГТТ было зафиксировано 2 аномальных результата. Средний возраст II и III группы составлял 27,4 года и 26 лет, средний ИМТ - 26,5 и 28,5 соответственно.

Интересно, что скрининг-отрицательные пациенты имели значительно меньше показатели ИМТ 24,2. Следует отметить, что у пациенток из II и III групп были наиболее распространены все факторы риска развития СД. Интересно, что у всех наблюдаемых пациенток во всех 3 группах не отмечалось патологической прибавки массы тела за беременность (в среднем прибавка составила 10,2 кг).

Катамнестическое наблюдение предыдущих беременностей и наблюдение текущих показали, что во II и III группах доля отягощённого акушерского анамнеза больше чем у скрининг - отрицательных. У всех беременных этих двух групп текущая беременность развивалась с токсикозом I и II половины. А у 32 пациенток отмечалось железодефицитная анемия беременных, кроме того, у 16 фетоплацентарная недостаточность.

Из 13 пациенток с ГСД роды прошли в срок у 11, у 1 произошел поздний с/п выкидыш 24 нед, 1 беременность осложнилась преждевременными родами в 34-35 нед. У пациенток, родивших в срок средний вес новорожденных составил 3,8 кг и только у одного ребёнка отмечалась гипоксическо - травматическая перинатальная энцефалопатия. Все выше сказанные указывает на то, что большинство из описанных в литературе факторов риска ГСД, действительно свидетельствуют о повышенной вероятности развития этого заболевания. С другой стороны, строгий взаимоконтроль женщин с ГСД позволили добиться хорошей компенсации. Все женщины из 3 группы находились на диетотерапии (стол №9) 2-ое больных кроме этого получали инсулинотерапию (ср доза 24 ед), всем им были рекомендованы также адекватные физические нагрузки и колебания глюкозы в крови в течение дня не повышали 4,0 - 5,1 ммоль/литр в среднем. Через два месяца после родов всем женщинам с ГСД проводился стандартный пероральный глюкозо - толерантный тест с 75 г глюкозы. Контроль глюкозы в капиллярной крови выявил гипергликемию у 2 пациенток, который было назначены сахарснижающие препараты и дальнейшие наблюдения эндокринолога. Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают, что женщины с отягощённым акушерским анамнезом и уровнем глюкозы крови натощак выше нормы, имеет более высокий риск развития ГСД (6). Наиболее часто встречается данная патология у женщин с избыточной массой тела (ИМТ в ср 28,5 кг/м²). Течение ГСД часто проходит на фоне отягощённого акушерского анамнеза, но чёткое и агрессивное соблюдение критериев компенсации ГСД позволяет снизить риск развития фетопатии.

Следовательно, раннее выявление нарушений обмена углеводов с помощью перорального глюкозо - толерантного теста с 50 гр глюкозы всем женщинам в течении беременности и назначение необходимой терапии имеет огромное значение для снижения перинатальной заболеваемости, профилактики сахарного диабета и предсказания последующего развития.

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЦНС РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Ходжаева М.А., Каримова Ф.Д.
ТашИУВ*

Повреждения мозга на ранних стадиях онтогенеза становятся ведущей причиной перинатальной смертности и составляют значительную долю в структуре неврологической патологии детского возраста, достигая 60-80%. (Самсонова Т.В., 2002). Одной из самых частых причин перинатального поражения ЦНС является гипоксия, составляющая по данным разных авторов

40-50%. Длительная внутриутробная кислородная недостаточность оказывает неблагоприятное воздействие на становление процессов гемодинамики плода и новорожденного, сопровождается изменением парциального напряжения газов крови и кислотно-основного равновесия.

Обследовано 98 новорожденных из них гипоксические поражения легкой степени имели 55

новорожденных (I), средней тяжести 31 (II) и (III) группа тяжелой гипоксией 12 детей соответственно. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных. Допплерометрию новорожденным осуществляли в 1-й и 5-й дни жизни, руководствуясь стандартной методикой (F. Van Bel). Для исследования использовали ультразвуковой аппарат Aloka-SSD-2000 (Япония), снабженный доплеровским блоком пульсирующей волны, с датчиком 5 МГц. Для оценки гемодинамики рассчитывали следующие показатели: максимальную систолическую скорость кровотока (МССК) и конечную диастолическую скорость кровотока (КДСК) в см/с, индекс резистентности (ИР). Определение парциального напряжения газов крови и показателей кислотно-основного равновесия проводилось на аппарате ABL-50 фирмы "Radiometer" (Дания). Забор капиллярной крови для исследования проводился на 1-е и 5-е дни жизни ребенка. Определяли следующие показатели: pH крови, парциальное напряжение углекислого газа pCO_2 , и кислорода pO_2 , в мм рт.ст, актуальный бикарбонат HCO_3 , общую двуокись углерода tCO_2 в ммоль/л, избыток и дефицит оснований ABE в ммоль/л, степень насыщения гемоглобина кислородом sO_2 в процентах.

Анализ результатов исследования церебральной гемодинамики у здоровых новорожденных показал, что ранний период адаптации мозгового кровообращения у них характеризовался снижением и стабилизацией тонуса церебральных сосудов к 5-м суткам жизни. Так, ИР в передней ПМА и средней СМА мозговых артерий статистически достоверно снижался к 5 суткам жизни. Показатели газов крови и кислотно-основного равновесия у здоровых новорожденных указывали на наличие компенсированного за счет дыхательного компонента метаболического ацидоза в 1-й день жизни и нормализовались к 5-у дню после рождения.

У новорожденных с клиническими проявлениями гипоксического поражения ЦНС легкой степени показатели церебральной гемодинамики в 1-й день статистически достоверно не отличались от таковых у здоровых новорожденных ($p > 0,05$). К 5-м суткам жизни показатели мозгового кровотока в этой группе детей не менялись. Снижения сосудистого тонуса в бассейнах крупных церебральных артерий, наблюдающиеся к этому моменту у здоровых новорожденных, не отмечалось. ИР ПМА и СМА был статистически достоверно ($p < 0,001$) выше по сравнению с контрольной группой. Показатели газов крови и кислотно-основного равновесия у новорожденных с легкой степенью гипоксии показали о наличии субкомпенсированного метаболического ацидоза. Несмотря на проводимую терапию на 5-е сутки сохранялись признаки неустойчивости системы гемостаза. Изменения кислотно-основного

равновесия крови проявлялись в индивидуальных значениях в виде метаболического ацидоза, а иногда алкалоза метаболического или респираторно-метаболического характера. Показатели центральной гемодинамики у детей с клиническими проявлениями гипоксического поражения ЦНС средней степени тяжести в 1-день жизни значительно отличались от контрольной и I основной групп. Периферическое сосудистое сопротивление у них было снижено, и вследствие этого значения ИР были статистически достоверно ниже по сравнению с вышеуказанными группами. К 5-у дню у новорожденных наблюдалась динамика показателей церебральной гемодинамики, обратная той, что была в контрольной группе. У них отмечалось значительное повышение сосудистой резистентности и снижение мозгового кровотока. ИР у этих детей статистически достоверно ($p < 0,001$) повышался и становился выше ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. Показатели кислотно-основного равновесия в этой группе новорожденных мало отличались от детей контрольной и I групп и свидетельствовали о наличии субкомпенсированного ацидоза. В 5-й день жизни у них сохранялся компенсированный метаболический ацидоз. У детей с тяжелыми гипоксическими поражениями ЦНС в первый день жизни наблюдалось значительное снижение резистентности церебральных сосудов. В связи с этим значение ИР было достоверно ниже по сравнению с контрольной и первой группой исследования. К 5-му дню жизни снижение цереброваскулярной резистентности и усиление перфузии мозга у детей этой группы сохранялось. Индекс резистентности оставался статистически достоверно меньшим по сравнению с показателями у детей с легкими перинатальными поражениями ЦНС. В 1-е дни жизни в крови у детей с тяжелыми гипоксическими поражениями ЦНС отмечались декомпенсированный ацидоз смешанного типа и гипоксемия. К 5-у дню жизни дыхательный ацидоз компенсировался, увеличивалось pO_2 , возник сдвиг в сторону компенсации метаболического ацидоза, однако сохранялись статистически значимые различия по сравнению со здоровыми новорожденными в отношении показателей pO_2 ($p < 0,05$), ABE ($p < 0,01$) и sO_2 ($p < 0,001$). Значения ABE и sO_2 были также статистически достоверно ниже, чем у новорожденных с легкими перинатальными поражениями ЦНС ($p < 0,01$; $p < 0,001$ соответственно).

Таким образом, выраженность изменений церебральной гемодинамики, кислотно-основного равновесия и парциального напряжения газов крови в раннем неонатальном периоде пропорциональна степени тяжести перинатального гипоксического поражения ЦНС и является одним из патогенетических звеньев церебральных нарушений у новорожденных.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРА СА-125 В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Л.М.Абдуллаева
ТМА

Наиболее современным малоинвазивным методом лечения при доброкачественных опухолях яичников является лапароскопический, в связи с этим актуальным является вопрос о совершенствовании методов дооперационного обследования. Все еще остается спорным вопрос о возможности в дооперационном периоде определить характер опухоли яичника и решить вопрос об объеме и виде (лапаротомия или лапароскопия) операции.

Целью данного исследования являлось определение значимости онкомаркера СА-125 в дооперационном обследовании больных с доброкачественными образованиями яичников, которым планируется хирургическая лапароскопия.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в родильном комплексе №9 г.Ташкента. Всего обследовано 56 пациенток. Возраст обследованных колебался от 17 до 60 лет и одна больная была в возрасте 10 лет. Контрольную группу составили 6 здоровых женщин, обследованных добровольно. За верхнюю границу нормы онкомаркера СА-125 принималась величина 35 ед/мл.

Все больные, направленные на хирургическую лапароскопию по поводу доброкачественных образований яичников были обследованы традиционно. Ультразвуковые исследования проводились с помощью аппарата «Lodjiq-400 SL», мультислотными датчиками 4,0 и 7,5Гц. Исследования проводили трансабдоминально и трансвагинально. Иммунологические исследования для определения величины онкомаркера СА-125 иммуноферментным методом в сыворотке крови больных проводились в процессе дооперационного обследования в НИИ иммунологии Академии наук РУз. Онкомаркер СА-125 является антигеном, определяемым с помощью моноклональных антител к клеткам рака яичников, и является наиболее специфичным маркером при опухолях яичников, особенно в возрасте постменопаузы [6]. При резко повышенных показателях проводилось повторное исследование в послеоперационном периоде и после реабилитационного лечения. Верификация диагноза характера образования проводилась путем гистологического исследования удаленной капсулы.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение анамнеза обследованных больных выявило, что образование в области яичников было выявлено случайно во время профилактического осмотра у 16 (28,6%)

больных, причем никаких клинических признаков заболевания больные не отмечали. У трети больных (20 женщин – 35,7%) образование в области яичников выявлено в связи с обследованием по поводу бесплодия. Из них у 14 (25,0%) больных было выявлено первичное бесплодие, а у остальных – вторичное бесплодие. В анамнезе у 23 (41,1%) женщин имели место жалобы на нарушение менструального цикла в виде альгоменореи, дисфункциональных нарушений цикла (укорочение или удлинение цикла, обильные менструации).

Девочка 10 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой острого живота. Во время операции обнаружено киста яичника с перекрутом ножки образования. Эта девочка была обследована на онкомаркер СА-125 дважды в динамике после операции, величина его составила 22,1 и после операции – 24,3. Гистологическое исследование установило наличие дермоидной кисты яичника.

Ультразвуковые исследования, проведенные больным до операции, позволили получить описание размеров образования, его локализацию, сочетание различных по качеству неоднородных образований в яичниках, особенности капсулы кисты или кистомы. При этом наиболее информативным было описание при трансвагинальном исследовании по сравнению с трансабдоминальным у тех же больных. Это позволило уже до операции предположить характер образования по экзогенности содержимого, особенностях капсулы у 35 больных, особенно при простых фолликулярных, дермоидных и эндометриодных кистах, при папиллярной кистоме, что было подтверждено при гистологическом исследовании капсулы.

Определение характера образования позволило произвести операцию цистэктомии у 92,7% пациенток лапароскопическим путем, остальным произведена лапаротомия и аднексэктомия.

Проведение гистологического исследования удаленных капсул образований яичников позволило разделить обследованных больных на 2 группы: 1-группа - 25 больных с истинными доброкачественными опухолями яичников. Среди этих больных у 2-х пациенток выявлена пограничная опухоль яичника. 2-группу составили 31 больная с опухолевидными образованиями яичников (ООЯ). Интерпретация результатов определения величины онкомаркера СА-125 проведена в соответствии с результатами гистологического исследования.

В 1-группе больных величина онкомаркера СА-125 колебалась от 8,3 до 60,3 ед/мл и составляла в среднем 74,02±34,62. Во 2-группе с ООЯ величина онкомаркера также была в этих пределах и колебалась от 8,1 до 51,7 и составляла в среднем 28,7±7,18. Наиболее высокие показатели онкомаркера СА-125 выявлены у 2-х больных с эпителиальными кистами яичника (40,7 и 60,3). А у 2-х пациенток с пограничной опухолью яичника величина онкомаркера составила 354,9 и 583,3. У 2-х пациенток с ООЯ также были выявлены высокие показатели онкомаркера (51,7 и 200,8). Однако после оперативного и реабилитационного лечения этих больных повторные исследования онкомаркера в крови выявили снижение его величины на 15-30% по сравнению с исходной величиной. Практически у всех пациенток, у которых величина онкомаркера СА-125 была в пределах нормы, в послеоперационном периоде отмечено снижение величины онкомаркера. Это свидетельствует о том, что одним из источников этого белка в крови являются опухолевые клетки [1]. У 2-х больных величина онкомаркера и

после операции и реабилитационного лечения все еще оставалась высокой. Такие больные были отнесены в диспансерную группу риска на рецидив опухоли и консультированы онкогинекологом. Это находит подтверждение в исследованиях других авторов, предлагающих использовать онкомаркер как фактор прогноза и мониторинга за дальнейшим состоянием больной [2].

Таким образом, исследование онкомаркера СА-125 является высоко специфичным и информативным методом предоперационного обследования всех больных с образованиями яичников. Результаты этих исследований позволяют предположить диагноз о характере образования еще до операции и решить вопрос о методе оперативного лечения и его объеме. При сопоставлении величины онкомаркера СА-125 с гистологическим исследованием капсулы кисты или кистомы яичника отсутствие снижения величины онкомаркера после операции позволяет выделить группу риска на озлокачествление или рецидив образования для дальнейшего наблюдения и лечения.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ

*Ходжаева М.А., Каримова Ф.Д.
ТашИУВ*

На современном этапе развития акушерства и гинекологии кесарево сечение является самой распространенной операцией. Это неизбежно влечет за собой возрастания количества повторнобеременных женщин с рубцом на матке. В настоящее время, рубец на матке, во многих странах занимает 1 место среди показаний к кесареву сечению составляя 15-24%. Ведение беременности у данного контингента женщин и их родоразрешение представляют серьезную проблему, для решения которой необходима исчерпывающая информация о состоянии рубца на матке.

Целью данного исследования заключалась в оценке эффективности УЗИ в диагностике состоятельности рубца на матке у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение, на основании сопоставления интраоперационных данных и результатов морфологического исследования миометрия.

Материал и методы исследования: Нами было проведено обследование, наблюдение и оперативное родоразрешение 57 беременных, имевших в прошлом кесарево сечение. Критериями исключения явились возраст старше 45 лет, тяжелая экстрагени-

тальная патология, многоплодная беременность, наличие продольного рубца на матке. Обследование начинали с тщательного изучения общего и специального анамнеза. Обязательно выясняли причину первого кесарева сечения, осложнения и течение послеоперационного периода. Ретроспективно, по историям родов изучены техника операции, продолжительность, интраоперационные осложнения, кровопотеря. При акушерском осмотре особое внимание обращали на состояние послеоперационного рубца на передней брюшной стенке: его расположение, размеры, плотность, подвижность тканей, а также на жалобы женщины при пальпации. Во время I, II, III триместров беременности проводили УЗИ с фетометрией, плацентометрией. Давалась оценка нижнего маточного сегмента в области предыдущего разреза (толщина, эхоструктура).

К эхографическим признакам несостоятельности нижнего сегмента матки мы относили - толщину нижнего маточного сегмента менее 2 мм и более 8мм, кратерообразное истончение рубца, а также наличие гиперэхогенных включений в области предполагаемого расположения рубца. УЗИ прово-

дили на аппарате ALOCA-5000 SSD (Япония), используя трансабдоминальный датчик при частоте 3,5 МГц при наполненном мочевом пузыре.

Для морфологического исследования биоптат из верхнего и нижнего краев разреза при повторном кесаревом сечении был взят у 20 женщин с макроскопически состоятельным рубцом и 20 с макроскопическими признаками его неполноценности.

Средний возраст пациенток составил 32,0±5,7 года. Одно кесарево сечение в анамнезе имели 42 (73,6%) женщин, два кесарева сечения в анамнезе имели 14 (24,5%) пациенток и 1 (1,7%) женщина на момент исследования имела 3 кесаревых сечения в прошлом. Интервал между предшествующим кесаревым сечением и настоящей беременностью составил 1-2 года у 15 (26,3%) женщин, 3-5 лет у 17 (29,8%) более 5 лет у 24 (42,1%). Предыдущая операция и послеоперационный период протекал без осложнений у 52 (91,2%) женщин. В 5 (8,8%) случаях имело место осложнение послеоперационного периода, так у 2 (3,5%) пациенток в анамнезе послеоперационный период осложнился эндометритом, у 2 (3,5%) женщин в раннем послеоперационном периоде возникло гипотоническое кровотечение, купированное консервативно, у 1 пациентки отмечалось частичное расхождение кожного шва. Наиболее частой причиной абдоминального родоразрешения является рубец на матке, что составило 24,5%, отягощенный преморбитный фон, ЭГЗ, присоединившаяся презклампсия послужили причиной 19,2% операций. Ягодичное предлежание плода 17,5%; Крупный плод также по сумме относительных показаний послужил причиной к абдоминальному родоразрешению в 8,7% случаев. Неподдающаяся коррекции слабость родовой деятельности 14%, отслойка нормально расположенной плаценты 3,5%. Последние, обуславливали экстренность проведения операции и по частоте соответствовали ослож-

нениям послеоперационного периода.

При ультразвуковом исследовании у 16 (28%) беременных диагностированы признаки несостоятельности рубца на матке. Необходимо отметить, что при этом только у 6 (10,5%) беременных отмечались клинические признаки несостоятельности рубца – болезненность в области нижнего сегмента матки, болезненность при пальпации по ходу рубца, болезненные шевеления плода, тошноту. Тогда как у остальных 10 (17,4%) женщин несостоятельность рубца на матке диагностирована только по УЗИ и не имела клинических проявлений. В результате всем 16 беременным произведено оперативное родоразрешение в экстренном порядке не зависимо от срока гестации. Интересным явился факт интраоперационного подтверждения диагноза – несостоятельности рубца. Так интраоперационно у 7 (12,3%) рожениц отмечены признаки истончения области рубца и нижнего сегмента матки, тогда как у 9 (15,7%) женщин во время операции рубец не был отчетливо заметен. Следовательно, точность УЗИ в диагностике состояния рубца на матке составила 76,6%. А специфичность клинических признаков составила 37,5%. По подозрению в несостоятельности рубца на матке экстренно операцию пришлось произвести в 28%, однако диагноз подтвердился только в 10,5% случаях.

Таким образом все женщины перенесшие кесарево сечение в анамнезе, могут быть отнесены к группе высокого риска. Беременные этой группы нуждаются в тщательном наблюдении на протяжении всей беременности. При выборе метода родоразрешения основную роль играет оценка состояния рубца на матке. Проведенное нами исследование позволяет сделать вывод, что метода позволяющего безошибочно судить о состоянии нижнего сегмента матки на сегодняшний день не существует и поэтому процент диагностических ошибок достаточно высок.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Л.М.Абдуллаева
ТМА, г.Ташкент

Целью настоящего исследования явилось определить информативность комплексного ультразвукового исследования с применением цветного дуплексного картирования и применения онкомаркера СА-125 для дооперационной диагностики характера образования яичника.

Материал и методы исследования. Нами

проанализированы результаты дооперационного инструментального и лабораторного обследования 75 больных, поступавших на оперативное лечение по поводу образования в области яичников. Возраст обследованных колебался от 17 до 67 лет, из них 28% находились в периоде перименопаузы.

После верификации диагноза путем пато-

морфологического исследования капсулы удаленного образования больные были разделены на 2 группы. 1-группу составили 31 пациенток с доброкачественными опухолями яичников (ДОЯ), 2-группу составили 44 пациенток с опухолевидными образованиями яичников (ООЯ). Контрольную группу составили 6 здоровых женщин, обследованных с профилактической целью.

В план обследования кроме традиционных методов исследования (жалобы, анамнез, гинекологический осмотр) были включены УЗИ с цветным доплерометрическим дуплексным картированием сосудов яичника и матки. Допплерометрическое исследование кровотока проводили на аппарате "Lodjiq-400 SL" в акушерском комплексе №6 (гл.врач проф. Пахомова Ж.Е., врач Халбаева Х.М.). Вычисляли максимальную систолическую и конечную диастолическую скорости кровотока и относительные показатели качества кровотока: систоло-диастолическое отношение, индекс резистентности, наличие и локализацию внутриопухолевого кровотока. Сравнивали показатели с правой и левой стороны, т.е. здоровой стороны и области образования яичника.

Для прогнозирования характера образования всем больным проводилось исследование онкомаркера СА-125 в сыворотке крови иммуноферментным анализом на плашках тест-системой. В качестве верхней границы нормы было принята величина 35 ед/мл.

Послеоперационный диагноз о характере образования сопоставляли с результатами патоморфологических исследований удаленной капсулы кисты или кистомы яичника для оценки эффективности и информативности современных ультразвуковых методик и лабораторных методик.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных больных при бimanуальном исследовании наличие объемного образования яичника было выявлено у 68 обследованных. На первом этапе осуществляли трансабдоминальную и трансвагинальную эхографию. Среди обследованных было 4 девушки, не жившие половой жизнью, которым проводилось только трансабдоминальное исследование. Обращали внимание на величину и форму образования, его структуру, толщину стенки, наружные и внутренние контуры образования и наличие перегородок, а также экзогенность содержимого. Далее проводилось доплеровское картирование сосудов матки и яичников.

У больных с ДОЯ при дуплексном сканировании выявлен кровоток преимущественно по периферии и снижение конечной диастолической скорости. Только у 2-х больных с пограничной серозной цистаденомой и у 1 больной с пограничной муцинозной циста-

деномой были выявлены очаги неоваскуляризации в капсуле и в перегородке образования. Максимальная систолическая скорость была относительно снижена.

Индекс резистентности был несколько ниже нормы (0,40-0,52), что, однако, характерно для пограничных опухолей. У остальных пациенток 1-группы индекс резистентности был средней величины (от 0,56 до 0,60), что указывало на доброкачественный характер образования, что согласуется также с результатами других исследователей [1,4].

Величина онкомаркера СА-125 в среднем не превышала верхней границы нормы. Только у 2-х больных с пограничной опухолью отмечено превышение его величины до 40-48 ед/мл. В послеоперационном периоде повторные исследования онкомаркера выявили его снижение. Точность диагностики до операции составила

У пациенток 2-группы с ООЯ (фолликулярная киста, киста желтого тела) при ультразвуковом исследовании дооперационный диагноз совпал с гистологическим диагнозом при исследовании капсулы после операции у 97,7%. Применение дуплексного сканирования позволило выявить периферический кровоток в капсуле у 12 (27,3%) пациенток, а у остальных только выявлен кровоток в ткани яичника. Величина индекса резистентности при фолликулярных кистах и кистах желтого тела практически не отличался и характеризовался средними значениями (0,56-0,68). Кровоток при пареоовариальных кистах визуализировался только в ткани яичника, а капсула была аваскулярна. Такая картина кровотока согласуется с данными литературы [2,3]. Величина онкомаркера при ООЯ без клинических признаков был в пределах нормы, однако при ООЯ с признаками подострого воспаления иногда был выше нормы в 2-4 раза. После оперативного и реабилитационного лечения величина онкомаркера нормализовалась.

Проведенное исследование свидетельствует о высокой информативности ультразвукового и цветного доплеровского картирования при дооперационном обследовании больных с образованиями яичников. Высокую информативность имеет также одновременное исследование онкомаркера СА-125.

Выводы. 1. Дооперационное обследование больных с образованиями яичников должно включать проведение УЗИ и цветное доплерографическое исследование кровотока, что позволяет прогнозировать характер опухоли.

2. Одновременное определение величины онкомаркера СА-125 повышает информативность исследования и позволяет решить вопрос о характере и объеме оперативного лечения.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАДИОВОЛНОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Абдуразакова Г.А.

ТМА. Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента

В настоящее время существует достаточно большое количество методов лечения доброкачественных заболеваний шейки (ДЗШ) матки, как консервативных, так и оперативных. Развитие и внедрение современных технологий с применением различных видов физической энергии существенно повысили эффективность и результаты лечения, направленные не только на ликвидацию патологического процесса, но и обеспечивающие сохранение анатомической целостности органа. [1]

Целью нашего исследования явилась разработка комплекса предоперационных и реабилитационных мероприятий у женщин с ДЗШ матки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 92 женщины с ДЗШ матки, которым было проведено радиохирургическое (РХ) лечение при помощи радиоволнового генератора «Фотек-80» мощностью от 0,44 до 7,04 МГц (Россия).

Операцию проводили на 5-ый – 9-ый день менструального цикла. Из них у 35 женщин была псевдоэрозия шейки матки, у 48-эрозированный эктропион и у 9-ти – полип цервикального канала. Возраст женщин составил 22-53 года. Так, среди обследованных женщин инфекция мочевыводящих путей имела место у 29,3% (27), воспалительные заболевания половых органов - у 78,3% (72) пациенток. Нерожавших женщин было 10,9%(10), в анамнезе одни роды имели место у 16,3%(15), 2-е -3-е родов - у 65,2% (60), 4 и более родов – у 7,6% (7) пациенток. Длительность заболевания до 1 года была у 38,0% (35), от 2-х до 7-ми лет – у 62,0% (57). При длительном течении заболевания проводилось неоднократно консервативное лечение: противовоспалительное, гормональное и коагуляционное (химическое) воздействие. Из них химическая коагуляция в комплексном лечении была проведена у 31,6% (18), электрокоагуляция (ЭК)- у 21,1% (12). Несмотря на проводимое лечение, процесс рецидивировал у 7 (6,4%) женщин. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся на основании визуального, бактериоскопического, бактериологического, кольпоскопического и гистологического обследований.

Предоперационная подготовка в группе с радиоволновой эксцизией шейки матки состояла из следующего: всем женщинам брали анализ выделений из 3-х точек. При 3-й 4-й степени чистоты дополнительно назначалось бактериологическое обследование с определением чувствительности к антибиотикам. Этой группе

женщин назначалось лечение в виде антибактериальных препаратов перорально в зависимости от чувствительности и местно назначались гексиконовые свечи по 1 св. 2 раза в день в течение 10 дней. В случае замедления процессов регенерации применялся раствор куриозина на тампонах, который способствует ускорению процесса регенерации, эпителизации и обладает антимикробным действием, за счет наличия в нем гиалуроновой кислоты и цинка.

Результаты и их обсуждение: При анализе течения послеоперационного периода установлено благоприятное течение у 72 (78,3%) пациенток, у 20-ти (21,3%) послеоперационный период осложнился местной воспалительной реакцией и замедлением периода регенерации.

В послеоперационном периоде жалобы в виде жидких обильных выделений отмечали все больные, начиная со 2-го до 7-го дня после операции.

Болевой синдром в виде ноющих болей внизу живота на 1-ые сутки после операции отмечался у 3-х женщин (2,7%), которые купировались нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) в виде нимисил по 1 порошку 2 раза в день в течение 2-х дней.

При осмотре пациенток на 6-ые - 7-ые сутки после операции у 20-ти (21,3%) женщин отмечались жалобы на жжение, зуд, обильные гнойные выделения из половых путей. При бактериологическом исследовании у них были обнаружены *St. aureus*, *St. epidermis*, *E. coli*, *Proteus spp*, *Bacteroides spp*, грибы рода *Candida* и др.

При гистологическом исследовании у этой группы женщин был хронический эндоцервикоз, железисто-фолликулярная псевдоэрозия. В этой группе пациенток мы применяли гексиконовые свечи интравагинально по 1 свече в день в течение 10 дней, начиная с 7-го дня. Контрольное обследование после лечения показало нормализацию микрофлоры влагалища на 5-7-ые сутки после лечения.

Следует отметить, что отторжение струпа происходило на 15-21-й день после операции, полная эпителизация завершалась к 31-35-му дню. У 16-ти (14,7%) женщин из числа 20-ти пациенток с воспалительными осложнениями отмечался затяжной процесс эпителизации.

На 21-ые сутки мы назначали раствор куриозина на тампонах 2 раза в сутки в течение 14 дней. Эти мероприятия в послеоперационном периоде способствовали более интенсивному процессу регенерации, эпителизации и антимикробному действию.

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Д.А. Ашьева Н.И. Хикматова
РСНИМЦ Аи Г и БОМКИ*

По данным различных авторов одной из наиболее распространенных заболеваний молочных желез является фиброзно-кистозная болезнь или как её часто называют мастопатия [1]. Фиброзно-кистозная болезнь принадлежит не только к наиболее частым, но и к весьма не однородным в клинических, рентгенологических, гистологических проявлениях заболеваний.

По данным Л.М. Бурдиной [1,2] группа наиболее высокого риска развития мастопатии наблюдалась у пациенток с гиперпластическими процессами внутренних половых органов (эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия или их сочетание). Независимо от назологической формы основного заболевания частота патологии молочных желез у этой группы пациенток чрезвычайно высока и колеблется от 68-92%.

Целью исследования явилась изучение частоты гинекологической патологии у пациенток с мастопатией в периоде перименопаузы.

Материалом исследования служили 100 пациенток, обратившиеся с различными жалобами к гинекологу в Бухарский областной многопрофильный клинический центр. Возраст пациенток колебался от 42-55 лет, в среднем составил 44±1,8 лет.

Все пациентки осмотрены маммологом и терапевтом. Проведены клинико-лабораторные исследования, гинекологический осмотр, анализ выделений из цервикального канала, PAP мазок, кольпоскопия, УЗИ гениталий, молочных желез (при необходимости маммография), УЗИ щитовидной железы, печени и почек, пальпация молочной и щитовидной желез. По показаниям было выполнено диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

У 65 (65,0%) пациенток диагностированы различные заболевания молочных желез (по данным УЗИ, маммографии и после консультации маммолога). Группу контроля составили 35 (35,0%) пациенток без мастопатии. У 19 (29,2%) диагностирована диффузная форма мастопатии, у 33 (50,8%) фиброзно-кистозная мастопатия, и у 13 (20,0%) узловая форма мастопатии.

При изучении анамнеза обследуемых женщин уделяли внимание перенесенным заболеваниям.

При изучение возраста менархе 23,1% пациенток с мастопатиями менархе наступили до 11 лет. В группе контроля только лишь у 5 женщин (14,3%) менструации наступили в возрасте старше 12 лет..

Изучение гинекологического анамнеза показало, что наиболее частым перенесенным гинеколо-

гическими заболеваниями явились различные нарушения менструальной функции – 46 (70,8%) против 4 (11,4%) в контрольной группе (табл. 2). Наиболее часто на нарушения менструальной функции в прошлом указывали пациентки с фиброзно-кистозной мастопатией – 24 (72,2%). На воспаление матки и придатков в анамнезе указали в 1,6 раза больше пациенток с мастопатиями – 29 (44,6%) по сравнению с 10 (28,6%) в контроле. Кисты яичников и миомы матки отмечали 25 (38,5%) пациенток с мастопатиями против 2 (5,7%) в контроле. Наиболее часто указали на данные патологического состояния в анамнезе – 7 (53,8%) с узловой формы мастопатии. Каждая 10-я пациентка – 7 (10,8%) в группе с мастопатиями отмечали первичное бесплодие в анамнезе. В группе контроля аналогичное состояние не отмечалось.

Изучение гинекологического статуса пациенток с мастопатиями показало, что наиболее частой патологией является миома матки в сочетании с аденомиозом – 33 (50,8%); в контрольной группе данное состояние регистрировалось 1,8 раза реже – 9 (27,7%) (табл. 3). В 5,8 раза чаще у женщин с мастопатиями диагностированы различные кисты яичников.

Заболевания шейки матки в виде экзо- и эндоцервицитов, псевдоэрозий, эктопий, лейкоплакий верифицированы в 2,6 раза больше у женщин с мастопатиями. Наиболее часто диагностирована патология шейки матки в группе ФКМ – 32 (96,9%). Частота данной патологии в группе больных с диффузной мастопатии и узловые её формы практически не отмечалось между собой. Практически у каждой 2 пациентки с мастопатией – 30 (46,2%) имели место различные расстройство цикла и ритма менструации. В группе контроля данные состояние встречались 4 раза реже. Одним из факторов риска развитие патологии молочной железы рассматривается выполнение больше 3-х медицинских аборт.

Наши данные показали, что количество медицинских прерываний беременности отмечено в 1,3 раза больше в группе пациенток с мастопатиями по сравнению с контролем-27 (41,5%) против 11(31,4%). От 3 до 10 медицинских абортов произведено 23 (35,4%) пациенткам, что 2,5 раза больше по сравнению с контрольной группой. Кроме того, привычное невынашивание отмечалось у 13 (20,0%) женщин с патологией молочных желез. Данная патология в группе контроля не прослеживалась. К сожалению, нам не удалось выяснить длительность кормления грудью у обследованных пациенток.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМENOПАЗЫ

Д.А.Алиева, Ф.Д.Хакимова, Г.Р.Салиходжаева
РСНПМЦ НИИ АиГ МЗ РУз, директор – проф. д.м.н. С.С.Султанов

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) является одной из основных причин обращения женщин перименопаузального возраста за медицинской помощью [1]. По данным литературы к 25-летнему возрасту половина женщин имеют хотя бы один эпизод ВВК, подтвержденный врачом, а при приближении к перименопаузе 75% женщин имеют в анамнезе данное заболевание [5].

Наибольшее значение в возникновении ВВК имеет вид *S. albicans*, который вызывает заболевания в 80–95% наблюдений [2]. В остальных случаях возбудителями являются *S. glabrata*, *S. tropicalis*, *S. parapsilosis*, *S. krusei*. Другие виды *Candida* редко вызывают поражение вульвы и влагалища [3, 4, 6].

Учитывая, что при всех клинических формах генитального кандидоза выделяются одни и те же штаммы *Candida*, можно предположить, что основной причиной развития заболевания являются особенности резистентности организма. Следует помнить, что ВВК чаще возникает при снижении сопротивляемости макроорганизма на фоне отягченного соматического и гинекологического статуса, характерного для периода пременопаузы.

Целью исследования явилась оценка состояния шейки матки у женщин перименопаузального возраста с вульвовагинальным кандидозом.

Материалы и методы исследования. Нами проведена оценка состояния шейки матки у 39 женщин в возрасте 42 до 55 лет с вульвовагинальным кандидозом. Изучался анамнез, данные гинекологического осмотра, бактериоскопия влагалищных мазков, бактериальный посев из цервикального канала, результаты расширенной кольпоскопии и цитологическое исследование. Всем пациенткам проведено клинико-лабораторное обследование, определение ВИЧ-инфекции и RW, глюкозо-толерантного теста. Цитологию влагалищных мазков проводили по общепринятой методике после окраски препаратов по Грамму. Обращали внимание на клеточный состав мазка (шейка и влагалище), флору.

Результаты и обсуждение исследования

При осмотре все женщины предъявляли жалобы на обильные выделения из влагалища, сопровождающиеся зудом и жжением, в трети наблюдений выделения были творожистого вида. Более половины пациенток отмечали жжение, боли и рези при мочеиспускании и после полового акта.

Каждая вторая пациентка отмечала умеренную болезненность в области наружных половых органов. При влагалищном осмотре у каждой второй женщины была отмечена гиперемия и отечность слизистых оболочек. Бактериологически микрофлора влагалища обследованных женщин была представлена грибами рода *Candida*.

При гинекологическом осмотре у пациенток обнаружены признаки воспалительного процесса вла-

галища: обильные выделения, гиперемия, отечность, местами мацерация слизистой стенок влагалища, а также гипертрофированная шейка матки. При расширенной кольпоскопии у всех пациенток с ВВК были обнаружены признаки воспалительного процесса, которые характеризовались гиперемией, отеком, рыхлостью слизистой оболочки влагалища и шейки матки. На фоне гиперемии слизистой оболочки выявлены участки с признаками очагового и диффузного экзо- и эндоцервицита. После проведения пробы Шиллера поверхность слизистой окрашивалась неравномерно, с характерной крапчатостью йоднегативных и йодпозитивных участков. При этом у 9 (23,1%) пациенток на эктоцервиксе выявлена эктопия шейки матки с признаками воспалительного процесса, эктопия в сочетании с атипической зоной трансформации обнаружена у 5 (12,8%) пациенток, множественные ов. Naboti у 14 (35,9%) пациенток. Наряду с кольпоскопическим методом исследования применен цитологический метод. Следует подчеркнуть, что изменения шейки матки на фоне воспалительной реакции, обусловленной кандидозной инфекцией, могут привести в затруднение морфолога, так как картина воспаления обуславливает затемненный эффект. В связи с этим на доцитологическом этапе проведено противокандидозное лечение. В качестве лечения использовался залаин в виде крема в течение 6 дней, а на 7-й день 1 суппозиторий вводился интравагинально на 7 дней.

Действующей основой этого препарата является сертаконазол, который обладает двумя основными механизмами противогрибкового действия:

1. Прямое влияние на мембрану грибов. Этот эффект напрямую связан со снижением выживаемости микроорганизмов и, следовательно, с фунгицидной активностью препарата.

2. Угнетение синтеза эргостерола, наиболее важного компонента в мембране дрожжей и грибов, приводит к деструкции скелетона клетки и ее гибели.

При повторном визите (через неделю) все пациентки отмечали положительную динамику уже на 3-и сутки после приема препарата. Причем наиболее быстро купировались такие симптомы, как зуд и жжение, что значительно улучшало качество жизни женщин. Болезненность в области наружных половых органов, беспокоившая каждую третью женщину, купировалась полностью. При влагалищном осмотре еще у 3 женщин гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки была слабо выраженной, без признаков отечности.

У 33 (84,6%) пациенток влагалищный мазок нормализовался: грибы рода *Candida* не определялись, и количество лейкоцитов было до 10 в поле зрения. У 6 (15,4%) женщин при микроскопии мазков был обнаружен мицелий гриба в незначительном количестве.

Только одна пациентка, которая проходила курс лечения совместно с партнером, и на первом контрольном визите не предъявляла никаких жалоб, отметила вновь появление творожистых выделений из половых путей. При микроскопии влагалищного содержимого и в посевах были выявлены грибы рода *C. albicans*. Мы расценили данное состояние как рецидив заболевания и назначили системные антимикотики.

После купирования клинических проявлений вагинита, а также получения отрицательных результатов лабораторных исследований на 2-м этапе проведено цитологическое исследование мазка по Папаниколау (интерпретация результатов мазков согласно классификации Bethesda-System, 2001). Получены следующие результаты:

негативный для интраэпителиальных повреждений и малигнизации выявлен у 23 пациенток (58,9%). Из них у 14 (32,2%) выявлены реактивные изменения в плоском эпителии за счет воспаления другой этиологии, а также цитологические признаки субатрофии слизистой оболочки шейки матки.

У остальных 16(41,0%) пациентов диагностирована патология эпителиальных клеток: атипичные плоские клетки неопределенного значения (ASCUS) у 2 (5,12%); низкая степень плоскоклеточных повреждений у 6 (15,3%): из них CIN II - 3 (18,7%), CIN III - 2(12,5 %). Пациентки с CIN II и CIN III направлены на биопсию шейки матки с целью углубленной диагностики патологических состояний.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭХОДОПЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ БЫСТРОГО РОСТА МИОМЫ МАТКИ

*Ахмедова Г.А., Каримов А.Х.
ТМА*

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль миометрия, которой страдают примерно 20% женщин старше 30-35 лет (3,5). В связи с тем, что в ряде случаев имеется бессимптомное течение, заболевание в 5 – 10% случаев выявляется при профилактических осмотрах или ультразвуковым исследованием (6, 7). По патологоанатомическим данным, истинная частота миомы матки достигает 77% (4).

В настоящее время получило широкое применение доплерографическое исследование кровотока в органах брюшной полости, которое дает ценную информацию о степени васкуляризации органов и нарушениях кровообращения тканей. (3, 4, 5).

Продолжается поиск путей ранней и уточняющей диагностики осложнений миомы матки. В последние годы накоплен значительный опыт в эхографической диагностике миомы матки. Однако неразрешенным остаются вопросы выявления осложнений миомы матки на ранней стадии их развития, уточнения состояния кровообращения в матке и миоматозном узле, объема исследований и тактики ведения женщин с миомой матки детородного возраста.

Цель исследования. Изучить характер нарушения кровоснабжения в матке и миоматозных узлах при ее «быстром росте», путем применения эходоплерографии – для повышения эффективности диагностики, прогнозирования и профилактики осложнений миомы матки.

Материалы и методы. В исследуемую группу (II группа) вошли 72 женщины с миомой матки, которым проводились эходоплерографические исследования в гинекологическом отделении и в женском центре II клиники Ташкентской медицинской академии (зав. каф. проф. Нажмутдинова Д.К.) и в

отделении ультразвуковой диагностики Республиканского Онкологического Научного Центра МЗ РУз (зав. отд. с.н.с. к.м.н. Алимов Р.Р.).

Всем им проводились эхографическое исследование. Из них: 42 женщинам цветное доплеровское картирование с доплерометрией (12 – в динамике с «быстрым ростом», 10 – с миомой матки без осложнений). А также ЦДК и доплерометрия проводились 20 здоровым женщинам (контрольная 1 группа). Средний возраст в исследуемой группе составил - $39,6 \pm 4,5$, количество беременностей - $4,2 \pm 0,8$, родов - $3,02 \pm 0,40$.

Эхографические исследования проводились на ультразвуковых диагностических приборах «Sal – 35» (Toshiba, Япония), «Logic – 400 MD» (General Electric, США). При этом использовались датчики: при абдоминальной эхографии (АЭ) – линейный и конвексные с частотой 3,5 МГц, при трансвагинальной (ТВЭ) – с частотой 6,5 МГц.

В применяемом нами приборе «Logic 400 MD» (General Electric, США) уголнезависимые индексы вычислялись автоматически или с использованием формулы. Оценку кровотока матки и придатков проводили используя ТВЭ исследование. Применяли датчик с частотой 6,5 МГц.

Результаты и обсуждение. Измерение матки, пораженной миомой, проводили по общепринятой методике с определением длины, передне-заднего размера и ширины. Если диагностировали единственный субсерозный узел, то обязательно указывали с ним или без него проведено измерение матки. Для оценки размеров миомы определяли средний диаметр, рассчитанный как средняя величина трех взаимно перпендикулярных линейных размеров узлов.

Согласно нашим данным, более точным было измерение объема опухоли, что в дальнейшем по-

зволило правильно оценить динамику роста ее. В тех случаях, когда определяли множественную миому, мы указывали локализацию, размеры, структуру и экзогенность наибольшего узла, по которому проводили динамическое наблюдение. Субмукозная форма миомы отмечалась в протоколе ультразвукового исследования вне зависимости от ее размеров и сочетания с узлом другой локализации.

Для диагностики роста опухоли, мы измеряли его объем в динамике через месяц у 12 женщин. Диагностическими критериями «быстрого роста» миоматозного узла нами установлено: увеличение его объема на $12,3 \text{ см}^3$ и более, при повторной эхографии через месяц.

Сочетание абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования, по нашим данным, способствовало повышению точности диагностики миомы матки до 94,4.

Нами установлены и уточнены эхографические диагностические признаки при «быстром росте» миомы (пролиферирующая):

а) увеличение объема миоматозного узла на $12,3 \text{ см}^3$ и более, при повторной эхографии через месяц.

б) выраженная неоднородность узла за счет чередующихся участков сниженной экзогенности и гиперэхогенности зон;

в) выраженная деформация наружного контура;

Изучение скорости кровотока в контрольной группе (20 здоровых женщин) показало, что достоверной разницы в маточных, аркуатных и яичниковых артериях справа и слева не выявлено.

Так, ИР в маточных артериях с обеих сторон со-

ставил $0,83 \pm 0,06$ и $0,84 \pm 0,04$, в аркуатных артериях – $0,82 \pm 0,01$ и $0,82 \pm 0,01$, в яичниковых артериях – $0,80 \pm 0,06$ и $0,81 \pm 0,07$ соответственно. Показатели ПИ также достоверно не отличались в исследуемых сосудах справа и слева.

Следовательно, скорость кровотока в матке, у здоровых женщин, как справа, так и слева одинаковое.

При «быстром росте» СДО в маточных артериях при 1 исследовании был равен $3,4 \pm 0,1$ справа, $3,7 \pm 0,2$ слева. При 2 исследовании через месяц был равен $2,2 \pm 0,01$ справа, $2,4 \pm 0,1$ слева, т.е. достоверно снизилось ($p < 0,05$) по сравнению с первым исследованием. ИР в маточных артериях был равен $0,7 \pm 0,01$ справа, $0,7 \pm 0,02$ слева. При 2 исследовании был равен $0,6 \pm 0,009$ справа, $0,6 \pm 0,01$ слева, т.е. данный показатель достоверно снизился ($p < 0,05$) по сравнению с первым исследованием. А в остальных сосудах достоверных изменений исследуемых показателей не было.

Следовательно, при «быстром росте» резко увеличивается кровоток только в маточных артериях.

Выводы. Диагностическими критериями осложнений миомы матки при сочетанной эхографии, ЦДК и доплерометрии являются:

1. Чем меньше узел, тем реже в нем определяются сосуды.

2. Минимальная васкуляризация отмечается в простой миоме, более выраженная – в пролиферативной.

3. Аваскуляризация кистозных полостей.

4. При «быстром росте» опухоли повышается скорость кровотока в среднем в маточных артериях на 34,6%, в аркуатных артериях на 40,2%.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

*Аюпова Ф.М., Мирсаидова Ш. Т., Нигматова Г.М.
ТМА*

Одним из частых послеродовых гнойно-септических заболеваний является послеродовый эндометрит, частота которого среди больных с послеродовой инфекцией составляет 40%. В последние годы актуальность этой проблемы возросла в связи с неуклонным ростом послеродовых гнойно-септических заболеваний вообще и послеродового эндометрита в частности. Истинную распространенность этого заболевания установить весьма сложно из-за ограниченного набора объективных и специфических методов его лабораторной диагностики (2).

Возникновение и развитие инфекционного процесса зависит от взаимодействия двух основных систем: макро- и микроорганизма. В развитии послеродового эндометрита наряду с вирулентностью возбудителей, массивностью заражения, состоянием входных ворот имеет значение состояние всех жизненно важных систем организма (3).

Все вышеизложенное определило **цель** нашей

работы – поиск эффективных методов лечения послеродового эндометрита с учетом состояния печени и системы детоксикации.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 90 родильниц. Основную группу составили 30 родильниц, получавшие традиционную антибактериальную терапию послеродового эндометрита. В группу сравнения включены 30 родильниц с данной патологией, получавшие общепринятую терапию с включением гепатопротекторного препарата «Фосфоглив». Контрольную группу составили 30 здоровых родильниц после неосложненного родов с физиологическим течением послеродового периода.

Диагностика эндометрита основывалась на клинических данных (болевого синдром, температура, величина и болезненность матки, характер выделений) и результатах лабораторных и инструментальных методов исследования (клинический и биохимический анализ крови, эхография матки, цито-

морфология метроаспирагов и бактериологическое исследование содержимого полости матки).

Для оценки антитоксической функции печени применена проба с антипирином (4). Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) рассчитывали по формуле Кальф-Калифа (1,6). Уровень молекул средней массы (МСМ) сыворотки крови оценивали спектрофотометрическим методом при длине волны 254 и 280 нм по методике Н. И. Габриэлян и В. И. Липатова (7).

Результаты и их обсуждение. Подавляющую часть пациенток в наших исследованиях составили молодые женщины в наиболее активном репродуктивном возрасте – от 20 до 29 лет. Изучение соматического анамнеза в обследованных группах женщин показало, что в 100% случаях обследованные беременные страдали различными экстрагенитальными заболеваниями. Среди них наиболее часто встречались железодефицитная анемия и заболевания мочевыделительной системы. Анализ течения и исхода предыдущих беременностей показал, что отягощенный акушерский анамнез имели 24 женщины основной и 26 – группы сравнения. В обеих группах акушерский анамнез в наибольшем проценте случаев осложнен токсикозами различной степени тяжести у каждой второй женщины, у каждой четвертой женщины – синдромом задержки внутриутробного плода и у каждой десятой была преждевременная отслойка плаценты. Предыдущие роды у обследованных женщин носили патологический характер в 70 и 77% случаев соответственно и осложнялись кровотечением, несвоевременным излитием околоплодных вод, аномалией родовой деятельности.

Как классическое проявление воспаления, у обследуемых больных отмечалась лихорадка, и температура тела достигала субфебрильных цифр. Живот при пальпации у всех больных был болезнен в нижних отделах. При анализе показателей периферической крови установлено, что у всех обследованных имелся лейкоцитоз выше $10 \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и высокая СОЭ. Сопоставление данных клинического течения и показателей эндогенной интоксикации показало, что с нарастанием её тяжести статистически достоверно увеличивается температура тела, пульс, содержание лейкоцитов, СОЭ, лейкоцитарный индекс и уровень молекул средней массы (МСМ₂₅₄).

Результаты наших исследований показали, что с возрастанием в сыворотке крови родильниц концентрации токсичных МСМ₂₅₄, повышается и показатель ЛИИ. Так, содержание МСМ₂₅₄ и ЛИИ у родильниц с ПЭ превышали контрольный уровень в среднем на 60 и 464% соответственно.

О функциональной активности МОС у родильниц с ПЭ мы судили по данным антипириновой пробы. По нашим данным у родильниц контрольной группы период полувыведения антипирина составил 9,0 ч; в группе больных с ПЭ данный показатель был в 2 раза выше. Такое увеличение периода полувыведения антипирина сопровождалось двукратным снижением значения константы элиминации и на 43% метаболического клиренса препарата, что обусловило увеличение величины интегрального показателя фармакокинетики антипирина на 88%.

После проведения традиционной терапии ПЭ показатели фармакокинетики (ФК) антипирина имели лишь тенденцию к восстановлению, поскольку отмечались отчетливые нарушения по сравнению с уровнем здоровых родильниц.

Так, значение период полувыведения антипирина и площадь фармакокинетической кривой (S) были повышенными на 77 и 96%, а значений метаболический клиренс (MCR) и значение константы элиминации (k el) сниженными на 46,1 и 43,7%. Видно, что статистически значимых изменений после традиционной терапии у родильниц по сравнению с исходными значениями не наблюдалось. Следовательно, традиционная терапия не оказывает восстанавливающее влияние на функциональную активность МОС.

Из полученных нами результатов, можно полагать, что имеется связь между наличием очага эндогенной интоксикации у родильниц с ПЭ и выраженностью нарушений функциональной активности монооксигеназной ферментной системы гепатоцитов.

Для изучения изменений функциональной активности печени при ПЭ 30 родильниц с данной патологией получали наряду с общепринятой терапией гепатопротекторный препарат «Фосфоглив» по 1 капсуле 3 раза в день в течение 7 дней.

Клиническое наблюдение показало: у большинства пациенток, получавших традиционную терапию ПЭ, к концу 5-суток лечения существенно снижалась интенсивность болей, больные полностью активизировались, отмечалось значительное улучшение общего самочувствия. Боли внизу живота у больных данной группы исчезали на 5-и сутки. Нормализация температуры тела у большинства больных регистрировалась к концу пятых суток (20%). Нормализация показателей крови у больных наблюдалась на 3-и сутки – у 4-х и на 5-6 сутки – у остальных. Продолжительность стационарного лечения в данной группе больных с традиционным методом лечения составила $8 \pm 0,5$ койко-дней.

Наблюдение за группой больных, получавших наряду с традиционной терапией гепатопротекторный препарат, показало, что значительное уменьшение болей внизу живота основная часть пациенток - 12 (40%) отмечала на 2-е сутки. Нормализация температуры тела в 1-е сутки наблюдалась у 8 (26,7%), на 3-и сутки – у 15 (50%), у остальных 7 (23,3%) – на 4-е сутки. Анализ динамики лейкоцитоза в периферической крови показал достоверное снижение количества лейкоцитов у больных, получавших наряду с традиционной терапией фосфоглив. На 3-4-е сутки у 12-ти (40%) и у 30-ми (100%) пациенток соответственно отмечалось восстановление общего числа лимфоцитов и падение СОЭ, по сравнению с исходными данными. Использование фосфоглива в комплексном лечении родильниц с ПЭ привело к уменьшению продолжительности стационарного лечения до $5 \pm 0,4$ койко-дней.

Недостаточная активность микросомальной системы печени, по-видимому, является одной из важных причин сохранения еще на достаточно высоком уровне в организме родильниц с ПЭ после

традиционного лечения степени эндогенной интоксикации. Об этом свидетельствуют данные еще наличия в сыворотке крови обследованных женщин высоких показателей эндотоксемии — MCM_{254} — на 22% , а также ЛИИ — на 18% .

Результаты наших исследований показали, что у родильниц с ПЭ, леченных наряду с традиционной терапией фосфогливом, ряд параметров фармакокинетики антипирина отчетливо восстанавливаются и статистически значимо не отличаются от соответствующих значений здоровых родильниц. Так, значение период полувыведения антипирина и площадь фармакокинетической кривой (T S и S)

у них снижались на 25 и 35%, а значения метаболического клиренса (MCR) и константы элиминации (k el), наоборот, повышались на 67 и 28% соответственно. Одновременно отмечено снижение индексных показателей степени эндогенной интоксикации — MCM_{254} — на 29% , ЛИИ – на 66% .

Следовательно, применение фосфоглива совместно с традиционной терапией у родильниц с ПЭ способствует восстановлению функциональной активности МОС печени, которой принадлежит центральная роль в процессах биотрансформации и конъюгации ксенобиотиков и эндогенных физиологически активных веществ.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

*Аюпова Ф.М., Рахматуллаева М. М., Нигматова Г.М.
БухМИ*

Изменения репродуктивных установок и репродуктивного поведения женщин сопровождаются снижением кратности рождений отдельно взятой женщиной, ранним началом половой жизни и влекут за собой увеличение продолжительности репродуктивного периода, что неизбежно сопровождается повышением риска зачатия нежелательной беременности. Необходимость предупреждения нежелательной беременности становится неотъемлемой составляющей охраны репродуктивного здоровья. Поэтому проблема контрацепции, её влияние на организм женщины, продолжает носить актуальный характер (4).

В связи с вышеизложенным, **целью** нашего исследования явилось выявление характера изменений состояния микробиоценоза и гуморального звена локального иммунитета влагалища женщин, применявших гормональные контрацептивы.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 30 практически здоровых женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Критерием включения в группу исследования являлось отсутствие инфекций, передаваемых половым путем, исключенных на основании анамнеза и предварительно проведенной ПЦР с использованием тест-наборов. Комплексное обследование, включавшее изучение локального иммунного статуса, вагинальной микрофлоры и УЗИ органов малого таза, проводили в 2 этапа – до приема оральных контрацептивов (регулон, регивидон по общепринятой схеме) и по окончании трехмесячного срока их использования.

Микроскопию вагинальных мазков из заднего свода влагалища, окрашенных по Грамму, и бактериологическое исследование вагинальных смывов проводили накануне овуляции. Материалом для бактериального исследования служили вагинальные смывы, полученные па-

стеровской пипеткой после предварительного орошения влагалища 1,0 мл физиологического раствора. Для оценки состояния основных компонентов локального гуморального иммунитета – первого звена иммунного ответа в нижних отделах полового тракта определена концентрация цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4) и факторов иммунологической защиты (IgA) с помощью ИФА согласно общепринятой методике в дни предполагаемой овуляции.

Результаты и их обсуждение. Микроскопические исследования вагинальных мазков показали, что число клеток лактобацилл встречается в широком диапазоне от 6 до 173 в поле зрения. Бифидобактерии, относящиеся также к нормальной микрофлоре влагалища, обнаружены у $38,3 \pm 6,3\%$ женщин. Как известно, наличие обоих типов микроорганизмов связано с требованием аналогичных условий для жизнедеятельности и размножения, кроме того, лактобациллы, вырабатывая основные защитные факторы (молочная кислота, перекись водорода, супероксиданионрадикал, бактерицины), создают безопасные условия для жизнедеятельности бифидобактерий. Представители кокковой микрофлоры присутствовали в мазках $71,7 \pm 5,8\%$ женщин, что достаточно чаще по сравнению с бифидобактериями ($p < 0,01$). Основным маркером дисбиоза влагалища – *Gardnerella vaginalis* при исходном микроскопическом обследовании не выявлен ни в одном случае. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – маркеры вульвовагинального кандидоза обнаружены в мазках каждой 3-ей женщины ($33,3 \pm 5,9\%$) в виде почкующихся форм – промежуточной фазы вегетации. Однако в материале, полученном из влагалища, у большинства женщин число лейкоцитов не превышало 10-15 в поле зрения микроскопа, подтверждая физиологическое состояние вагинальной экосистемы.

Результаты бактериологического исследования вагинальных смывов у обследованных женщин показали наличие лактобацилл в физиологических концентрациях ($\approx 10^7$ КОЕ/мл) у 26,7±5,7%, в пограничной концентрации (10^6 - 10^5 КОЕ/мл) у 31,7±6,1%, у остальных 41,6±6,4% - их содержание было снижено (10^7 - 10^2 КОЕ/мл). Рост бифидобактерий повторял принципы вегетации лактобацилл, что подтверждают частота обнаружения и концентрация лактобактерий в биотопах обследованных женщин. Идентификация кокков при бактериологическом исследовании женщин позволила выделить в материалах из влагалища *Peptostreptococcus* spp., *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp. Наиболее часто из кокковой микрофлоры выделялись стрептококки – в 85,5±4,5% клинического материала и стафилококки – в 75,0±5,6%, причем частота их обнаружения, алогична данным, полученным при микроскопии, находились в обратно пропорциональной зависимости от количества лактобацилл во влагалище. Пептострептококки выделялись из смывов несколько реже – в 63,3±6,2% и количество их в большинстве случаев не достигало физиологической нормы, составляя 10^2 КОЕ/мл. Значительно реже высевались представители анаэробных палочек, среди которых, рост *Gardnerella vaginalis* не обнаружен ни в одном случае. Скучный рост вибриона рода *Mobilus* обнаружен в 36,7±6,2% посевов. Влагалище обследованных женщин было колонизировано также и другими представителями палочковидной анаэробной микрофлоры, которые, наряду и вибрионом рода *Mobilus* при определенных условиях могут являться этиологическими агентами БВ. Бактериоиды дали рост в 46,7±6,4% посевов, клостридии – в 25,0±5,6%, энтеробактерии – в 28,3±5,8%. Рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* зафиксирован в 36,7±6,2% посевах.

По нашему мнению, обильный рост лактобацилл играет роль фактора, ограничивающего размножение дрожжеподобных грибов рода *Candida*, что обеспечивается механизмом адгезивной конкурентноспособности. Так, на фоне умеренного или скудного присутствия лактобацилл происходит борьба между представителями постоянной и транзитной микрофлоры за место обитания и продукты жизнедеятельности. Исход борьбы зависит от множества факторов, в том числе от введенных извне гормонов, под воздействием которых вагинальная экосистема может сместиться в сторону нормоценоза или дисбиоза.

Следовательно, стабильность микробиоценоза влагалища определяется популяцией лактобацилл. Сокращение которой, по-видимому, позволяет транзитной микрофлоре увеличивать свое представительство в вагинальном биотопе без каких-либо клинических проявлений.

После трехмесячного применения гормональ-

ных контрацептивов в структуре микробиоценоза влагалища женщин произошли качественные и количественные изменения. Они коснулись, прежде всего, лактобацилл, число которых при микроскопии увеличилось до $116,0 \pm 10,9$ ($p < 0,01$). Рост лактобацилл подтвержден и бактериологическим исследованием. Частота обнаружения бифидобактерий возросла в 2,5 раза по сравнению с исходными значениями.

Позитивные количественные изменения лактобацилл и бифидобактерий предопределили сокращение частоты обнаружения и концентрации в вагинальном биотопе представителей транзитной микрофлоры. Частичная элиминация последних стала возможной благодаря достоверному повышению активности гуморального звена локального иммунитета, основное проявление которого заключалось в повышении синтеза IgA с $58,7 \pm 4,1$ до $77,7 \pm 6,4$ нг/мл ($p < 0,05$). У обследуемых женщин выявлено достоверное увеличение концентрации Ил-1 – основного цитокина иммунного ответа (с $95,7 \pm 29,1$ до $130,2 \pm 29,1$ пг/мл; $p < 0,05$), что вызвало каскад иммунного ответа в виде повышенного синтеза плазматическими клетками IgA. Выявлена тенденция к уменьшению представительства и концентрации в вагинальном биотопе кокковой микрофлоры, и как монокультур, так и ассоциаций анаэробных палочек. Вместе с этим, нами отмечено однозначное повышение размножения дрожжеподобных грибов рода *Candida* в виде почкующихся форм. Кроме того, нами установлено, что присутствие дрожжеподобных грибов рода *Candida* усилилось в вагинальном биотопе исключительно тех женщин, у которых они были обнаружены при исходном обследовании. Поэтому при длительном использовании гормональных контрацептивов такими женщинами можно ожидать бесконтрольный рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* с развитием вульвовагинального кандидоза, требующего лечения.

Таким образом, гормональные контрацептивы повышают эстрогенную стимуляцию вагинального эпителия, обеспечивая увеличение синтеза гликогена для микроорганизмов, колонизирующих вагинальный биотоп, способствуя их размножению. Однако преимущество получают представители постоянной микрофлоры (лактобациллы и бифидобактерии). Размножению транзитной микрофлоры препятствуют два фактора: адгезивная конкурентноспособность лактобацилл за место обитания и продукты питания, и повышение активности гуморального звена локального иммунитета влагалища в ответ на увеличение концентрации постоянной микрофлоры. Рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* в отличие от других представителей транзитной микрофлоры стимулируется непосредственным воздействием эстрогенного компонента гормональных контрацептивов.

О ВЛИЯНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ, ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

*Ваисов И.А.
РСНЦ АиГ*

Конец XX века характеризовался ростом заболеваемости сифилисом в мире, а в постсоветских республиках достиг невиданных ранее пределов и был оценен, как эпидемия сифилиса. В вновь образовавшихся государствах, переходный период с характерным обострением социальных и экономических проблем, дефицит финансирования и неподготовленность медицины к рыночным условиям, а также резко возросшая сексуальная активность населения, на фоне, когда сексуальные услуги стали товаром, явилось благодатной почвой для распространения не только классических венерических болезней, но регистрации и роста новых инфекций передаваемых половым путем (ИППП). Из инфекций нового поколения, наиболее пристальное внимание привлекает ВИЧ\СПИД и папилломавирус.

Папилломавирусная инфекция сегодня относится к одной из наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний. Более половины сексуально активного населения в течение жизни инфицируется вирусом папилломы человека (ПВЧ). Известно, что более 30 типов ПВЧ вызывают поражения покровного эпителия и слизистых половых органов. Результатом инфекции являются заболевания аногенитальной области: рак шейки матки, вульвы, влагалища, перианальной области и генитальные кондиломы; причем, рак шейки матки - второе по частоте злокачественное заболевание женщин: ежегодно в мире регистрируется более 500000 случаев.

Огромный интерес к папилломавирусам, наряду с высоким уровнем заболеваемости, вызван тем, что, в отличие от других микроорганизмов, поражающих аногенитальную область, ПВЧ являются опухолеродными, вызывающими образование доброкачественных и злокачественных опухолей, другими словами, они напрямую связаны со смертностью лиц молодого, репродуктивного возраста.

Следует, однако, учитывать, что для необратимого развития опухолевой трансформации, после инфицирования ПВЧ, необходимо присутствие нескольких условий: гормональные нарушения, наличие генитального герпеса (ВПГ), характер питания, курение.

Заболевания, вызванные папилломавирусами, известны с античных времен. Первые описания генитальных бородавок датированы I в. до н.э. Вирусная природа вульгарных и генитальных бородавок была доказана в начале прошлого века, а впервые о половом пути передачи ПВЧ сообщено в 1954 году (Barret T.J. и соавт.) и позже подтверждено многочисленными исследователями. В 70-е годы 20-го столетия с использованием техники молекулярной гибридизации удалось установить генетическую гетерогенность ПВЧ, а несколько позже - прямую связь отдельных генов папилломавирусов с развитием большинства раков аногенитальной области, что послужило основанием причислить рак шейки матки к

инфекциям, передаваемым половым путем (ВОЗ, 1996). В настоящее время для лабораторной диагностики ПВЧ используется ряд подходов: цитологические методы, ДНК-диагностика, гистологическое исследование биоптата, определение антител к ПВЧ. Однако все они страдают определенными и весьма существенными недостатками. Проблема установления диагноза усугубляется субклиническим течением заболевания, отсутствием в большинстве случаев манифестных проявлений, длительностью инкубационного периода и другими факторами.

В последние годы диагностика ПВЧ обогатилась методологией типирования папилломавируса, что дало возможность с помощью ПЦР-анализа выявлять подгруппы «низкой, средней и высокой степени» онкогенного риска, и в большинстве случаев прогнозировать развитие цервикального рака. Вместе с тем, использование этого метода в качестве диагностического критерия неопластических процессов шейки матки приводит к гипердиагностике, поскольку в большинстве случаев инфицирование имеет кратковременный характер и заканчивается элиминацией вируса и спонтанным выздоровлением.

В настоящее время получены данные, свидетельствующие о том, что при интегративной (встраивание вирусной ДНК в хромосому) стадии ПВЧ активируется синтез белка E7 (E6), наличие которого в цервикальных пробах можно рассматривать как свидетельство процесса малигнизации эпителиальных клеток, содержащих интегрированную копию генома папилломавируса. На основании этого созданы и апробированы (В.И.Киселев и соавт., 2003; Г.А.-Дмитриев и соавт., 2004) специальные тест-системы для ИФА, с помощью которых в цервикальном материале детектируется (в качественном и количественном вариантах) наличие онкобелка E7.

Получены сведения о том, что онкобелок E7 является мощным иммуносупрессором, значительно снижающим эффективность иммунокорректирующих методов терапии: интерферонов (циклоферон) и иммуномодуляторов. Этим, в определенной степени, и объясняется отсутствие клинического эффекта даже при длительном применении этих лекарственных препаратов. Альтернативой указанным терапевтическим подходам может, как показано, служить Индинол, избирательно блокирующий синтез E7 в эпителиальных клетках, инфицированных ПВЧ.

Установленная связь гормонзависимого опухолевого процесса и смещения уровня метаболитов может явиться в ближайшем будущем еще одним диагностическим и прогностическим критерием течения ПВЧ, и исследования в этом направлении ведутся.

Таким образом, в последние годы, благодаря усилиям группы отечественных и зарубежных исследователей, создан научно обоснованный подход к ранней диагностике, терапии и профилактике папилломавирусной инфекции человека.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

*Ходжаева А.С., Джураева Д.Л. Сагатова З.Л.
ТашИУВ, Городской медицинский консультативно-диагностический центр*

Формирование здоровья девочек – подростков пропорционально зависит от функциональной зрелости организма в целом. Известно что, подростковый период относится к критическим, когда смена социальных условий жизни происходит на фоне выраженных морфофункциональных преобразований. Одной из самых важных характеристик этого периода является половое созревание /В.И. Кулаков, Е.В. Уварова/.

Вопрос о взаимосвязи полового, физического и психического развития остается актуальным в настоящее время, поскольку установлено, что современные подростки 15 -17 лет характеризуются неравномерными темпами полового созревания / 1, 3, 5, 6/.

В связи с чем, целью нашего исследования было выявление особенностей состояния здоровья (соматического, репродуктивного, физического, психического, умственного) девочек – подростков, имеющих задержку полового развития.

В зависимости от темпов полового созревания были выделены следующие группы: в 1 группу были включены девушки (n=30) развитие вторичных половых признаков которых соответствовало календарному возрасту в течение всего периода наблюдений (2 года); во 2 группе отнесены девочки –подростки (n=30) с отставанием развития вторичных половых признаков в 15, 16 и 17 лет. Анализ физического развития девочек – подростков с различными темпами полового созревания показал, что у 53,9% девушек 1 группы регистрировалось нормальное физическое развитие. С возрастом отмечалось уменьшение в 1,6 раза числа девушек с вариантом роста выше среднего и стабильная частота обследуемых с ниже среднего и средним вариантами роста, что свидетельствует, по нашему мнению, о приостановке у них ростовых процессов. У девушек 2 группы чаще, чем у сверстниц 1 группы, наблюдались отклонения физического развития – высокий рост (в 2,4 раза) и дефицит массы тела (на 9,6%).

Таким образом, стабильная задержка темпов полового созревания у них сочеталась с худшими показателями физического развития на протяжении всего периода наблюдения.

При исследовании умственного развития девочек –подростков с различными темпами полового созревания, установлено, что в периоде с 15 лет до 17 лет у девушек 1 группы выявлены повышенный и средние уровни интеллекта. Во второй группе к 17 годам произошло увеличение в 2 раза числа девушек с умерен-

но пониженным уровнем интеллекта. Ускорение темпов умственного развития было обусловлено преимущественно за счет вербальных, а замедление – невербальных функций.

Полученные нами результаты при исследовании интеллекта у подростков с различными темпами полового созревания согласуются с мнением исследователей о том, что взаимодействие психического и физического компонентов может проявляться несколькими вариантами: 1) задержка в развитии одного компонента (психического) происходит за счет усиления другого компонента (физического); 2) психическое развитие стимулирует физическое / 2,4, 6 / . У девушек 2 группы в старшем подростковом возрасте ведущим компонентом в этом взаимодействии является умственное развитие. В 15 – 17 лет складываются основные компоненты личности девочек – подростков, отражающие их психическое развитие и во многом определяющие психическое здоровье, поэтому было выполнено исследование личностных и психологических особенностей подростков.

В 15 лет у половины девушек регистрировался высокий нейротизм, частота которого достоверно не различалась в 1 и 2 группах (43% и 45% соответственно). Повышение эмоциональной неустойчивости с возрастом установлено у девочек – подростков 2 группы (69%). Наши данные согласуются с данными исследователей о неуравновешенности нервно – психической деятельности, а следовательно, и склонности к невротическим расстройствам (Ю.А. Александровский, 1993). То есть, у девочек – подростков со стабильным отставанием темпов полового созревания повышен риск возникновения отклонений психического здоровья.

Изучение особенностей репродуктивного здоровья девочек – подростков показало большее отягощение преморбидного фона у девочек – подростков 2 группы (82%), по сравнению с девочками –подростками 1 группы (48%). У этой же 2 группы наблюдалось значительное отягощение гинекологического анамнеза: вульвовагиниты (64,4%), нарушение менструальной функции (79%) и предменструальный синдром (69%) по сравнению с 1 группой (54%, 20%, 3% соответственно).

Выявление взаимосвязей между репродуктивным, соматическим и психическим здоровьем у 69% девушек с нарушением менструальной функции регистрировали вегетативную дисфункцию и у всех определяли невротические расстройства.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Закирова Г.Ю., Саидкариев Б.К., Мавлянова Ш.К., Назарова Д.Э.,
Турбанова У.В., Юлдашева С. З.
ТМА*

Актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиций профилактики рака эндометрия, так и с позиций восстановления и сохранения репродуктивной функции.

Малоизученным остается вопрос о влиянии урогенитальной инфекции в полости матки, которая по данным ряда авторов в 60% случаях является причиной воспалительных процессов гениталий, на локальные пролиферативные процессы, приводящие к злокачественным, необратимым патологическим изменениям.

Целью исследования явилось оптимизация методов диагностики урогенитальных инфекций у женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия и сопутствующими воспалительными процессами гениталий.

Обследованы 72 женщины репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. Обследование на наличие ГПЭ было комплексным, включающим клиническое обследование, эходоплерографические, морфологические, иммунологические исследования.

Обнаружение сопутствующих воспалительных заболеваний гениталий, в 92% случаях требовало дальнейшего исследования для выявления и анализа структуры возбудителей урогенитальных инфекций.

У всех 72 обследованных проводились бактериологические обследования влагалищного мазка, цервикального канала. При этом данные анализа влагалищного мазка и цервикального канала отличались по структуре выявленных микроорганизмов. Данные бактериологического исследования эндометрия отличались от данных при исследовании цервикального канала. На основании этого можно судить о том, что отрицательные результаты на наличие инфекции в цервикальном канале не могут являться подтверждением отсутствия микроорганизмов в полости матки, в связи с чем целесообразно женщинам с ГПЭ проводить опреде-

ление бактериально-вирусной инфекции в эндометрии.

Учитывая выявленную высокую бактериальную обсемененность, проведены ИФА крови на наиболее часто обнаруживаемые урогенитальные инфекции согласно литературным данным и по соответствующей клинической картине, такие как *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Cytomegalovirus*, *Herpes simplex virus I, II*.

Дальнейшим этапом исследования явилась ПЦР-диагностика ткани эндометрия на урогенитальные инфекции, в результате которого были получены результаты, которые несколько отличались от результатов, полученных при ИФА крови.

Проведенное нами исследование позволило прийти к заключению, что при гиперпластических процессах эндометрия выделяется самая разнообразная патогенная флора и урогенитальные инфекции. Среди них наиболее часто цитомегаловирусная инфекция в 35,7 % случаях, хламидийная инфекция в - 48,6%, герпетическая в - 30%, микоплазменная в - 10 %, уреоплазменная инфекция в - 17,1%, причем смешанные урогенитальные инфекции встречались в 27,14 % случаях. Бактериальная флора была представлена в основном *Streptococcus pyogenes* в 14,3% случаях, *Staphylococcus aureus* - в 11,4%, *Streptococcus faecalis* - в 5,7%, их сочетание с *Candida albicans* и с *Escherichia coli* в 32,9% случаях.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности комплексного обследования на урогенитальные инфекции: кроме традиционного бактериологического исследования цервикального канала, ИФА и ПЦР крови, также рекомендуется бактериологическое исследование и ПЦР ткани эндометрия на урогенитальные инфекции, что повышает эффективность диагностики сопутствующего воспалительного процесса при гиперпластических процессах эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ПОСЛЕ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА

Каримова Д.Ф.

ТМА. Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента

Несмотря на достаточно большое количество существующих методов контрацепции, операция искусственного аборта продолжает оставаться одной из самых часто выполняемых гинекологических операций. В настоящее время существует много методик выполнения этой операции, которые во многом обеспечивают снижение частоты послеоперационных осложнений [1, 3].

Частота гормональных осложнений после искусственного аборта составляет в среднем от 15 до 27 % и практически сложно прогнозируется, а их последствия порой бывают очень стойкими и трудно поддающимися коррекции [1, 2].

В связи, с чем целью нашей работы явилась профилактика возникновения гиперпролактинемии у женщин после искусственного аборта.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 64 женщины при сроке беременности 7-12 недель. Возраст беременных был от 24 до 36 лет. Первородных было 13, повторнородных – 51 женщин. У всех беременность была вне лактационного периода.

1-ую группу составили 23 женщины, которым аборт выполняли традиционным хирургическим методом; 2-ую группу – 27 женщин, которым аборт выполняли методом мануальной вакуум аспирации; 3-ю группу – 14 женщин, которым выполнялся медикаментозный аборт (мифепристон и мизопростол).

Все женщины были подвергнуты общепринятому клинико-лабораторному обследованию, осмотру молочных желез, ультразвуковому исследованию матки и молочных желез в динамике послеабортного периода.

Кроме того, проводили определение уровня пролактина в крови на 14-й, 40-45-й дни после операции и оценку психоэмоционального и вегетативного статуса по шкале Спилберга-Ханина.

Результаты и их обсуждение. При определении уровня пролактина на 14-й день после операции установлено его повышение до 30 нг/л у 6 женщин в 1-й группе, у 4 – во 2-й и у 2 – в 3-й группах.

После аборта 5 женщин жаловались на раздражительность, нарушение сна, подавленное состояние.

Оценка женщин по шкале Спилберга – Ханина на 14-й день после аборта показала повышенный уровень личностной тревожности у 18 (28.1%). Возможно, это было связано с

повышением пролактина.

При осмотре молочных желез на 14-й день определялось отделяемое из молочных желез у 15 женщин, масталгия была у 7 женщин. При ультразвуковом исследовании молочных желез у 4-х женщин была установлена фиброзно-кистозная мастопатия, по поводу чего женщины были направлены к маммологу.

Женщинам, у которых было повышено содержание пролактина, был назначен препарат мастодинон по 1 табл. 2 раза в день в течение 30 дней. Выбор препарата обусловлен его влиянием на уровень пролактина, воздействием на молочные железы и вегето-сосудистую систему. Он является фитопрепаратом, обладающим ингибирующим влиянием на уровень пролактина и воздействующим на допаминергическую активность, нормализуя соотношения гонадотропных гормонов, приводя к восстановлению второй фазы менструального цикла, оказывая седативный эффект и не вызывающего вредных воздействий на организм.

При изучении анамнеза у женщин с гиперпролактинемией установлено, что у 10 пациенток имело место нарушение менструальной функции, у 1-й – вторичное бесплодие, у 7 женщин в анамнезе были самопроизвольные выкидыши, 2 женщины лечились по поводу мастопатии.

После проведенного лечения уровень пролактина у всех женщин стал 25 нг/л. Причем через неделю приема препарата женщины отмечали улучшение настроения, сна, исчезли боли в области молочных желез.

Таким образом, после проведенного искусственного аборта частота гиперпролактинемии составила 18.8%, психоэмоциональные и вегето-сосудистые нарушения имели место у 28.1% женщин. Конечно, эти изменения в последствии могут быть фоном для развития гинекологических заболеваний (бесплодия, нарушения менструального цикла и др.) и ухудшения качества жизни женщины.

Для профилактики этих осложнений у женщин после проведенной операции искусственного аборта через 2 недели необходимо определение уровня пролактина в крови. При содержании пролактина в крови выше 25 нг/л назначать препарат мастодинон в течение одного месяца, что будет способствовать его снижению, улучшению психоэмоционального состояния и профилактике заболеваний молочных желез.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ПО РАКУ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

*Наврүзова Р.С., Султанов С.Н., Юлдашева Н.Ш
РСПИУАиГ*

Несмотря на достижения в диагностике и лечении заболеваний шейки матки, последние остаются важной проблемой в акушерстве и гинекологии. Это связано с тем, что рак шейки матки (РШМ) занимает второе место среди злокачественных новообразований женских половых органов.

По данным Международного Агентства по Изучению Рака (МАИР) ежегодно в мире впервые выявляется около 500000 больных раком шейки матки, из которых почти половина, а по некоторым источникам более половины женщин умирают в течение первого года, в связи с поздним диагностированием заболевания.

В структуре онкологической заболеваемости репродуктивной системы женщин Республики Узбекистан рак шейки матки занимает 2-ое место после рака молочной железы. Начиная с 2000 года, в Узбекистане отмечается незначительный, но постоянный рост заболеваемости РШМ, также как и в развитых странах. В 2008 году интенсивный показатель заболеваемости составил 4,2 случаев на 100 тыс. населения (данные РОНЦ МЗ РУз). Настораживает не только высокий показатель заболеваемости в нашей стране, но и рост количества случаев поздно диагностированного РШМ, а также случаев заболевания молодых и даже юных пациенток.

Необходимы широкие образовательные программы на государственном уровне для молодого поколения – школьников, студенток вузов, а также их родителей, учителей и преподавателей.

Вряд ли существует прямая связь между уровнем жизни населения страны и риском развития РШМ. Зато существует абсолютно четкая разница в показателях частоты возникновения РШМ в странах, где регулярно проводится массовый скрининг населения, и в тех странах, где он не организован. Благодаря тщательно разработанным программам скрининга в некоторых странах удалось снизить частоту возникновения рака шейки матки на 80% [5].

Одним из наиболее распространенных в диагностике заболеваний шейки матки является клинико-визуальный метод. С помощью рутинного осмотра ШМ и влаглянца [2].

Если визуально после проб не определяется аномальных образований, можно ограничиться мазком на цитологию по Папаниколау, после отрицательного результата которого женщина подлежит традиционному наблюдению.

Следующим является кольпоскопия – высокоинформативный и недорогой метод ранней диагностики заболеваний ШМ, без которого сегодня невозможно представить обследование женщины. Наиболее популярной разновидностью его является расширенная кольпоскопия, включающая в себя осмотр и ревизию состояния слизистой оболочки шейки матки, влаглянца и вульвы при увеличении с помощью микроскопа в 7-30 раз и применением некоторых эпителиальных тестов, при которых оценивается реакция тканей в ответ на их обработку различными медикаментозными сред-

ствами [3]. Однако, кольпоскопический метод исследования является малоспецифичным и требует квалифицированной подготовки специалиста. Поэтому в соответствии с международными стандартами он не относится к скрининговым методам исследования.

Учитывая, что РШМ является ВПЧ-ассоциированным заболеванием, значительное место в диагностике ПВИ занимают молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение мельчайших частиц ДНК ВПЧ в материале [5].

Указанные методы можно подразделить на следующие: неамплификационные - которые фиксируют наличие ДНК или РНК прямо в препарате или на фильтре и амплификационные - которые с помощью ферментов ДНК-полимеразы и ДНК-лигазы получают большое количество одинаковых фрагментов ДНК. Это ПЦР и лигазная цепная реакция.

В настоящее время в развитых странах внедрен метод, позволяющий определить вирусную нагрузку - ВПЧ-DIGENE-TECT, который имеет несомненные преимущества, так как позволяет не только выявить 13 высокоонкогенных типов ВПЧ, но и определить клинически значимую концентрацию ДНК в ткани. Однако до настоящего времени метод не всегда доступен в клинической практике ввиду его высокой стоимости [4].

В настоящее время предложены новые молекулярно-биологические методы, направленные на определение активности ВПЧ и оценку ближайших перспектив течения инфекции. Их называют молекулярными биомаркерами.

Следующим является гистологический метод, который мог бы служить «золотым стандартом» диагностики ПВИ, однако высокая стоимость, невозможность использовать многократно, не всегда точный прицельный забор материала ограничивают его использование. Это метод также нельзя считать скрининговым, он только для постановки окончательного диагноза.

Внедрение цитологического метода скрининга (ПАП-теста) признан классическим методом и рекомендован ВОЗ для проведения в масштабах национальных программ [3].

Основу скрининга РШМ во всем мире составляет ПАП-мазок. Во время рутинного гинекологического осмотра из поверхностных слоев эпителия шейки матки берется клеточный материал, наносится на предметное стекло, фиксируется и направляется в лабораторию. Там образцы обрабатывают специальным составом и окрашивают, после чего врачи-цитологи проводят микроскопию полученных клеток. У клеток, которые подвергаются малигнизации, наблюдается ряд патологических морфологических признаков, по которым их можно распознать.

Таким образом, анализ возможностей каждого уровня диагностики показал, что проблему раннего выявления злокачественных опухолей можно решить разработкой новых технологий, включающих в себя комплекс методов, характеризующих отдельные стороны патологического процесса и организацией их применения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЯМИ

*Нажмутдинова Д.К., Магзумова Н.М., Садыкова Д.Р.,
Таджиева Х.А., Каюмова Д.Т.
ТМА*

Микоплазменная и уреоплазменная инфекции занимают ведущее место в структуре негонеомочеполовых урогенитальных инфекций мочеполовой системы женщины [1, 3]. Несмотря на то, что *Ureoplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* могут быть причиной эндометритов, аднекситов, эндоцервицитов и других воспалительных заболеваний органов малого таза клинические проявления не являются специфическими, а также длительное бессимптомное течение и множественные клинические проявления значительно затрудняют симптоматическую диагностику этих заболеваний [1, 2]. На сегодняшний день морфологические изменения, характеризующие уреоплазменную инфекцию изучены недостаточно.

В связи с этим, целью настоящей работы явилось проведение морфологического изучения биопсийного материала шейки матки, а также соскоба из цервикального канала больных уреоплазменной инфекцией.

Материалом исследования послужили биоптаты патологических участков шейки матки и соскобы эндоцервикса 36 больных женщин с уреоплазменной инфекцией, которым проводились кольпоскопические и морфологические исследования. Биопсийный материал фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина в течение 48 часов и обезвоживался в спиртах возрастающей концентрации и хлорамине, в последующем заливался парафином. Гистологические срезы толщиной 5-8 мкм окрашивались гематоксилином-эозином и изучались под световым микроскопом. У всех обследованных женщин была обнаружена уреоплазменная инфекция путем полимеразной цепной реакции и методом иммунофлюоресцентного анализа.

Результаты клинко-морфологического исследования показали, что из общего числа обследованных больных, основную часть составили женщины с привычным невынашиванием 12 (33,3%) и бесплодием 24 (66,7%). Из обратившихся женщин, 8 (22,2%) жаловались на выделения из половых путей, 28 (77,8%) женщин заболевание протекало бессимптомно. Однако при кольпоскопическом исследовании и при гинекологическом осмотре в зеркалах, у 4 (11,1%) отмечалось явления эндоцервицита, у 32 (88,9%) женщин было выявлено псевдоэрозия шейки матки.

Морфологическое изучение биопсийного материала из шейки матки и цервикального канала показало наличие почти во всех случаях хронического распространенного воспалительного процесса, как на слизистой оболочке, так и в глубоких тканях вульвовагинальной системы. При исследовании соскоба из цервикального канала выявлено, что покровный эпителий был в состоянии набухания, десквамации и иногда с полипозными выростами. Они имели призматические и цилиндрические фор-

мы с повышением в цитоплазме содержания слизистой массы и оттеснением ядер к периферии или апикальной части клетки. Иногда среди клеток покровного эпителия определялось наличие мононуклеарных лейкоцитов. Подслизистая основа рыхлая и представлена единичными железистыми образованиями, рыхлой отечной соединительной тканью и тонкостенными сосудами. При этом выявлялось наличие очагов воспалительной фильтрации из мононуклеарных клеток, причем круглоклеточная инфильтрация была ориентирована к базальной мембране покровного эпителия. Отмечалось проникновение мононуклеарной инфильтрации, в сторону покровного эпителия, которая окружала поврежденные эпителиальные клетки, которые в свою очередь находились в состоянии вакуольной дистрофии, некробиотических изменений и нарушении окрашиваемости ядерных структур, что может служить морфологическими маркерами повреждения слизистой оболочки цервикального канала уреоплазмой.

Изучение биоптата из шейки матки выявило выраженный дистрофически-деструктивный и воспалительный процесс на поверхностном эпителии слизистой оболочки и в глубоко подлежащих тканях. При этом, на покровном эпителии отмечалось утолщение слоев, разрыхление шиповатого слоя многослойного плоского эпителия, отторжение клеток поверхностного слоя с признаками лейкоплакии и сосочковое разрастание базально-клеточного эпителия. Характерными морфологическими признаками уреоплазменного повреждения покровного эпителия шейки матки явилось появление в толще многослойного эпителия очагов, состоящих из своеобразно поврежденных клеток. Они были расположены центрально, цитоплазма вакуолизована, отдельные из них клетки содержали гиперхромные включения. Ядра этих клеток имели различные формы и величины с вакуолизацией хроматина. Иногда среди таких очагов выявлялось наличие единичных мононуклеарных клеток. В зонах сосочковидного разрастания базально-клеточного эпителия отмечалась гиперхроматизация ядерных структур, утолщение слоя пролиферативных камбиальных эпителиальных клеток, между которыми также были локализованы единичные мононуклеарные клетки. Базальная мембрана неровная, разрыхлена, местами за счет фибриноидного набухания и гиалиноза утолщена, со стороны подлежащей ткани диффузно инфильтрирована мононуклеарными клетками. В отдельных случаях отмечалось истончение покровного многослойного эпителия и метаплазия в однослойный цилиндрический эпителий с появлением в подлежащей ткани железистых структур, что свидетельствует о переходе воспалительных изменений в процесс псевдоэрозии шейки матки. В подслизистой соединительно-тканной основе шейки матки выяв-

лялось развитие очаговой или диффузной воспалительной инфильтрации, состоящей, в основном, из мононуклеарных клеток. Среди воспалительной инфильтрации преобладали лимфоидные и незрелые гистиоцитарные клетки, иногда с формированием клеточных скоплений, напоминающие гранулемы и появлением гигантских клеток. Лимфоидные клетки, диффузно инфильтрируя подслизистый слой, формировали небольшие лимфоидные скопления, в центре которых находились лимфобласты, ретикулярные клетки и плазмобласты. Эти воспалительные инфильтраты иммунной природы сопровождались утолщением стенки сосудов, умеренной гиперплазии желез.

Таким образом, при уреоплазменной инфекции в урогенитальной системе отмечается развитие хронического воспалительного процесса аутоиммунной природы с повреждением, как покровного

многослойного эпителия, так и подслизистой соединительно-тканной основы шейки матки и цервикального канала. При этом, для уреоплазменной инфекции характерными морфологическими признаками явилось появление в толще покровного эпителия очагов своеобразно поврежденных клеток с вакуолизацией и появлением гиперхромного включения в цитоплазме, окруженными лимфоидными клетками. Воспалительный процесс имеет хронический и продуктивный характер в виде мононуклеарной инфильтрации, состоящей из лимфоидных, гистиоцитарных клеток с появлением гранулематозных образований и гигантских клеток. Эти воспалительные изменения сопровождаются дистрофически-деструктивными, дисрегенераторными и метапластическими изменениями как покровного, так и железистого эпителия и сочетаются с процессом псевдоэрозии шейки матки.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМENOПАЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ

*Нажмутдинова Д.К., Каюмова Д.Т., Юлдашев А.А., Низамова Л.В.
ТМА*

Метод исследования качества жизни является важным компонентом современных клинических исследований и клинической практики. В большинстве случаев информация о субъективных переживаниях больного, выраженная врачом, недостаточна для принятия ряда важных клинических решений [3]. Исследование качества жизни женщин перименопаузального периода - принципиально новый метод, позволяющий изучать картину субъективных переживаний женщины, вызванных болезнью [1, 2]. При анализе качества жизни сегодня принято обращать внимание на пять основных категорий, характеризующих этот параметр: физическое состояние (физические способности, физическое благополучие); психическое состояние (уровни тревоги и депрессии, психическое благополучие, контроль эмоций и поведения, интеллектуальные функции); социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи); ролевое функционирование (ролевое функционирование дома и на работе); общее объективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния, перспективы состояния здоровья, оценка болевых ощущений). В доступной литературе мы не нашли исследований, посвященных оценке состояния здоровья и качеству жизни женщин климатического и репродуктивного периодов в сравнительном аспекте, ввиду чего была определена цель нашего исследования. Целью исследования явилось провести сравнительную оценку показателей качества жизни и клинических проявлений эстрогендефицита женщин репродуктивного и перименопаузального периода.

Нами обследовано 60 женщин в возрасте от 30 до 54 лет. Средний возраст обследованных женщин составил $43,4 \pm 6,87$ лет. Все женщины в зависимости от возраста были разделены на 2 группы.

1 группу составили 30 женщин репродуктивного возраста – от 30 до 44 лет, средний возраст в этой группе составил $37,6 \pm 4,7$ лет. 2 группу составили также 30 женщин перименопаузального периода от 46 до 54 лет, средний возраст данной группы составил $49,2 \pm 2,4$ лет.

Исследование проводили при помощи специально разработанной анкеты, которую женщина заполняла самостоятельно в присутствии врача. Анкета включала паспортную часть, анамнестические данные, акушерско-гинекологические анамнестические данные, а также оценку качества жизни: физиологической активности, психического состояния, общественной и личной активности, проводилась самооценка сексуальной функции и субъективная оценка своего здоровья, включающая оценку состояния всех органов и систем. Интенсивность каждого признака, характеризующего качество жизни, оценивалась по 5 бальной шкале.

При анализе результатов анкетирования физической активности нами была выявлена следующая закономерность: утомляемость, слабость, сонливость (90%), а также снижение работоспособности и жизненного тонуса (76,6, 73,3%, соответственно) встречались в обеих группах обследуемых женщин приблизительно в равном количестве случаев. Затруднение выполнения тяжелой физической нагрузки отмечали 24 (80%) женщин перименопаузального периода, что в 1,3 раза выше по сравнению с группой женщин репродуктивного возраста 19 (63,3%). В тоже время, проведение в постели большее время суток также оказалось выше во второй группе – у 15 (50%) в 1,5 раза по сравнению с 1 группой 10 (33,3%). При рассмотрении интенсивности признака наиболее выраженными были утомляемость, слабость, сонливость (2,3 и 2,2 баллов, соответственно по группам), наиболее выраженные отли-

чия наблюдались в признаках - снижение физической силы во 2 группе - в 1,5 раза более интенсивно (2,1 против 1,4 баллов), а снижение выносливости - в 1,3 раза (1,8 и 1,4 баллов).

В психическом статусе обследуемых нами женщин на первом месте по частоте отмечалось снижение памяти (80 и 70%, соответственно), состояние тревоги и лабильности чаще также испытывали женщины репродуктивного возраста (73,3 против 70%). Состояние угнетения, депрессии и чувство личного неудовлетворения жизнью отметили больше женщины перименопаузального периода по сравнению с первой группой (66,7 и 70%, 66,6 и 63,3%, соответственно). Таким образом, в психическом статусе женщин перименопаузального периода отмечается тенденция к более выраженному состоянию угнетения и депрессии и повышенному чувству личного неудовлетворения жизнью. Однако, интересно отметить, что снижение памяти, состояние тревоги и лабильности чаще испытывали женщины репродуктивного возраста. При расчете общего среднего балла психического статуса нами было определено, что данный показатель был выше в первой группе по сравнению со второй в 1,25 раза, что свидетельствует о худшем психическом состоянии женщин репродуктивного возраста.

Анализируя характер общественной деятельности, нами было определено, что изменение отношения с родственниками и к другим людям встречалось приблизительно у каждой третьей женщины в общей группе, причем с одинаковой частотой в обеих группах (33,3 и 36,7%, соответственно). Желание уединиться встречалось приблизительно с равной частотой по группам (43,3 и 40%). Ограничение общения с друзьями отмечали 11 (36,7%) женщин первой и 12 (40%) женщин второй группы. Отдыхают раз в год чаще женщины репродуктивного возраста, причем в 1,5 раз чаще, тогда как каждая вторая женщина в климактерии не отдыхает вовсе.

При проведении анализа результатов анкетирования личной деятельности нами выявлено, что проблемы с работоспособностью, ограничение рабочего времени и быстрая утомляемость от работы встречались чаще в первой группе, чем во второй (46,7, 46,7, 76,7% по сравнению с 40, 33,3, 66,7%). Изменение отношений с супругом, с детьми и изменения интересов и привычек встречались чаще во второй группе, чем в первой (56,7, 53,3, 50% по сравнению с 43,3, 50, 46,7%).

Таким образом, из вышесказанного следует отметить, что наличие проблем с работоспособностью, ограничение рабочего времени и быстрая утомляемость от работы у женщин репродуктивного возраста связаны с большей занятостью этих женщин по сравнению с группой женщин перименопаузального периода, и, вероятно, свидетельствует о большей личной адаптации женщин зрелого возраста. Тогда как отношения в семье изменяются больше с возрастом.

Средний балл показателя личной деятельности в первой группе оказался незначительно выше, чем во второй (1,3 и 1,1). Это, по-видимому, связано с тем, что частота занятых на работе женщин пер-

вой группы больше чем во второй 1,2 раза.

Показатели изменений в сексуальной жизни и отказа от полового контакта нами вычислялись от количества женщин, ведущих сексуальную жизнь, а показатели сексуальной неудовлетворенности и снижения сексуального влечения - от общего числа респонденток. Об изменениях в сексуальной жизни сообщали 14 (53,8%) женщин 1 группы и 15 (62,5%) - во второй, причем выраженность этих изменений составила в среднем 0,77 и 0,95 баллов, соответственно по группам. Диспареуния имела место в 8 (30,8%) и 5 (20,8%) случаев и составила в баллах 0,63 и 0,4 соответственно по группам. Отсутствие достоверной разницы в балльном показателе объясняется тем, что женщины в перименопаузе 1,4 раза чаще отказывались от коитуса - 12 (50%) по сравнению с 9 (34,6%) - в 1 группе, средний балл данного признака составил 2,4 и 2,25. Сексуальная неудовлетворенность была отмечена у 7 (23,3%) женщин 1 группы и составила 2,3 балла, и у 10 (33,3%) - 2,7 балла у 2 группы. Снижение сексуального влечения - у 7 и 14 (23,3 и 46,7%), а также 2,4 и 2,6 баллов, соответственно. Следовательно, качественные характеристики сексуального здоровья более значительно страдают у женщин в перименопаузе и проявляются изменениями в сексуальной жизни в 62,5% случаев, в 1,4 раза чаще имеет место отказ от полового контакта и сексуальная неудовлетворенность, а снижение сексуального влечения - в 2 раза. Сексуальных партнеров имеют 80% женщин 1 группы, тогда как каждая вторая женщина переходного периода не живет половой жизнью. Общие количественные показатели сексуальной дисфункции у женщин 2 группы в 1,3 раза выше, чем в 1 (1,03 против 0,78 баллов).

Со стороны субъективных данных отмечено, что проблемы со сном встречались с одинаковой частотой в первой и второй группе (40%). Нарушения при мочеиспускании отмечали в 1,3 раза чаще женщины перименопаузального периода по сравнению с женщинами репродуктивного возраста (23,3 и 30%), тогда как боли внизу живота и проблемы со стулом - в 2 раза чаще отмечали женщины репродуктивного возраста (43,3 и 33,3 против 23,3 и 16,7%). Выявленная взаимосвязь субъективных жалоб со стороны нарушений мочеиспускания в переходный период связана, вероятно, с эстрогендефицитом - снижением тонуса детрузора мочевого пузыря и урогенитальной диафрагмы, т. к. у данных женщин не отмечались воспалительные изменения со стороны мочевыводящих путей. А периодические боли внизу живота у женщин репродуктивного периода, при выяснении анамнеза, связаны с наличием менструаций. Показатели среднего балла субъективной оценки своего здоровья достоверно не отмечались в исследуемых нами группах, и составило 0,88 и 0,8 баллов.

Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы чаще предъявляли женщины перименопаузального периода 14 (46,6%) по сравнению с женщинами репродуктивного возраста 8 (26,7%). Причем, дистония наблюдалась у каждой четвертой (26,6%) пациентки каждой группы, из них - артериальная гипертензия наблюдалась у 5 (16,6%) па-

циенток 2ой и 4 (13,3%) пациенток 1 группы. Со стороны дыхательной системы (в 1,6 раза), желудочно-кишечного тракта (в 1,3 раза) и мочеполовой системы (в 1,23 раза) также отмечалось увеличение числа жалоб у женщин перименопаузального периода.

В конце анкеты качества жизни женщинам было предложено поставить оценку своему здоровью. Хорошее здоровье отметили 11 (36,7%) женщин 1 группы и 7 (23,3%) – второй, удовлетворительным посчитали свое здоровье 15 (50%) и 17 (56,7%) респонденток, соответственно по группам. Плохую оценку своему здоровью поставили 6 (20%) женщин второй группы, что в 1,5 раза чаще по сравнению с женщинами первой группы (4 (13,3%)).

Немаловажно отметить, что мы получили интересные данные о качестве женщин репродуктивного возраста, которые практически наравне с женщинами климактерического возраста отмечали утомляемость, слабость, сонливость, а также снижение работоспособности и жизненного тонуса, как по частоте указываемых признаков, так и по их ин-

тенсивности (от 90 до 73,3% женщин). Снижение памяти, состояние тревоги и лабильности чаще испытывали женщины репродуктивного возраста, а состояние угнетения и депрессии они отмечали почти наравне с перименопаузальными женщинами, что явилось основанием для заключения о худшем психическом состоянии женщин репродуктивного возраста.

В целом, качество жизни женщин в перименопаузе качественно страдает со стороны физиологической активности, сексуальной функции субъективных жалоб, наряду с тем, что у большинства женщин более старшего возраста на фоне гормонального дисбаланса в возникают признаки климактерического синдрома, проявляющиеся нейровегетативными, обменно-эндокринными и психоэмоциональными нарушениями [4]. Полученные данные будут способствовать разработке правильной тактики ведения с комплексным решением проблем женщин репродуктивного и перименопаузального периодов, с учетом их мнения, для улучшения качественных характеристик жизни в последующем.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

*Д.Б.Назарова
ТМА*

Наиболее частой причиной обращения больных репродуктивного возраста с образованиями яичников является бесплодие. Оперативное лечение не всегда приводит к спонтанному восстановлению репродуктивной функции у таких больных. Это требует проведения реабилитационного лечения. Эффективность реабилитационного лечения у больных после оперативного лечения по поводу доброкачественной опухоли яичника (ДОЯ) или опухолевидного образования яичника (ООЯ) во многом зависит от времени проведения и ее качества.

Цель данного исследования явилось определение эффективности реабилитационного лечения у больных с бесплодием, перенесших операцию по поводу удаления доброкачественного образования яичника.

Материал и методы исследования. Было проведено проспективное исследование 20 женщин с бесплодием в послеоперационном периоде в течение 1 года. Изучены гормональный статус гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы до операции и после оперативного лечения. С этой целью определяли уровень гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон) в сыворотке крови и в динамике менструального цикла в фолликулиновую, овуляторную и лютеиновую фазы (на 6-7, 13-14 и 21-23 дни цикла) у больных и 10 здоровых женщин. Исследования проводились иммуноферментным анализом в биохими-

ческой лаборатории ЦНИЛ ТМА, реактивы фирмы Humaп (Германия). Верификация диагноза доброкачественных эпителиальных кистом и опухолевидных образований проводилась после операции, на основании гистологического исследования удаленной капсулы в Республиканском Центре пат.анатомии.

Динамическое наблюдение за процессом созревания фолликула и пролиферацией эндометрия в периовуляторной фазе проводили ультразвуковым исследованием на аппарате «Аloка» трансабдоминально и трансвагинально. В исследование не были включены женщины с пограничными и злокачественными образованиями яичников.

Результаты и их обсуждение. Гистологические исследования капсулы удаленного во время операции образования яичника позволили выделить 20 пациенток с доброкачественными образованиями яичников, из них с ДОЯ было – 8 женщин и с ООЯ - 12 женщин. Возраст обследованных колебался от 20 до 34 лет. Первичное бесплодие выявлено у 8 пациенток, длительность его составляла от 2 до 5 лет. Вторичное бесплодие выявлено у 12 пациенток, длительность бесплодия колебалась от 2 до 7 лет. Изучение анамнеза этих больных выявило, что почти все получали неоднократно лечение, включая гормональное лечение со стимуляцией овуляции. Это вероятно способствовало в ряде случаев возникновению ООЯ и, в частности фолликулярной кисте.

Реабилитационное лечение проводилось всем больным в первые 2 месяца после операции и включало в себя: назначение однофазных оральных контрацептивов (регулон, новинет), витаминотерапию в зависимости от фазы менструального цикла (фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамин Е), иммунокоррекция (иммуномодулин в/м в течение 10 дней), препарат энзимотерапии вобензин в течение 45 дней.

Изучение гормонального уровня у больных до операции выявило несколько сниженный уровень ФСГ по сравнению с контролем во всех 3-х фазах цикла. У больных с бесплодием величина ЛГ существенно не отличалась от показателей контрольной группы. Отношение ЛГ/ФСГ в группе больных с бесплодием колебалось от 1,2 до 3,1 в овуляторной фазе, что выше, чем в контрольной группе (0,8-1,7). Уровень пролактина в сыворотке крови больных во всех трех фазах менструального цикла был достоверно выше, чем в контрольной группе ($11,3 \pm 1,02$, $P < 0,05$), особенно в лютеиновой фазе.

Эстрадиол в сыворотке крови больных был в 5-6 раз выше, чем в контрольной группе, но находился в границах общепринятых показателей нормы (130-370 pg/ml). Однако уровень прогестерона в овуляторной и лютеиновой фазе у больных с бесплодием ($1,0 \pm 0,11$ и $6,7 \pm 0,78$ соответственно) был ниже, чем в контрольной ($3,0 \pm 2,10$ и $10,3 \pm 3,08$ соответственно).

Диагностическую ценность представляло также определение уровня тестостерона в крови у больных с ДОЯ и ООЯ. Так, в группе больных нами отмечена стойкая гиперандрогения во всех 3-х фазах менструального цикла по сравнению с контрольной группой. В послеоперационном периоде нами выявлено восстановление уровня гонадотропных гормонов у больных. Продукция эстрадиола и прогестерона у наших больных также восстановилась, хотя у некоторых больных была несколько ниже, чем в контрольной группе. Оперативное лечение и реабилитационная терапия способствовала достоверному снижению уровня тестостерона в фолликулиновую фазу, хотя он оставался еще не-

сколько выше в овуляторной и лютеиновой фазе цикла по сравнению с контрольной группой.

Отмечено у больных обеих групп повышение уровня тестостерона, вероятно, имеет яичниковое происхождение и может указывать на ферментативную недостаточность, а также объясняет повышенное содержание пролактина в сыворотке больных [4]. Кроме того, повышение соотношения ЛГ/ФСГ у больных с бесплодием выше, чем в контрольной группе, указывает на нарушение обратной связи в системе гипоталамус-гипофиз-яичник. Такое повышение соотношения гонадотропных гормонов характерно для синдрома поликистозных яичников. Однако и у наших больных бесплодие также характеризовалось ановуляцией и изменением уровня гормонов. Нередко восстановление детородной функции наступает после оперативного лечения путем хирургической лапароскопии и цистэктомии спонтанно или после реабилитационной терапии, что согласуется с данными литературы [1,2,3].

Проведенные нами после лапароскопии и цистэктомии проспективные исследования за восстановлением репродуктивной функции у пациенток в течение 1 года показало, что беременность наступила после прекращения оральных контрацептивов спонтанно у 7 пациенток (35%). Остальным пациенткам были назначены циклическая гормональная терапия, курсы рассасывающей терапии и системной энзимотерапии, после чего забеременели еще 5 (25%) пациенток.

Таким образом, восстановление у больных показателей гормональной функции после удаления ДОЯ или ООЯ и реабилитационного лечения, а также восстановление репродуктивной функции у большей части больных позволяет связать развитие бесплодия у этих больных с наличием образования яичника. У больных бесплодием в послеоперационном периоде необходимо проводить динамическое наблюдение за восстановлением репродуктивной функции и медикаментозное лечение в течение первого года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Фолликулярного аппарата у девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода на фоне эндемического зоба

*Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э.
СамМИ*

Целью исследования явилось ультразвуковое изучение нарушений генеративной функции яичников у девочек-подростков с эндемическим зобом.

Задачи исследования явились: 1) Ультразвуковое наблюдение за функционированием фолликулярного аппарата и желтого тела;

Материал и методы исследования.

Нами обследовано 100 девочек пубертатного возраста (с 11 по 16 лет) с маточными кровоте-

ниями (МКПП) на базе охраны репродуктивного здоровья детей и подростков в период с 2006 по 2008 гг. Из них у 70 девочек МКПП развивались на фоне эндемического зоба, что составило основную группу. Группу сравнения составили 30 девочек аналогичного возраста с МКПП без проявлений патологии щитовидной железы. УЗИ органов малого таза и щитовидной железы проводилось в отделе функциональной диагностики областной многопрофильной детской больницы г. Самаркан-

да при помощи приборов «Toshiba SSD -256» (Япония). Характеристика эндокринной системы составлялась на основании анализа 2-7- разовой динамики содержания в крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона, определяемых радиоиммунологическим методом с использованием наборов СЕН-IRE-Serin (Франция).

Результаты исследования.

Для нашего региона характерным является резкое превалирование гипотиреоза (88,6%), эутиреоз, т.е. отсутствие гормональной недостаточности щитовидной железы при её компенсаторном увеличении наблюдалась в 8,6% случаях, гипертиреоз как причина МКПП имел место в 2,9% случаях.

Проведенные исследования позволили выявить во-первых разделить две основные виды нарушения овариально- менструального цикла: овуляторные и ановуляторные МКПП. При овуляторных МКПП наблюдалась преждевременная атрезия желтого тела (ПАЖТ), персистенция незрелого желтого тела (ПНЖТ) или персистенция зрелого желтого тела (ПЗЖТ). В первом случае наблюдалось укорочение лютеиновой фазы, что подтверждается коротким существованием желтого тела и относительно коротким периодом повышения базальной температуры (6-9 дней). Гормональные нарушения манифестировались низким содержанием и прогестинных, и эстрогенных гормонов в лютеиновой фазе. При ПНЖТ наблюдалось удлинение лютеиновой фазы с низким содержанием половых гормонов. А при ПЗЖТ наоборот, УЗИ и гормональные исследования показывали удлинение лютеиновой фазы и высокое содержание прогестерона.

При ановуляторных МКПП основным патогенетическим звеном явилось нарушение созревания фолликулы. Фолликулярный аппарат может дать сбой в любой стадии развития фолликула – в стадии зрелого фолликула (13-15 дни цикла) или в стадии незрелого фолликула (до 12 дня цикла). Однако, ориентация на днях менструального цикла иногда оказывается обманчивым, ибо скорость созревания фолликула зависит от уровня ФСГ и ЛГ и следовательно может быть как замедленным, так и ускоренным. Поэтому при оценки развития фолликула основным критерием явилось сонографическое на-

блюдение за динамикой созревания фолликула и динамическое изучение гормонального фона.

Дальнейшее развитие фолликула может идти либо по типу персистенции, либо по типу атрезии фолликула, что выявляется в основном при УЗИ. Таким образом, при овуляторных МКПП мы наблюдали четыре типа нарушений: персистенция незрелого фолликула (ПНФ), атрезия незрелого фолликула (АНФ), персистенция зрелого фолликула (ПЗФ) атрезия зрелого фолликула (АЗФ).

Овуляторные МКПП встречались в 7-8 раз реже (12,9% в основной группе и 14% в группе сравнения) когда как ановуляторные МКПП наблюдались соответственно у 87,1% и 86% обследованных девочек. Среди ановуляторных кровоточений в обеих группах особенно часто выявляется атрезия незрелого фолликула (25,7% в основной группе и 28% в группе сравнения), атрезия зрелого фолликула (приблизительно у каждой четвертой девочки) и персистенция незрелого фолликула (22,9% и 22% соответственно). Персистенция зрелого фолликула как яркий пример гиперэстрогенного типа МКПП выявлена соответственно у 14,3% и 12% обследованных девочек. Существенного различия между данными девочек с гипотиреозом и девочек с МКПП без гипотиреоза при изучении форм нарушения ОМЦ не выявлено.

Данные измерения базальной температуры позволили изучить длительность каждой фазы яичникового цикла и дали дополнительную информацию для определения типа НОМЦ. Следует считать, они информативно значимы лишь в сочетании с данными УЗИ и гормонального исследования.

Таким образом, при УЗИ у девочек-подростков с МКПП выявлено различные варианты нарушения овариально - менструальной функции, что связано с нарушением гормонального фона на фоне эндемического зоба и других факторов. Овуляторные МКПП встречались в 7-8 раз реже (12,9% в основной группе и 14% в группе сравнения) когда как ановуляторные МКПП наблюдались соответственно у 87,1% и 86% обследованных девочек. Для рациональной коррекции этих нарушений следует принимать во внимание тип НОМЦ и характер гормонального статуса.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ МАТКИ

*Расуль-Заде Ю.Г., Ходжаева Ш.Ш., Абдураимов Т.Ф.
ТМА*

Среди всех поражений эндометриозом эндометриоз матки (аденомиоз, внутренний эндометриоз), когда имплантаты эндометрия локализуются в теле матки и её перешейке, занимает особое место и встречается у 20-25% женщин репродуктивного возраста [1, 3].

Цель исследования: Изучить особенности межклеточных взаимоотношений в матке, пораженной эндометриозом.

Материалы и методы исследования: Об-

следовано 74 женщин с эндометриозом матки как в изолированной форме, так и в сочетании с различными локализациями наружного генитального эндометриоза. Все они составили основную группу. Наличие эндометриоза матки устанавливалось на основании жалоб, анамнеза, ультразвукового исследования с доплерографией и гистероскопии матки. Группу сравнения составили 15 женщин с изолированным гиперпластическим процессом в эндометрии на фоне дисфункциональных маточных

кровотечений без инвазии в миометрий. В эндометрии пациенток обеих групп определяли показатели локального иммунитета - цитокины (интерлейкин-2 (IL-2) и интерферон-γ (IFN-γ)) и биохимические маркёры клеточной альтерации – биогенные амины (гистамин, серотонин). Количественное определение уровня цитокинов (IL-2, и IFN-γ) проводилось с использованием диагностикумов ГНЦ ГосНИИ ОЧБ и ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург) методом твёрдофазного иммуноферментного анализа. Количественное определение свободных фракций гистамина и серотонина в эндометрии проводили по флюориметрической методике их совместного определения путем проведения двухэтапной экстракции при оптимальных контролируемых значениях pH. Иммунологические и биохимические исследования эндометрия проводились в ЦНИЛ ТМА.

Средний возраст обследованных больных составил 43±3,8 лет. 10 женщин (13,5%) находились в раннем репродуктивном возрасте (25-35 лет), 21 женщина (28,4%) - в позднем репродуктивном (35-45 лет) и 43 (58,1%) – в пременопаузальном периоде жизни (45-50 лет). Возраст менархе у всех обследованных был в пределах 11 – 14 лет.

Результаты исследования и их обсуждение: Исследования выявили снижение уровня IL-2 и IFN-γ в эндометрии больных основной группы по сравнению с группой женщин с гиперпластическим процессом эндометрия без эндометриоза матки. Уровень как IL-2 так и IFN-γ зависели от тяжести патологического процесса. Если при I степени внутреннего эндометриоза уровни IL-2 и IFN-γ оказались сопоставимыми с показателями группы сравнения (0,56±0,03 пг/мл и 85,6±0,13 пг/мл соответственно), то при эндометриозе матки II степени количество их снижалось в 1,3 раза для IL-2 (0,42±0,002 пг/мл) и в 1,2 раза для IFN-γ (68,9±0,12 пг/мл). III степень внутреннего эндометриоза характеризовалась наиболее низкими показателями цитокинов: IL-2 - 0,31±0,003 пг/мл, IFN-γ – 43,8±0,11 пг/мл (в 1,8 и 1,9 раза соответственно ниже группы сравнения).

Низкие уровни IL-2 и IFN-γ указывают на наличие локального клеточного иммунодефицита, так как субпопуляции Т-лимфоцитов являются основными продуцентами указанных цитокинов. Полученные нами данные отражены в литературных источниках, в которых Т-клеточному иммунодефициту отводится одна из ведущих ролей в инициации инвазии эндометрия в глубь мышцы матки [4, 5, 6].

Концентрация биогенных аминов – гистамина и серотонина, в противовес уровням изученных цитокинов, повышалась соответственно степени тяжести внутреннего эндометриоза. Наиболее высокие уровни гистамина и серотонина обнаружались в группе женщин с III степенью эндометри-

оза матки (9,21±0,29 и 6,35±0,36 мкг/г соответственно). Концентрация их при II и I степени заболевания, оказались ниже и составили для гистамина 8,13±0,39 и 6,97±0,39 мкг/г, для серотонина - 5,76±0,28 и 4,91±0,42 мкг/г соответственно, хотя и превышали показатели группы сравнения. Группа сравнения характеризовалась уровнями биогенных аминов (гистамин - 6,07±0,49 мкг/г, серотонин - 4,63±0,49 мкг/г) сопоставимыми с I степенью эндометриоза матки. Полученные результаты свидетельствуют о повышенной провоспалительной активности в эндометрии. Локальные иммунологические и биохимические сдвиги в эндометрии, коррелирующие со степенью тяжести эндометриоза матки, позволяют предположить их ведущую роль в патогенезе аденомиоза.

Выводы:

1. При эндометриозе матки имеет место локальный Т-клеточный иммунодефицит со снижением концентрации IL-2 и IFN-γ, обладающих противовоспалительным и антипролиферативным эффектами.
2. Повышенные концентрации гистамина и серотонина в эндометрии при эндометриозе матки, вероятно, ведут к распаду аргирофильных волокон базальной мембраны, стромы эндометрия и к вращению в образовавшиеся «ниши» избыточно пролиферирующего железистого эпителия слизистой оболочки матки.
3. Полученные данные обосновывают использование иммуномодуляторов и нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексе консервативной терапии внутреннего эндометриоза.

Уровни биогенных аминов в эндометрии при эндометриозе матки (мкг/г)



ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В РЕГИОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЙОДОДЕФИЦИТА

*Садыкова М.Ш., Хакимова Л.С., Хайрутдинова М.Х., Рахимова С.Э.
НИИ AuГ Мз РУз*

В условиях Узбекистана, в структуре нарушений менструального цикла, ювенильные маточные кровотечения занимают лидирующее место, что делает изучение этой проблемы особенно актуальным [4]. В литературе не встречались работы о состоянии системы гемостаза у пациенток с ЮМК на фоне диффузного эндемического зоба (ДЭЗ), который выявляется у 90% пациенток этой возрастной группы. Изучение этого вопроса позволит подобрать оптимальный метод лечения.

Целью работы явилось исследование репродуктивной функции и системы гемостаза у девушек при ювенильных маточных кровотечениях в регионе хронического йододефицита, выбор оптимальных методов лечения.

Материал и методы исследования.

В ретроспективное обследование включены 94 пациентки в возрасте 14-17 лет, у которых были ациклические маточные кровотечения и отклонения в физическом и половом развитии. Основную группу составили 64 девушки-подростки, в анамнезе которых были заболевания щитовидной железы, диффузный эндемический зоб (ДЭЗ). Контрольную группу составили 10 девушек того же возраста без отклонений со стороны гипофизарно-тиреоидной (ГТ) и гипофизарно-яичниковой (ГЯ) систем. Анатомическое состояние щитовидной железы определяли по классификации ВОЗ (1994г.). Всем пациенткам проведена ультразвуковая биометрия щитовидной железы по методу Браун (1981) и соавт.

Персистенция фолликула выявлена на основании клиники и тестов функциональной диагностики, определение гормонов ГЯ системы (ФСГ, ЛГ), этинилэстрадиола (Е), прогестерона в сыворотке крови, а также подтверждена выявленная патология органов мишеней (молочная железа, эндометрит матки).

Клинико-гормональные исследования выявили нарушения менструального цикла: по типу ациклических маточных кровотечений у 47 пациенток, гиперменструального синдрома у 12, вторичная аменорея у 5. У 5 девушек выявлена диффузная мастопатия и у 7 - предменструальный синдром. В анамнезе у большинства были соматические заболевания в возрасте от 4 до 8 лет. При этом наибольший процент (62%) занимали общие и детские инфекции (частые простудные заболевания, хроническая тонзиллогенная интоксикация, ОРВИ, пиелонефрит, вирусный гепатит). Предрасполагающими моментами были вредные воздействия (часто стрессовые ситуации) - 42%, умственная и физическая перегрузка - 21%. У каждой второй пациентки имеет место дефицит (12%), или избыток веса (15%). Признаки хронического аднексита

установлены у 11% пациенток. Все перечисленные заболевания могли быть причиной аномальных маточных кровотечений как фоновые заболевания со снижением иммунитета.

При изучении клинико-лабораторных аспектов возникновения аномальных маточных кровотечений определили гормоны ГЯС: ФСГ, ЛГ, этинилэстрадиола (Е), прогестерона и анализ биоптата (выборочно) слизистой эндометрия. Изучение гормонов гипофизарно-тиреоидной системы - тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин (Т4) проводили методом ИФА с помощью стандартных коммерческих наборов "IMMRINOTECH" Чехия.

Исследование системы гемостаза включало ряд основных стандартизированных тестов, обладающих наиболее высокой информативностью в плане диагностики внутри сосудистого свертывания крови. Определяли активированное время рекальцификации плазмы и протромбиновое время Quick с тромбопластином фирмы "Технология Стандарт", стандартизированными по международному индексу чувствительности ИСИ, концентрации фибриногена по Р.А. Рутнеру (1961), подсчет тромбоцитов проводили в камере Горяева световой микроскопией, х/а зависимый фибринолиз по Г.Ф.Еремину, А.Г.Архипову (1982), спонтанная агрегация тромбоцитов по Н.И.Тарасовой (1982), стимулированная агрегация тромбоцитов гемолиза (А.С.Шатинова, 1984). Исследование проводилось в лаборатории гемастезиологии.

Результаты.

Показатели биохимических исследований анализа крови обнаружили снижение гемоглобина у 16 ниже 100 г/л. Общие анализы мочи, сахара крови у всех пациенток в пределах нормы. Исследования гормонов ГЯС показали, что уровень прогестерона, как в фазе кровотечения, так и аменореи был снижен, что указывало на недостаточность желтого тела, что касается показателей эстрадиола, то экскреция гормона в фазах аменореи и кровотечения у пациенток основной группы была ниже, чем контрольная $P < 0.05$.

Что касается тиреоидных гормонов (таб. 2), то у пациенток с зобом были показатели ТТГ выше, чем в контрольной. Данные общего тироксина не имели достоверного различия от показателей контрольной группы, этой закономерности не было выявлено у пациенток с зобом. У больных с ЮМК и ДЭЗ имело место достоверное снижение тиреоидной активности, $P < 0.05$.

Выявленные отклонения в показателях центральных и периферических гормонов ГТС указывают на субклинический гипотиреоз пациенток с ЮМК и анатомическим увеличением щитовидной железы.

Уровень ЛГ был относительно высок по сравне-

нию с контрольной группой, где показатели в среднем были 4,2 МЕ/л и в среднем соответствовали 6,3 МЕ/л. Проявления стертого гипотиреоза, снижение физиологической и умственной активности (слабость, сонливость), обменные нарушения и отклонения в весовых и ростовых показателях, указывали на дефицит тиреоидных гормонов и метаболических нарушений.

Таким образом, ЮМК является плюрегландулярным заболеванием, в регионе хронического йододефицита, что отражается на функции яичников. В фазе кровотечения, которая продолжалась до 20 дней и характеризовалась длительной и низкой концентрацией этинилэстрадиола, двукратным снижением прогестероновой активности отклонения отражались и на органах и мишенях (молочные железы и эндометрий) и создает риск к возникновению гиперпластических процессов в молочных железах и слизистой эндометрия.

При ультразвуковой доплерометрии исследование кровотока сосудов матки и яичников выявленные гемодинамические изменения в отдельных частях кровотока. Это определялось путем измерения показателей С/Д выявлено утолщение и повышение эхогенности персистирующего фолликула. Полученные результаты свидетельствовали о снижении кровотока в яичниковых артериях - от умеренного до выраженного спазма. В среднем показатели С/Д у этих пациенток превышали норму на 35-40%. Выявленные данные указывают на снижение прогестероновой активности.

При пальпаторном и ультразвуковом исследовании структуры щитовидной железы у 11 (17,18%) обнаружено 0 степень увеличения, у 53 (82,8%) - I-II степень. Объем щитовидной железы составил 32,0±4,10 мл, что в 2,8 раз превышало показатели контрольной группы (14,1±3,7мл).

После клинко-лабораторных исследований всем пациентам был назначен Регулон - монофазный комбинированный контрацептив, который содержит этинилэстрадиол 30мкг и гестаген дезогестрел 150 мкг, соответствующий концентрации ранней фолликулиновой фазе менструального цикла, препарат хорошо переносится пациентками. При менструальноподобных кровянистых выделениях с гемостатической целью в первые сутки назначали 3 таблетки в 2 приема через 4 часа. В дальнейшем дозу постепенно снижали и доводили до 1 таб. в сутки. Длительность гормонотерапии зависела от гемодинамических показателей. При выраженной анемизации целесообразно продолжить прием 1 таблетки не делая 7 - дневного перерыва до нормализации уровня гемоглобина.

С целью восстановления прямой и обратной связи в ГГЯС и ребаунд - эффекта в последующие 2-3 цикла назначали Регулон прерывистыми курсами каждые 3 месяца. Для восстановления функции щитовидной железы назначали Эутирокс в умеренных дозах.

Среди пациенток, принимающих Регулон, выраженных отклонений не было. Отмечено снижение толщины эндометрия у пациенток с ациклическими кровотечениями. У пациенток с признаками хронического аднексита после 24 недель лечения наступила регрессия заболевания.

В системе гемостаза у пациенток с ЮМК выявлена тенденция к нарастанию числа тромбоцитов и достоверное повышение их агрегационной активности. Прослеживалось усиление коагуляционного потенциала в крови, достоверно увеличивался протромбиновый индекс. Выявленные изменения гемостаза у пациенток указывают на повышение общей свертываемости крови. На фоне Регулона в течение 6 месяцев отмечена тенденция к нормализации протромбинового времени, снижение концентрации фибриногена. Показатель XII зависимый фибринолиз, АВР оставались без существенных изменений. В сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза препарат Регулон не оказал влияния на функцию тромбоцитов и на агрегационную активность.

Одновременно проводили лечение гипотиреоза с назначением Эутирокса в умеренных дозах, оздоровительные мероприятия и терапию больных. Это антианемическое и противовоспалительное лечение. При нарушении обменных процессов - нормализация режима питания, ограничение умственной и физической нагрузки. При выявлении признаков внутричерепной гипертензии - дегидратационная терапия, поливитамины, средства антиоксидантной защиты - Глимонорм (растительный препарат нормализующий обменные процессы, производство Институт химии растительных веществ, Узбекистан).

Обсуждение

Препарат Регулон характеризуется наименьшим побочным эффектом. Он оптимален для здоровых пациенток и пациенток с различными сдвигами в системе гемостаза, возникших в результате ациклических маточных кровотечений и напряжения в ГЯС.

Нормализация менструального цикла, снижение менструальных кровопотерь, положительное влияние на анатомический статус щитовидной железы, отсутствие прибавки веса способствовало устранению анемии, повышению индекса здоровья девушек-подростков. Таким образом, применение Регулона фирмы ГР (Венгрия), тиреоидных гормонов, антиоксидантов способствовало ремиссии основного заболевания у пациенток, страдающих аномальными маточными кровотечениями, а также оказало благоприятное действие на параметры гемостаза, нивелировались признаки анемии благодаря оптимальному содержанию этинилэстрадиола.

Выводы:

1. Применение низкодозированного гормонального препарата Регулон, Эутирокса, оздоровительных мероприятий у пациенток с ювенильными маточными кровотечениями и диффузным эндемическим зобом с проявлениями гипотиреоза, способствовало нормализации менструального цикла, показатели ГЯ и ГТ систем, системы гемостаза.

2. Нивелировались признаки нейроэндокринных нарушений: персистенция фолликула, ановуляция и связанных с ними - мастопатия, гиперплазия эндометрия. На фоне комплексного лечения отмечался лечебный эффект на состояние органов и систем, нивелировались признаки хронического аднексита, вторичной анемии, предменструального синдрома.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ЭНДОКРИННОГО ГЕНЕЗА

Саямова С.Ш.
ТашИУВ

В настоящее время в нашей стране системная энзимотерапия (СЭТ) начинает приобретать все большую популярность. Уникальность природы системных полиэнзимов как терапевтического метода, основано на применении комбинированных энзимных препаратов, относящихся к группе гидролаз (Контаб, Флогэнзим, Вобэнзим). Ферменты, содержащиеся в препаратах для СЭТ, являются высокоочищенными протеиназами, имеющими специфическую направленность.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения бесплодия эндокринного генеза за счет включения в комплексную терапию препарата Контаб.

Материал и методы исследования были собраны в гинекологической клинике ТашИУВ на базе родильного комплекса № 2. Нами проведено лечение 54 женщинам, средний возраст которых составил 23,5±1,7 лет. В среднем указанные пары были женаты в течение 3,6±0,8 лет и пытались завести детей в течение 2,5±0,4 лет.

Характер нарушений у нашего контингента больных выявляли по данным анамнеза, оценке соматического и гинекологического статуса, подсчету гирсутного числа, обследовании молочных желез, теста функциональной диагностики, гормональным пробам и скринингу, УЗИ на 5-8 и 21-23 дни менструального цикла для оценки структуры и функции матки и яичников. Рассчитывали соотношение ЛГ/ФСГ как диагностический признак гиперандрогении.

Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от проведенной терапии. Первую группу составили 27 пациенток, получавших комплексное лечение без системной энзимотерапии. В лечении половины пациенток 2 группы наряду с комплексной терапией был использован препарат Контаб.

В соответствии со схемой лечения препарат Контаб назначали в оптимальной дозе по 3 таблетки 3 раза в день за 30 мин до еды в дни приема антибиотиков, затем по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2-х недель.

Традиционная терапия включала нормализацию обменных нарушений и снижение массы тела на 5-

бкг в месяц расценивали как успешную терапию. Проводили медикаментозную терапию нейрообменно-эндокринных нарушений, включающую в себя назначение Глюкофажа и диуретиков (верошпирон). Эффективно применяли регуляторы нейромедиаторного обмена хлоракон и дифенин в течение 2-х месяцев.

В нашем исследовании в комплексной терапии применяли комбинацию двух антибактериальных препаратов. С целью повышения их эффективности и профилактики дисбактериоза, использовали контаб на протяжении всего курса антибиотикотерапии в дозе по 3 таблетки 3 раза в день, затем принимали по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 недель, что приводило к ускорению распада медиаторов воспаления и улучшению микроциркуляции в пораженной ткани.

Дальнейшая тактика ведения больных включала применение циклической гормональной терапии по методу индивидуального подбора дозы под контролем тестов функциональной диагностики.

Так, в 1 группе больных у 16 женщин и у 27 пациенток 2 группы в 56,3% и 75% случаев соответственно наблюдалось восстановление менструальной функции с овуляцией. Кроме того, пациентки, получавшие Контаб, отмечали уменьшение головных болей, улучшения самочувствия, нормализацию сна и работы кишечника, уменьшение веса, при УЗИ отмечена тенденция к нормализации размеров матки и яичника.

В нашем исследовании для 14 больных 1 группы и 23 пациенток при использовании системной энзимотерапии в 31,3% и 56,3% случаев результатом успешного лечения явилась наступившая беременность в течение 140 дней после начала лечения.

Выводы:

1. Результаты лечения Контабом женщин с бесплодием по схеме 2 таблетки 3 раза в день ежедневно по 14 дней в 2 этапа с перерывом в 1 месяц может быть рекомендовано в комплексном лечении бесплодия эндокринного генеза.

2. Использование системной энзимотерапии не только демонстрирует высокую эффективность терапии, но и снижает сроки лечения.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Султанов С.Н., Эркабаева Ф.А.
РСНИИЦАиГ

Варикозная болезнь вен – одно из распространенных заболеваний сосудистой системы. Его частота колеблется от 6 до 15%. При данном заболевании имеет место сокращение продолжительности жизни в среднем на 18%, при отсутствии правильного лечения возможны летальные исходы. Варикозная болезнь вен

малого таза (ВРВМТ) всё ещё остаётся недостаточно изученной проблемой, несмотря на то, что в современной литературе приводятся несколько тысяч наблюдений успешной диагностики и лечения этого заболевания [1,2,3,4]. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений её обуславливают грубые ди-

агностические ошибки, имеющие зачастую самые печальные последствия.

Варикозным расширением вен называют заболевание, сопровождающееся увеличением длины, образованием змеевидной патологической извитости вен, необратимыми мешковидными расширениями их просвета с недостаточностью клапанов. Факторами, предрасполагающими к развитию варикозного расширения вен, могут быть ослабление венозной стенки, на фоне гормональной перестройки (беременность, менопауза, период полового созревания); врожденное отсутствие или недоразвитие венозных клапанов; наследственная слабость соединительнотканых структур организма, включая стенки вен. Разрешающими факторами являются повышение гидростатического давления в венозных стволах, нарушение метаболических процессов в клетках гладких мышц венозной стенки.

В настоящее время доказано, что ВРВМТ – проявление системного поражения соединительной ткани, ведущей причиной которого является дисплазия соединительной ткани – в морфологической основе которой лежит снижение некоторых видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что приводит к уменьшению прочности соединительной ткани. К факторам риска, провоцирующим развитие ВРВМТ, относятся: условия труда (работа, связанная с длительным вынужденным стоянием или сидячим положением, тяжелый физический труд), coitus interruptus, многочисленные беременности и роды, гинекологические заболевания (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников, пролапс гениталий, перегиб широкой связки матки), нарушение менструального цикла, гиперэстрогения. В последние годы обсуждается неблагоприятное влияние гормонально-заместительной терапии и контрацепции.

В настоящее время выделяют 2 варианта течения ВРВМТ: 1- варикозное расширение вен промежности и вульвы; 2- синдром венозного полнокровия малого таза.

Клинические проявления ВРВМТ достаточно многообразны. Ведущими симптомами являются возникновение болей в нижних отделах живота и повышенная секреция из половых путей [4]. Боли могут быть тянущими, ноющими, тупыми, жгучими с иррадиацией в нижние конечности [1], с усилением во вторую фазу менструального цикла [5], возникающими после длительных статических и динамических нагрузок. Характерными симптомами заболевания являются выраженный предменструальный синдром, дисменорея, болезненность и повышенная чувствительность в области промежности и вульвы. Примерно у 50% пациенток обнаруживают варикозное расширение вен промежности, ягодичной области и наружной поверхности бедра. При вагинальном исследовании у большинства пациенток возможна болезненность при пальпации внутренних стенок малого таза, определяются тяжи и узелки вен, цианоз стенок

влагалища. «Золотым стандартом» в диагностике ВРВМТ является ультразвуковое исследование (УЗИ) венозной системы. При УЗИ варикозно-расширенные вены определяются как чрезмерно извитые, «червеобразные», анэхогенные структуры, проходящие по ребру матки. Важным методом в исследовании сосудистой системы является дуплексное сканирование, которое позволяет точно определить локализацию варикозного расширения вен малого таза, оценить степень выраженности процесса и контролировать эффективность консервативной терапии [5]. Широкими диагностическими возможностями обладает ультразвуковое ангиосканирование. Оно позволяет выявить все венозные феномены малого таза (овариоцеле, венозные тромбозы, посттромбофлебитические окклюзии). Допплерографическое исследование позволяет выявить снижение пиковой систолической скорости в маточных, яичниковых и внутренних подвздошных венах. Лапароскопия большинством специалистов рассматривается в качестве обязательного компонента комплексного обследования больных с ВРВМТ, его проводят для выявления интеркуррентной патологии. Варикозные вены малого таза выявляют в области яичников, по ходу круглой и широкой связок матки в виде обширных синюшных конгломератов с истонченной и напряженной стенкой. Селективная овариография является наиболее объективным методом диагностики. Ее выполняют путем ретроградного контрастирования гонадных вен после их селективной катетеризации через контрлатеральную бедренную или подключичную вену.

Этиологическим лечением ВРВМТ является устранение рефлюкса по гонадным венам, что может проводиться как хирургическим, так и консервативным методом. Основные задачи патогенетического лечения: восстановление венозного тонуса, улучшение гемодинамики и улучшение трофических процессов в органах малого таза. Симптоматическая терапия ВРВМТ направлена на устранение отдельных клинических проявлений заболевания: при болевом синдроме проводится назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, при маточных кровотечениях гемостатическая терапия. Комплексное лечение должно включать в себя лекарственную терапию и лечебную физкультуру, которая является базисным лечением, применяющимся с профилактической и противорецидивной целью. Лекарственную терапию целесообразно назначать в период обострения ВРВМТ.

Наиболее частыми осложнениями варикозной болезни вен малого таза, связанными с нарушением венозного оттока, являются дисфункциональные маточные кровотечения, воспалительные заболевания матки, придатков и мочевого пузыря. На этом фоне возможно развитие воспаления и тромбоза варикозных вен малого таза. Тромбоэмболия легочной артерии, источником которой служат варикозно-расширенные вены малого таза, считается казуистикой.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

*Т.Э. Туляганов, Б.И. Усманова
8-акушерский комплекс, г.Ташкент*

Одной из причин женского бесплодия является окклюзия маточных труб, частота которой составляет, по данным разных авторов, 55-85%. Частота больных с бесплодием и патологией маточных труб составляет 72,1-74% [4]. Поражение труб может проявляться не только в виде окклюзии, но и нарушения цилиарного аппарата труб, мышечной деятельности, в результате чего нарушается продвижение сперматозоидов, захват яйцеклетки и перемещение по трубе [1,2]. Вместе с тем, трубная окклюзия часто сопровождается образованием перитубарных спаек.

Целью исследования явилось определение эффективности комплексного дооперационного, эндохирургического и реабилитационного лечения трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ).

Материал и методы исследования. Нами были проведены клиничко-рентгенологические исследования до операции, и лапароскопическое лечение трубноперитонеального бесплодия у 108 больных. Возраст обследованных колебался от 18 до 42 лет, средний возраст составил $28,4 \pm 0,71$ лет. Больных с первичным бесплодием было 62 (57,4%), а со вторичным – 46 (42,6%). Длительность бесплодия у больных составляла преимущественно 1-3 года (у 37,0%) и 4-7 лет (у 38,0% больных). Дооперационная подготовка включала изучение качества кровоснабжения матки и яичников путем доплерометрии маточных и яичниковых артерий, обследование на наличие в организме урогенитальных инфекций и лечение их совместно с супругом в 24 (22,2%) семейных парах. Все женщины получали рассасывающую и противовоспалительную терапию.

Эндохирургическое лечение проведено всем женщинам в I-фазе на 7-8 дни менструального цикла. По результатам лапароскопии больные были разделены на 2 группы: 1-группа 74 пациентки с малыми формами эндометриоза яичников, 2-группа 34 пациентки – без наличия эндометриоидных кист, но с явлениями поликистоза яичников.

Реабилитационное лечение включало применение антигипоксантов (актовегин 200 мг per os), энзимотерапию (вобензим 3 драже x 3 раза в день), метаболическую терапию (рибоксин 10 мл в/в)

Результаты исследования и их обсуждение. Для верификации диагноза МФЭ произведено УЗИ матки и придатков до и после операции. Полученные при осмотре данные сравнивали с результатами эндохирургического исследования. Практически во всех случаях ультразвуковые данные совпадали с визуальными при лапароскопии. Так,

если при эхографии выявлялись поликистозные яичники с утолщением оболочки, то и при лапароскопии определяли плотную белочную оболочку, множество фолликулярных и эндометриоидных кист. Однако не всегда представлялось возможным выявить на УЗИ эндометриоидные кисты, что позволило бы установить диагноз малых форм эндометриоза. Если диаметр их меньше 1см, то судить о наличии эндометриоза сложно. Тогда же, когда размеры кист достигали 1,5-2,5 см, на УЗИ определялось неоднородное гипоэхогенное густое содержимое, что было более патогномичным признаком и соответствует данным литературы [4,5]. Еще одним маркером эндометриоза было изменение топографии яичников, их подпаянность к телу матки [6]. Эхографическая картина у больных 2-группы несколько отличалась и характеризовалась преимущественно наличием спаечного процесса в полости малого таза и несколько больше, чем при эндометриозе выявлялся поликистоз яичников. Все это подтверждалось во время лапароскопии. Доплерометрические показатели выявили ухудшение качества кровотока (повышение индекса резистентности, систоло-диастолического отношения, снижение пульсационного индекса).

Объем эндохирургического вмешательства также различался в обеих исследуемых группах. Так в 1-группе чаще проводился сальпингоовариолизис, а во 2-группе адгезиолизис и сальпингонеостомия ($P < 0,05$). Длительность реабилитационного лечения составляла в среднем $14 \pm 3,7$ дней. Если в течение 2-х месяцев у пациентки не наступала беременность, проводилась циклическая терапия. Фертильность была восстановлена у 40,5% больных 1-группы и 52,9% больных 2-группы.

Таким образом, своевременное эндохирургическое и патогенетическое реабилитационное лечение позволяет восстановить фертильность быстрее, чем при длительном консервативном лечении.

Выводы: 1. Трубно-перитонеальное бесплодие, обусловленное малыми формами эндометриоза, сопровождается ухудшением качества кровоснабжения яичников, что снижает их функциональную активность.

2. Реабилитационное лечение больных с бесплодием способствует восстановлению кровотока в яичниковых артериях.

3. Успех лечения ТПБ зависит от качества дооперационного обследования, своевременности эндохирургического лечения и последующей реабилитационной терапии.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С МАСТОПАТИЕЙ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

*Н.И. Хикматова, Д.А. Алиева
БОМКЦ, РСНПМЦ Аи Г*

Изучение демографических аспектов эпидемиологии заболеваний молочных желез свидетельствует о том, что снижение числа родов, поздние деторождения, большое количество аборт, а также укорочение периода грудного вскармливания во многом определяют рост заболеваемости мастопатией [2].

На сегодняшний день не выявлено ни одного специфического фактора риска развития мастопатии, поскольку это многофакторное заболевание [3].

Решающая роль в развитии мастопатии отводится нарушению соотношения между уровнем эстрогенов и прогестерона, что вызывает изменение соединительно-тканевого и железистого компонентов молочной железы, обуславливает развитие пролиферативных процессов молочных желез. Частота патологии молочных желез по данным различных авторов чрезвычайно высока и достигает 50-60% [1].

Существует прямая зависимость между возрастом и повышением риска развития патологии молочных желез. После 40 лет отмечается резкое увеличение заболеваемости. В период от 40 до 50 лет в организме женщины происходят существенные гормональные изменения, обусловленные началом наступления менопаузы, что является нормальным физиологическим процессом, при котором происходит определенное снижение адаптационных возможностей организма.

Именно в этом возрасте резко возрастает число ановуляторных циклов, в результате чего зачастую формируется состояние хронической гиперэстрогении, что отражается как на эндометрии, так и на молочных железах, в которых индуцируются разные гиперпластические процессы. К этому возрастному периоду у женщины появляются различные симптомы, связанные с угасанием функции яичников, кроме того, имеет место значительное увеличение соматической патологии [4]. В связи с этим значительный интерес вызывает изучение соматического статуса женщины с заболеваниями молочных желез в периоде менопаузы.

Материалом исследования служили 100 пациенток, обратившиеся с различными жалобами к гинекологу в Бухарский областной многопрофильный клинический центр. Возраст пациенток колебался от 42-55 лет, в среднем составил 44±1,8 лет. Все пациентки осмотрены маммологом и терапевтом. Проведены клинико-лабораторные исследования, гинекологический осмотр, анализ выделений из цервикального канала, PAP мазок, кольпоскопия, УЗИ гениталий, молочных желез (при необходимости маммография), УЗИ щитовидной железы, печени и почек, пальпация молочной и щитовидной желез.

У 65 (65,0%) пациенток диагностированы различные заболевания молочных желез – основная группа. Группу контроля составили 35 (35,0%) пациенток без мастопатии. У 19 (29,2%) диагностирована диффузная форма мастопатии, у 33 (50,8%) фиброзно-кистозная мастопатия, у 13 (20,0%) узловатая форма мастопатии. Анализ соматических заболеваний показал значительную отягощенность соматического статуса пациенток

с заболеваниями молочной железы. У 15 пациенток (23,1%) диагностирована гипертоническая болезнь против 5 (14,3%) в контроле. Нейроциркулярная дистония по смешанному и гипертоническим типам диагностирована у 38 (58,5%) против 14 (40,0%) в контроле. Варикозная болезнь у 38 (58,5%) против 25 (71,4%) в группе женщин без патологии молочной железы.

Отмечалось 2-х кратное увеличение заболеваний бронхо-легочной системы у пациенток с мастопатией. Бронхиальная астма у 5 (7,7%) в контрольной группе данной патологии не отмечалось. Хронический бронхит у 20 (30,8%) в основной группе против у 5 (14,3%) в контроле.

Наиболее часто регистрировалась патология желудочно-кишечного тракта. Так, хронический гепатит верифицирован в 5 раз чаще у 13,8% против 2,8% - в контроле; холецистопанкреатит 1,6 раз чаще 36,9%, против 22,8%; хронический колит 1,3 раза чаще 53,8% - против 42,9%; хронический гастрит чаще в 3 раза у 12 (18,3%) против 2 (5,7%) в контроле.

Анализ частоты заболеваний мочевыводящих путей показал значительное преобладание хронического пиелонефрита у пациенток основной группы 23 (35,4%) против 7 (20,0%) в группе пациенток без мастопатии. Мочекаменная болезнь диагностирована у 28 (43,1%) женщин с мастопатией по сравнению с 9 пациентками (25,7%) контроля.

В анамнезе женщин с мастопатией хронический тонзиллит отмечен в 2,2 раза чаще 20 (30,8%) против 14,3% без патологии молочных желез.

Метаболический синдром диагностирован в 2,7 раза чаще (23,1%) в основной против 3 (8,6%) в контроле.

Изучение частоты заболеваний щитовидной железы у пациенток обеих групп показало значительное её преобладание у женщин с мастопатией. Так, увеличение щитовидной железы I степени имело место у каждой 3-й пациентки основной группы 22 (33,8%). Увеличение размеров щитовидной железы I степени диагностировано у половины женщин контроля 16 (45,7%), однако увеличение щитовидной железы II степени диагностированы в 2 раза чаще у женщин с мастопатиями: 28 (43,1%) против 8 (22,9%) в контроле. У женщин без патологии щитовидной железы не зарегистрировано ни одного случая аутоиммунного тиреоидита, против 7 (10,8%) пациенток в основной группе. В основной группе также зарегистрирована 1 пациентка с узловым зобом, данная патология в контроле также не диагностировалась.

Таким образом, анализ патологии соматического статуса показал значительное преобладание частоты соматической патологии у пациенток с мастопатиями. Наиболее часто верифицированы следующие заболевания: диффузный зоб II, аутоиммунный тиреоидит, метаболический синдром, хронический гепатит, заболеваний мочевыводящих путей и сердечно-сосудистой патология. Данный контингент женщин в периоде перименопаузы следует рассматривать в качестве группы высокого риска на развитие мастопатии.

НЕГЛУБОКИЕ ЗАТЯЖНЫЕ ДЕПРЕССИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

*Ходжаева Н.И., Мухамедова Ш.Т., Каюмова Д.Т.
ТМА*

В последние десятилетия проблема дистимических нарушений приобрела большое научное и практическое значение, что, связано, прежде всего, с широкой распространенностью этой формы психической патологии. По данным ВОЗ, дистимиями страдают от 3 до 6% населения [4, 5]. Кроме того, признано, что, несмотря на неглубокий уровень поражения психической деятельности, дистимия оказывает серьезное негативное воздействие на качество жизни пациента, а в частности женщин, находящихся в климактерическом периоде [1, 2, 6]. Однако мало изучены факторы климактерического периода в развитии и клинических проявлений дистимии, в том числе их влияние на клинические проявления, динамику и исходы соответствующих состояний [3]. Это послужило основанием для проведения настоящей работы.

Целью настоящего исследования явилось изучение основных клинических закономерностей неглубоких затяжных депрессий (дистимий), климактерического периода, а также условий их возникновения. Задачами исследования явились: изучение клинко-синдромальных особенностей затяжных неглубоких депрессий климактерического периода (ЗНДКП) на последовательных этапах их развития, а также изучение роли различных факторов (возрастных, соматических, социально-психологических) при формировании клинко-типологических особенностей таких состояний.

Материалом исследования послужила группа из 50 женщин в возрасте от 45 до 60, больных ЗНДКП, находившихся на лечении в клинических отделениях Городской клинической психиатрической больницы и наблюдавшихся затем катамнестически. В соответствии с критериями дистимии в исследовании включались больные с наличием в анамнезе неглубокой затяжной депрессии климактерического периода длительностью не менее 2 лет. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 1 года. Необходимость тщательного клинического обследования больных с диагнозом дистимического расстройства предполагала проведение клинко-психопатологического анализа, а также соматоневрологического и параклинического (включая КТ головного мозга) обследования больных в стационарных условиях.

При разработке систематики дистимических состояний климактерического периода наиболее обоснованным представлялось

разграничение депрессивных состояний в зависимости от особенностей их симптоматологической структуры на две основные типологические группы. В качестве признака, координирующего систематизацию климактерических дистимических состояний, была избрана феноменологическая структура депрессивного расстройства. Установлено, что поздняя дистимия протекает двумя основными типами: поздняя анергическая дистимия (анергический тип); поздняя гипотимная дистимия (гипотимный тип). Анергический тип определяется ведущим симптомом - «витальной астенией». Гипотимный тип характеризуется преобладанием депрессивного настроения с характерными для климактерического периода симптомами тревоги. В структуре гипотимного типа выявляются симптомы вялости и апатии, и напротив, в структуре анергического - симптомы тревоги. В рамках каждого из двух основных клинических типов поздней дистимии определялись различия, обусловленные полнотой и степенью выраженности следующих комплексов расстройства: 1. соматических симптомов депрессии; 2. наличием и степенью выраженности симптомов невротического регистра (ипохондрических, обсессивно-фобических, сенестопатических), тревожного компонента депрессии, а также особенностями психопатических черт поведения; 3. наличием и характером симптомов возрастных атипий: - психоорганических (ухудшение памяти, эпизоды дезориентировки после сна) и церебрально-сосудистых симптомов (головные боли, головокружения, пошатывания, шум в ушах, чувствительность к изменениям погоды); - особой возрастной тематики депрессии (опасения обнищания, нехватки продуктов и прочее); - черт возрастной психопатизации (эгоистичность, грубые истерические реакции, скупость, повышенная обидчивость, требовательность, тирания по отношению к детям).

Выводы: 1. Исследование ЗНДКП соответствующих критериям дистимии по МКБ-10 (50 наблюдений), выявило большое многообразие их клинко-психопатологических проявлений и закономерностей течения.

2. Установлено, что поздние дистимические состояния в зависимости от особенностей феноменологической структуры депрессивного аффекта разграничиваются на два клинических типа: - позднюю анергическую дистимию (анергический тип), - позднюю гипотимную дистимию (гипотимный тип).

3. Многообразии симптоматологических

проявлений поздних дистимий определяется наличием в их психопатологической структуре различных коморбидных психических нарушений. К ним относятся: - обсессивно-фобические расстройства; - соматоформные расстройства; - черты возрастной психопатизации; - психоорганические расстройства.

4. Анализ закономерностей течения поздних дистимических состояний выявил наличие различных тенденций в динамике расстройств. В зависимости от интенсивности проявлений аффективных нарушений выделено 2 варианта течения дистимии. 4.1 Пер-

вый вариант - на всём протяжении дистимического состояния сохраняется интенсивность проявлений депрессии в форме возникновения транзиторных тревожно-депрессивных эпизодов. 4.2. Второй вариант - на протяжении дистимического состояния наблюдается регрессиентность депрессивных проявлений. В одних случаях интенсивность депрессивных проявлений снижается при усилении психопатоподобных расстройств. В других - регрессиентность аффективных проявлений происходит на фоне нарастающих психоорганических расстройств.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Д.Р. Худоярова

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета СамМИ
(ректор – проф. Шамсиев А.М., зав. - проф. Негмаджанов Б.Б.)*

Аномалии развития половых органов оказывают неблагоприятное влияние на половую сферу и могут являться причиной серьезных нарушений репродуктивной и психической систем, а также в последующем вызывать ряд осложнений во время беременности, родов (2,1) Отсюда, своевременное выявление и лечение этих заболеваний аномалий развития половых органов у девочек и подростков является одним из эффективных средств ранней профилактики заболеваний женщины, патологий ее репродуктивной функции, суицидальных и антисоциальных поступков в будущем (4,3,5) .

Цель исследования: определить частоту, изучить клинические особенности проявлений пороков развития матки и влагалища, разработать оптимальный алгоритм диагностики и комплексного лечения на основе применения современных технологий.

Материалы и методы исследования. С целью выполнения задач исследования нами изучено 285 больных с пороками развития половых органов в возрасте от 6 месяцев до 36 лет. Также проведен профилактический осмотр в школах и различных учебных заведениях г. Самарканда и Самаркандской области совместно с педиатром, эндокринологом и психологом. I группа - 128 (44,9%) больных с аплазией матки и влагалища. Средний возраст $18,71 \pm 0,46$ лет. II гр. - 61 (21,4%) - с аплазией влагалища при функционирующей матке. Средний возраст $17,69 \pm 0,57$ лет. III гр. составили 30 (10,5%) больных - с атрезией гимена, средний возраст которых составил $13,77 \pm 0,20$ лет. IV гр. - 39 (13,7%) пациенток с удвоением матки и влагалища, со средним возрастом $19,13 \pm 0,76$ лет. Пятую - составили 27 (9,5%) человек со

смешанным строением наружных гениталий. Средний возраст – $15,94 \pm 1,90$ лет.

В ходе обследования и контроля коррекции пороков развития гениталий больным проводились общий анализ крови, мочи и кала, биохимические анализы крови, определение гормонов в крови и рентгенографические методы исследования гениталий. Морфологические исследования были проведены 71 больной, прооперированной с пороками развития гениталий.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди осмотренных при профилактических осмотрах 7000 девочек гинекологические заболевания обнаружены у 1413 (20,1%) девочек. Из них аномалии развития половых органов – у 96 (6,8%). В группе больных с женским строением наружных гениталий отмечалось позднее обращение больных за медицинской помощью. Так, наиболее часто (55,8%) пороки развития гениталий выявлялись у девушек и женщин в возрасте старше 18 лет, зачастую в связи с невозможностью реализации половой жизни.

Сопутствующие аномалии развития других органов и систем выявлены у 45 (22,4%) больных, из которых у 28 (13,9%) отмечалась патология органов мочевыделительной системы, костной системы – у 13 (6,5%), сердечно-сосудистой – у одной (0,4%) и другие. Наибольшее число сопутствующих аномалий отмечалось у больных с аплазией влагалища и матки (13,7%), а также при удвоении матки и влагалища (92%). Наиболее чаще пороки развития матки и влагалища сочетались с пороками развития органов мочевыделительной системы.

Несмотря на достигнутые определенные успехи в лечении этой группы больных, до

настоящего времени не нашли окончательного решения многие оперативно-технические вопросы.

В настоящее время отдают предпочтение созданию влагалища из сигмоидального отрезка толстого кишечника.

С 2000 года нами используется усовершенствованный метод кольпопоза из отрезка толстой кишки, выполненный 99 (34,7%) больной.

При аплазии влагалища применялся брюшинный кольпопоз 19 (6,7%) больной, классический сигмоидальный кольпопоз 39 (13,7%), усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз – 99 (34,7%) больной, в том числе 24 (8,4%) больным с АВФМ сигмоидальный кольпопоз дополнялся наложением утеронеовагинального анастомоза. При атрезии нижней трети влагалища с наличием функционирующей матки выполнялась вагинопластика местными тканями у 37 (13%) больных. Из них в 28 (9,8%) случаях использовалась предложенная нами методика вагинопластики местными тканями по типу «встречных лоскутов». При атрезии гимена использовалась методика поперечного разреза атрезированного гимена с вставлением катетера Фолея у 23 (8,0%) девочек.

39 больным с УМВ выполнены следующие операции: 29 больным с удвоением матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища выполнено иссечение общей стенки между влагалищами, 9 больным с двурогой маткой – удаление рудиментарного рога матки, одной больной с полным удвоением тела матки с наличием одной шейки матки по поводу эндометриоза тела и придатков матки - экстирпация матки с удалением придатков. В 5 группе больных с АГС нами 7 (2,4%) де-

вочкам выполнена одномоментная феминизирующая реконструкция наружных гениталий путем резекции гипертрофированного клитора с созданием малых половых губ и сигмоидальный кольпопоз.

Катамнестические наблюдения показали, что половая адаптация пациенток с возрастом проходит удовлетворительно. В целом, хорошие функциональные и косметические результаты разработанных усовершенствованных реконструктивно-пластических операций зафиксированы в подавляющем числе наблюдений. Использование разработанных способов, направленных на профилактику различных осложнений способствуют улучшению половой и социальной адаптации пациенток по достижении им зрелого возраста.

Выводы: 1. Удельный вес больных с пороками развития матки и влагалища по Самаркандской области составил 6,8% среди гинекологических больных детского возраста, среди госпитализированных больных по обращаемости в детское гинекологическое отделение – 11,04%.

2. В структуре аномалий развития репродуктивной системы аплазия матки и влагалища составили 44,9%, аплазия влагалища при функционирующей матке - 21,4%, удвоение матки и влагалища - 13,6%, атрезия гимена - 10,5%, смешанное строение наружных половых органов – 9,47%.

3. Усовершенствованные методы реконструктивно-пластических операций на влагалище, матке и наружных половых органах способствуют частичному восстановлению деятельности репродуктивной системы (менструальной, половой, а в некоторых случаях и детородной), позволяют снизить процент осложнений и способствуют оптимальной адаптации больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАЦИИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

*А.К. Шамиров
РСНИИМЦиГ*

Вопрос о роли миомы матки в возникновении бесплодия и тактике ведения данного контингента больных до настоящего времени остается одним из наиболее дискуссионных [1]. В структуре доброкачественных новообразований женской половой сферы миома матки составляет 7,8-29% [2,3]. Как единственное патологическое состояние при бесплодии, миома матки выявляется у 1-20% женщин. Среди женщин старше 30 лет частота данной патологии составляет 15-17%, а после 40 лет - 30-35% [2], тем не менее среди женщин до 20 лет миома матки встречается редко (в 0,9-1,5%).

Цель настоящего исследования: Разработка новой технологии консервативной мио-

мэктомии у женщин активного репродуктивного возраста.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 34 женщины фертильного возраста с интерстициальной миомой матки, размерами не более 3-10 см и в количестве не более 3. В зависимости от использованного метода оперативной техники были разделены на 2 подгруппы. В I подгруппу вошли женщины, которым во время лапаротомии (16 пациенток) произведена консервативная миомэктомия с предварительной перевязкой 3-х пар магистральных сосудов матки (a.uterina, a.ovarica, a.ligam.rot.uteri). Во II подгруппу вошли женщины, которым во время лапаротомии (18 пациенток) произведена консервативная миомэктомия без предварительной

перевязки 3-х пар магистральных сосудов матки. Кровоточеру во время операции оценивали гравиметрическим способом.

Помимо клинического обследования и общепринятых лабораторных исследований все женщины были подвергнуты тщательному ультразвуковому обследованию органов малого таза до оперативного вмешательства и доплерометрии сосудов матки после проведенной операции с оценкой кровотока в артериальном сосудистом русле матки как на фоне интраоперационной перевязки 3-х пар магистральных сосудов матки, так и без неё. Исследование сосудов матки осуществлялось трижды: на 2, 4 и 6 сутки послеоперационного периода с помощью сонографа «Siemens Sonoline Versa Pro», снабженного блоком цветного доплеровского картирования с использованием трансабдоминального конвексного датчика 3.5 МГц, при частотном фильтре 50 Гц. Определяли индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ), систолическое и диастолическое отношение (СДО).

Результаты исследования и их обсуждение. Всем женщинам I подгруппы во время операции произведена предварительная перевязка кетгутотом 3-х пар магистральных сосудов матки, а затем консервативная миомэктомия с тщательным ушиванием ложа узла. Во II подгруппе консервативная миомэктомия произведена без предварительной перевязки 3-х пар магистральных сосудов матки. При этом средняя величина кровопотери в I подгруппе небеременных женщин составила $800,2 \pm 22,5$ мл, а у женщин без перевязки сосудов - $200,0 \pm 28,5$ мл.

В послеоперационном периоде доплерометрия сосудов матки позволила оценить кровоток в сосудистом русле матки как на фоне интраоперационной перевязки 3-х пар магистральных сосудов, так и без неё. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в I подгруппе в течение первых 2-х суток не определялся стабильный кровоток. В группе женщин без перевязки сосудов матки определялась положительная диастолическая скорость кро-

вотока, а численное значение индекса резистентности было равно $0,89 \pm 0,06$.

Начиная со вторых суток послеоперационного периода у женщин I подгруппы отмечалось постепенное восстановление кровотока в магистральных сосудах матки, что проявлялось в визуализации кровотока в сосудах.

На 4-е сутки было выявлено отличие в показателях систоло-диастолического соотношения и пульсационного индекса в изучаемых подгруппах, но при этом сохранялась положительная динамика значений диастолической скорости кровотока.

Анализ спектра кровотока по данным доплерометрии на 6-е сутки послеоперационного периода также показал незначительные различия параметров КСК в обследуемых подгруппах у женщин без перевязки маточных сосудов. Восстановление кровотока в артериях матки женщин в I подгруппе достоверно улучшилось к 6 суткам и приближалось к параметрам КСК в группе женщин без интраоперационной перевязки сосудов матки.

Динамический анализ показателей кровотока свидетельствует о незначительных различиях в обследуемых подгруппах. Восстановление кровотока в маточных артериях в группах женщин, которым была произведена перевязка магистральных сосудов, достоверно произошло к 6-м суткам послеоперационного периода и приблизились к показателям индексов КСК в группе женщин без перевязки сосудов. Изменений со стороны гемостаза у данной категории женщин, также как и повышения частоты гнойно-воспалительных заболеваний не наблюдалось.

Таким образом, предварительная перевязка 3-х пар магистральных сосудов матки с использованием кетгута способствует временной остановке кровотока в данном русле кровообращения, уменьшает кровопотерю не только во время операции, но и является профилактикой послеоперационных осложнений. Кровоток в сосудах матки после перевязки магистральных сосудов полностью восстанавливается к 6-м суткам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Юлдашева Д.С., Мирзаева Н.Б., Зуфарова Ш.А.
ТАШКИ*

Распространенность рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ХРВБК) с тенденцией к увеличению его частоты все чаще привлекает внимание врачей акушер-гинекологов. Частота ХРВБК, при котором у пациентки регистрируется 4 и более эпизодов вульвовагинального кандидоза в течение

1 года, по данным различных авторов, [1, 2, 3] составляет 10-20%. Известно, что у 50% женщин с ХРВБК симптомы заболевания появляются в интервале от нескольких дней до 3 мес после успешного излечения эпизода вульвовагинального кандидоза.

Существуют различные схемы лечения

ХРВВК, а также использование системных и местных противогрибковых препаратов или их сочетания. Однако в настоящее время все еще не предложена оптимальная схема применения антимикотических средств с целью лечения и профилактики рецидивов заболевания.

Одним из препаратов имидазолового ряда для локального применения в лечении вульвовагинального кандидоза (ВВК) является ливарол (ОАО «Нижфарм») содержащий в своем составе кетоконазол. Препарат выпускается в виде вагинальных суппозиторий (один суппозиторий содержит в своем составе 0,4 г кетоконазола и вспомогательные вещества). Препарат оказывает фунгицидное и фунгистатическое действия отношении дерматофитов и дрожжевых грибов.

Чувствительность грибов к антимикотическим препаратам оценивали с помощью тест-системы «Fungitest» («BioRacl»), являющейся модификацией стандарта М-27 и воспроизводящей стандарты NCCLS. При этом определяли чувствительность дрожжеподобных грибов к 6 антимикотикам: флуцитозину, амфотерицину-В, препаратам групп триазолов (итраконазолу, флуконазолу) и имидазолов (миконазолу, кетоконазолу).

Всем пациенткам с подтвержденным диагнозом ХРВВК назначали ливарол по 1 суппозиторию ежедневно интравагинально на ночь в течение 10 дней в сочетании с пероральным приемом препарата цискан в дозе 150 мг однократно. В последующем противорецидивная терапия состояла из назначения ливарола по 1 суппозиторию на ночь в течение 5 дней перед менструацией на протяжении 6 мес.

Эффективность терапии оценивали на основании динамики жалоб пациентки и клинических проявления основного заболевания, а также лабораторного подтверждения эрадикации дрожжеподобных грибов через 12-15 дней и 3, 6 и 12 мес от начала терапии.

Результаты исследования и обсуждение

Большинство пациенток (93,3%) предъявляли жалобы на зуд во влагалище и в области наружных половых органов. Выделения, из половых путей отмечали 17 (56,7%) пациенток, жжение в области наружных половых органов - 14 (46,7%); дизурические расстройства - 13 (43,3%) пациенток. При гинекологическом осмотре у всех пациенток отмечали гиперемию и отек слизистой оболочки влагалища, шейки матки и вульвы, которые не носили выраженного характера.

При расширенной кольпоскопии у всех пациенток были выявлены признаки, характерные для эк-зоцервицита.

Микробиологическое исследование показало, что у 23 (76,7%) женщин диагностирован классический вариант ВВК, у 7 (23,3%) - сочетанная форма ВВК и бактериального ва-

гиноза (ВВ). При идентификации дрожжеподобных грибов установлено, что они были представлены 2 родами: *Candida* и *Saccharomyces*. У всех женщин дрожжеподобные грибы выделены в монокульту. Выделено 25 (83,3%) штаммов *Candida albicans*, 3 (10%) штамма *Saccharomyces cerevisiae* и 2 ф, 1%) штамма *Candida glabrata*.

Тестирование грибов, выделенных при первичном исследовании на чувствительность к антимикотикам, показало, что из всех штаммов 26 (86,7%) были чувствительны ко всем 6 изученным препаратам. Из 25 штаммов *Candida albicans* 22 (88%) были чувствительны к амфотерицину, флуцитозину, миконазолу, кетоконазолу, флуконазолу и итраконазолу. 3 (12%) штамма *Candida albicans* были устойчивы или имели промежуточный тип устойчивости к 1-5 антимикотикам: в одном случае отмечен промежуточный тип устойчивости к итраконазолу и миконазолу, в другом отмечена устойчивость к флуцитозину, миконазолу, кетоконазолу, флуконазолу и итраконазолу, третий штамм был резистентен к флуцитозину. Все штаммы *Saccharomyces cerevisiae* были чувствительны ко всем изученным антимикотикам. Из двух штаммов *Candida glabrata* один был чувствителен ко всем антимикотикам, другой был умеренно устойчив к миконазолу и итраконазолу. Таким образом, большинство выделенных грибов - 29 (96,72%) из 30 были чувствительны к кетоконазолу, активной составляющей препарата ливарол, и флуконазолу.

Оценку эффективности комплексной терапии при лечении ХРВВК проводили при контрольном клинико-микробиологическом исследовании через 12-15 дней от начала терапии. При выявлении сочетанной формы ХРВВК и ВВ у 7 пациенток к основному курсу терапии дополнительно был рекомендован орнидазол в дозе 500 мг 2 раза в день - 5 дней.

Через 12-15 дней от начала терапии клинические симптомы, характерные для ХРВВК, и явления экзоцервицита (расширенная кольпоскопия) отсутствовали у 29 (96,7%) пациенток, что по критериям оценки эффективности проведенной терапии было расценено как хороший эффект. При микробиологическом исследовании установлено, что элиминация дрожжеподобных грибов из вагинального отделяемого была достигнута у 29 (96,7%) женщин.

При контрольном клинико-микробиологическом исследовании, проведенном через 3 мес от начала терапии, рецидива заболевания не выявлено ни в одном случае. Через 6 мес от начала терапии рецидив заболевания отмечен у 1 (3,4%) из 29 пациенток.

Идентификация возбудителей рецидива заболевания показала, что все штаммы, как и при первичном исследовании, относились к *Candida albicans* и были чувствительны ко

всем изученным препаратам.

В процессе, изучения терапевтической эффективности оценивались безопасность и переносимость препарата на основе регистрации нежелательных явлений. Побочные реакции в виде тошноты и жжения в области вульвы и влагалища были отмечены у 2 (6,7%) пациенток, что не потребовало отмены препарата или назначения дополнительной терапии.

Таким образом, проведенное клинико-лабораторное исследование показало, что эф-

фективность комбинированной терапии ХРВВК препаратом ливарол в сочетании с цисканом составила 96,7%.

Отдаленные результаты через 6-12 мес от начала терапии также показали достаточно высокую эффективность лечения (86,2%).

Данные исследования позволяют рекомендовать комбинированную терапию препаратом ливарол в сочетании с цисканом при лечении ХРВВК с последующим назначением ливарола с противорецидивной целью в течение 6 мес.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

*Г.К. Якубова
СамМИ*

Проблема Репродуктивного здоровья девочек находится в центре особого внимания и занимает одно из приоритетных направлений на протяжении нескольких десятилетий. (1,4). В настоящее время установлена тесная взаимосвязь между формированием РС девочек и эндокринными заболеваниями, сопровождающими этот возрастной этап жизни. Сахарный диабет (СД) 1 типа, в силу возрастающей распространенности, представляет собой важную медико-социальную проблему и остается одним из распространенных эндокринных заболеваний детей и подростков. (2,6).

Между тем влияние СД на процессы становления менструальной функции, активность гонад и патогенез изменений РС при ИЗСД изучены недостаточно. СД 1 типа развившийся в детском возрасте и имеющий лабильное течение у девочек-подростков, приводит к задержки полового развития, что нередко является первым симптомом заболевания.

Целью настоящего исследования было: изучение становления репродуктивной системы у девочек-подростков, больных СД 1 типа.

Материалы и методы исследования: обследовано 70 девочек препубертатного и пубертатного возраста: 34 девочек, больных ИЗСД и 36 здоровых девочек-подростков. Все девочки, страдающие СД 1 типа, находились на заместительной терапии инсулином короткого и длительного действия. Длительность заболевания колебалась от 2 месяцев до 12-13 лет. Диагностику типа СД и оценку степени тяжести заболевания осуществляли в соответствии с диагностическими критериями ВОЗ. Согласно классификациям в фазе компенсации-10 (29,4%) девочек, и в фазе декомпенсации-24 (70,6%) девочек. У всех пациенток определяли гликемический профиль, вычисляли среднесуточную гликемию (Гс), учитывали суточную глюкозурию. Компенсированным углеводный обмен считали при $G_s < 8,0$ ммоль/л, субкомпенсированным при $G_s > 8,0$ ммоль/л, но $G_s < 13,0$ ммоль/л и декомпенсированным при $G_s > 13,0$ ммоль/л. Состояние репродуктивного здоровья изучено на основании

оценки физического и полового развития, становление менструальной функции.

Исследованы следующие показатели физического развития: рост, окружность грудной клетки, масса тела. Половое развитие исследовано на основании последовательности появления и выраженности вторичных половых признаков. При изучении становления менструальной функции учтены такие ее особенности: возраст менархе, период установления ритма менструаций. Гинекологическое обследование: анализ анамнестических данных, осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза в динамике менструального цикла, измерение базальной температуры. Концентрацию пептидных-ФСГ и ЛГ, и стероидных гормонов –эстрадиол, прогестерон, а также инсулина и С-пептида определяли радиоиммунологическим методом. Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента. Состояние гонад оценивали по степени выраженности вторичных половых признаков, возрасту менархе, уровню ФСГ, эстрадиола и прогестерона в плазме.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных клинической антропометрии показал, что при ИЗСД в стадии декомпенсации с соответствующими осложнениями и началом болезни в раннем детском возрасте и длительностью заболевания более 8 лет (у 54% обследованных) имеется задержка физического развития. У подавляющего большинства обследованных (у 67%) - имеются различные клинические формы патологии становления репродуктивной системы. Вторичные половые признаки в препубертатном и пубертатном возрасте у девочек с СД 1 типа, появились несвоевременно. У 85,7% девочек снижена гонадотропная функция гипофиза. Возраст менархе составлял- 14-14,5 лет. Однако у большинства (у 86%) -15-летних девочек менструальный цикл еще не установился. Наиболее частыми отклонениями менструальной функции были –аменорея и олигоменорея. В группе здоровых девушек уровень ФСГ, прогестерона и эстрадиола был в 2-3 раза выше, чем у девушек с ИЗСД. Это

подтверждает данные, что в патогенезе задержки полового развития (ЗПР) при СД у подростков, существенное значение имеет нарушение центральных механизмов регуляции, т.е. недостаточность гонадотропинов, особенно ФСГ. При исследовании функциональной активности островков поджелудочной железы обнаружено, что уровень инсулина и С-пептида в 2 раза выше в группе здоровых сверстниц. Таким образом, по мере полового развития увеличивалась резистентность к инсулину. При манифестации СД в препубертатном возрасте у подростков имеет место ЗПР, обусловленная нарушениями гипоталамико-гонадных взаимоотношений. Манифестация СД в пубертатном периоде приводит к нарушению последовательности появления и развития вторичных половых признаков и расстройству менструальной функции. Полученные данные свидетельствуют о том, что, девочки препубертатного и пубертатного возраста, страдаю-

щие СД 1 типа, имеют значительные отклонения в состоянии РС.

Выводы:

1. В 67% случаях СД 1 типа приводит к патологическим отклонениям в репродуктивной системе девочек-подростков.

2. Степень нарушения механизмов, регулирующих процессы полового созревания, находятся в прямой связи с тяжестью СД, компенсацией метаболических процессов и длительностью заболевания.

3. У девочек препубертатного и пубертатного возраста, больных ИЗСД, обнаружено снижение гонадотропной функции гипофиза.

4. С целью коррекции и профилактики нарушений репродуктивной системы девочкам с СД 1 типа, необходимо проводить курсы комплексной терапии, направленной как на стимуляцию гонадотропной функции гипофиза, так и на улучшение метаболических процессов.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

*Ариджанова Д.С., Султанов С.Н., Алиева Д.А., Алиева Т.М.
РСНИМЦАиГ*

Рак шейки матки (РШМ) в настоящее время остается одной из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей женских гениталий, занимает второе место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. Частота заболеваемости во всем мире варьирует от 10 до 40 на 100 тыс. женского населения, при этом почти половина больных умирают в течение первого года в связи с поздним диагностированием заболевания (5). В экономически развитых странах отмечается тенденция к омоложению болезни: заболеваемость у женщин репродуктивного возраста за последние 10-15 лет увеличилась в 2 раза. РШМ по частоте возникновения уступает только раку молочной железы (2,3).

Возрастной пик заболеваемости раком шейки матки падает на возраст 45–55 лет, хотя отмечается быстрое нарастание частоты рака шейки матки среди женщин моложе 30 лет (1).

В Узбекистане, как и в других странах СНГ, сохраняется тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы. В 2002 г. в структуре заболеваемости на их долю приходилось 29%, в 2003 г. - уже 29,8%.

Ежегодно в Республике регистрируется 1000 новых случаев рака шейки матки на разных стадиях развития болезни, требующих дифференцированного подхода в ведении и лечении пациенток. Соответственно смертность составляет до 1200 женщин в год (1,5 на 100.000 женского населения). Вышеупомянутые данные касаются в основном случаев, зарегистрированных в рамках

онкологической службы.

На сегодняшний день по данным РОНЦ на учете по поводу рака шейки матки состоят 8000 женщин. В целом, заболевание занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости, так как на 100 000 женского населения приходится 8,4 больных раком шейки матки (2006г.). Статистические данные указывают на то, что выявления в 1-2 стадиях по Узбекистану в 2004 году составило 49,7%. По сводным данным РОНЦ, результаты прицельного исследования групп женщин выявленных на профилактических осмотрах как группа риска показали, что у 44% из них отмечается рак шейки матки. При этом были отмечены низкие показатели выявления болезни на ранней стадии (только у 10% было установлено заболевание на стадии CIS), 83% случаев соответствовали II-III стадии заболевания, с последующим радикальным вмешательством.

В настоящее время известен основной этиологический фактор возникновения РШМ – вирус папилломы человека (ВПЧ). Исследованиями Международной ассоциации биологического изучения рака шейки матки (IBSCC) показано, что ВПЧ, преимущественно 16 и 18 типов, содержится в 99,7% образцов рака шейки матки (4). На сегодняшний день ВПЧ инфекция является одной из наиболее распространенных и важных ИППП, которая обладает высокой контагиозностью. Вирусом папилломы человека инфицирована большая часть сексуально активного населения планеты. Данные зарубежных исследователей свидетельствуют о широком распространении папилломавирусной инфекции (ПВИ). Ее

частота колеблется, по данным различных авторов от 5 до 87,9 %. Во всем мире ежегодно диагностируется до 30 млн. новых случаев генитальных ПВИ, а число инфицированных за последнее десятилетие возросло более чем в 10 раз (2).

Высокая контагиозность ВПЧ, прогрессирующий рост частоты вирусного поражения гениталий и онкогенный потенциал различных серотипов ВПЧ, требует максимально раннего определения присутствия вируса в тканях нижнего отдела гениталий (4). Многообразие и слабая выраженность симптомов ВПЧ исключают возможность постановки диагноза только на основании клинической (кольпоскопической) картины.

В настоящее время профилактика ВПЧ - это единственный путь сохранить жизнь и здоровье тысячам женщинам.

Первичная профилактика данного заболевания включает активное выявление факторов риска развития РШМ и их устранение. Это, прежде всего, пропаганда здорового образа жизни, повышение образовательного уровня населения, борьба с курением, использование барьерных методов контрацепции, профилактика и выявления факторов риска распространения ПВИ инфекции и других инфекций, передающихся половым путем, разработка и внедрение профилактических вакцин. Факторами риска возникновения и развития предрака и РШМ являются раннее начало половой жизни, наличие большого числа половых партнеров, роды и аборт в очень молодом возрасте.

Вторичная профилактика - это цервикальный скрининг с целью выявления и своевременного лечения предраковых изменений шейки матки.

Широкое внедрение скрининговых программ во многих развитых странах позволило значительно снизить заболеваемость и смертность от РШМ за счет своевременного выявления и адекватного лечения предопухолевых состояний шейки матки. Эффективность программ скрининга РШМ подтверждена во многих странах. Открытым остается вопрос о широком внедрении теста, возможностей использования других биомаркеров, эффективности визуального метода, путей повышения чувствительности и специфичности цитологического исследования, максимальной тактики врача при ведении пациенток с неясными результатами цитологического исследования и т.д. Выбор скрининга зависит от организации системы здравоохранения и ее финансовых возможностей, подготовки медработников, наличия лаборатории, стоимости метода и других приоритетных нужд здравоохранения. Повышение эффективности профилактики связывают с возможным привлечением к обследованию большого числа женщин, а также с внедрением новых технологий, таких как:

- 1.клинико-визуальный метод
- 2.кольпоскопия
- 3.молекулярно-биологические методы исследования (ПЦР или Тест- DIGENE)
- 4.цитологическое исследование мазков и /или

гистологическое исследование прицельно взятого биоптата шейки матки.

В настоящее время в Республике ранняя диагностика и массовая профилактика рака шейки матки остается важным разделом государственной проблемы со злокачественными опухолями в целом.

На сегодняшний день наилучшей защитой от рака шейки матки является ВПЧ-DIGENE-ТЕСТ в комбинации с ПАП - тестом, который включен в скрининговые программы многих стран мира, включая и Узбекистан. С помощью ВПЧ-DIGENE-теста можно определить наличие более 18 типов вируса высокого риска еще до того, как станут заметными клеточные изменения шейки матки. Тем самым можно намного раньше выявить женщин с повышенным риском заболевания на РШМ (6).

Технология ВПЧ-DIGENE-теста заключается в уникальном способе связывания вирусной ДНК с РНК-зондом (гибридизация), захвате полученного гибрида моноклональными антителами и хемилюминесцентной детекции образуемых комплексов. Именно поэтому ВПЧ-DIGENE-ТЕСТ носит название метода гибридного захвата. Процедура осуществляется в 5 этапах:

- лизис клеток и денатурация ДНК непосредственно в пробирке для забора из цервикального канала;

- гибридизация между вирусной ДНК и РНК-зондом;

- захват полученного гибрида моноклональными антителами на твердой фазе;

- связывание захваченного гибрида антителами, мечеными ферментом;

- измерение хемилюминесценции;

Нам представилась возможность протестировать 2000 жительниц Алмалыка, 15% которых составили группу высокого риска по развитию рака шейки матки. Высокая вирусная нагрузка, определяемая в настоящее время DIGENE-тестом, рассматривается сейчас как один из критериев клинически значимой инфекции, способной развиться в заболевание.

- Вирусная нагрузка менее 3 Ig на 10⁵ клеток является малозначимым количеством вируса и характеризуется минимальным риском развития дисплазии и почти 100% регрессом.

- Вирусная нагрузка более 5 обозначается как повышенное количество вируса и отражает наличие дисплазии или высокий риск ее развития.

- Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 ед за 6 месяцев является маркером транзитной инфекции

Таким образом, глобальные усилия для своевременного выявления и предотвращения ВПЧ заключаются в проведении исследований женщин по выявлению предраковых состояний цервикальной ткани, что дает возможность выявить группу риска развития РШМ с последующим лечением до того, как болезнь манифестируется и обеспечения соответствующего наблюдения за пациентками с вирусом папилломы человека, что позволит снизить частоту возникновения РШМ.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ МАТКИ

*Рафикова Х.А., Исамова У.Ш., Абдурахманов А.Д., Мурдахеев С.Л. Юлдошев С.К.
РСНПМЦАиГ*

В последние годы в гинекологической практике гистероскопия стала одним из ведущих методов диагностики внутриматочной патологии. Гистероскопия является единственным методом, позволяющим осмотреть полость матки, установить характер внутриматочной патологии, позволяет контролировать тщательность удаления патологического очага. Раздельные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки без визуального контроля в 30-90% наблюдений не эффективны и малоинформативны. (Г.М.Савельева и соавторы 1999г.)

Нами было проведено 51 гистероскопия. Перед гистероскопией выполнялись анамнестические, общеклинические исследования, УЗИ органов малого таза. Использовали жесткий диагностический гистероскоп диаметром 6 мм, с углом зрения 12 градусов (Карл Шторц, Германия). Расширение цервикального канала проводилось расширителями Гегара до № 7,5 под внутривенным обезболиванием. Исследование полости матки проводилось в жидкой среде. На одну процедуру расходовалось от 500 до 1500 мл физиологического раствора. Во время осмотра обращали внимание на величину, форму полости матки, рельеф ее стенок, состояние эндометрия (окраска, толщина, складчатость, сосудистый рисунок). Осматривали область дна, трубные углы, боковые стенки, область внутреннего зева и цервикальный канал.

Гиперпластический процесс эндометрия выявлен у 52,9% (27) больных. При гиперплазии эндометрий был утолщен, в виде складок различной высоты бледно-розового цвета. Фиброзные полипы выявлены у 3х женщин, бледно-розового цвета округлой или овальной формы небольших размеров (от 0,5 до 1,0см), располагались чаще в области устья маточных труб. Железисто-кистозные полипы выявлены у 4х пациенток. Полипы имели большие размеры, продолговатой формы с сосудистым рисунком на поверхности, верхушка темно-багрового цвета.

Всем больным после раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала производился контрольный осмотр для выявления остатков патологического очага и его при необходимости удаления.

Гистологический диагноз при исследовании соскобов совпал с гистероскопическим в 94,6 % случаев, в 5,4 % случаев слизистая оболочка соответствовала фазе менструального цикла.

Внутриматочные синехии выявлены у 5 женщин с бесплодием. Синехии определялись в

виде бесосудистых тяжей различной плотности, протяженность между стенками матки так же была неодинаковой!

У 4х пациенток обнаружены субмукозные миоматозные узлы I и II типов, размерами от 15 до 40мм. Этим пациенткам с целью профилактики гормональной супрессии эндометрия был назначен норколут с 5 по 25 день цикла по одной таблетке 1 раз в день на протяжении 3 циклов. Результаты гистологического исследования биопсии эндометрия, у женщин с субмукозным вариантом узлов полученные во время диагностической гистероскопии показали, что в 3х случаях эндометрий был в стадии пролиферации, в одном случае эндометрий был в стадии секреторной трансформации.

Аномалия развития матки были обнаружена у 5 женщин. Из них внутриматочная перегородка была выявлена у 3 пациенток. В 2 случаях с бесплодием, на УЗИ было диагностировано удвоенное матки. При гистероскопии у одной из них была диагностировано, что правая матка имеет достаточно полноценную полость и маточную трубу с полноценным устьем, а полость левой матки в сравнении намного короче, причем устье маточной трубы была непроходимо. В другом случае обе полости матки были одинаковы, устья маточных труб были проходимы.

В 10 случаях гистероскопия проводилось по поводу инородного тела в полости матки. Обильные выделения и боли внизу живота беспокоили этих пациенток постоянно, и усиливались в дни менструаций. Период наблюдения и лечения вышеуказанных клинических симптомов составляла от 6 месяцев до 5 лет. Предварительный диагноз выставлен при ультразвуковом исследовании. У 7 пациенток во время гистероскопии проведено удаление множественных шелковых лигатур после ранее перенесенных операций кесарево сечение. В 3х случаях удалены костные остатки плодного яйца. Все они ранее неоднократно получали курсы противовоспалительной терапии без эффекта. Осложнений в процессе диагностической гистероскопии не было.

Таким образом, диагностическая гистероскопия на сегодняшний день – единственный высокоинформативный метод выявления внутриматочной патологии, позволяющий не только определить характер патологии, локализацию патологического очага но и его распространенность, а также позволяет наметить тактику ведения.

РОЛЬ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН, РОДОРАЗРЕШЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ПУТЕМ

Кузнецова М.Т., Султанов С.Н.
РСНИИЦАиГ

Частота тромбозов глубоких вен во время беременности, по данным литературы, колеблется от 0,018 до 0,8%, составляя в среднем 0,42%, в послеродовом периоде - 3,5-5,0% [3]. Актуальность проблемы тромбозов в практическом здравоохранении обусловлена распространенностью тромботических поражений, их значимостью как осложнения, которое может стать непосредственной причиной смерти [2,3]. При присоединении экстрагенитальной патологии риск венозных тромбозов ещё более возрастает [1,4,5].

Целью нашего исследования явилось изучение роли экстрагенитальной патологии в развитии тромботических осложнений у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем.

Материал и методы исследования: Нами проведен анализ архивных данных 2508 историй родов женщин за 2006-2008 гг., которые были родоразрешены операцией кесарева сечения.

Результаты исследования и их обсуждение: Анализ архивных данных 9048 историй родов по клинике РСНПМЦ акушерства и гинекологии за 2006-2008 г.г. показал, что 2508 женщин были родоразрешены абдоминальным путем. Обращает на себя внимание динамическое увеличение частоты кесарева сечения - с 26,6% в 2006 году до 32,1% в 2008 году. Средняя частота операции кесарева сечения составила 27,7%.

Показаниями для проведения операции кесарева сечения явились: рубец на матке, преэклампсия тяжелой степени, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, анатомически узкий таз II степени, миома матки, тазовое предлежание в сочетании с крупным плодом.

Анализ показал, что у 30 родильниц течение послеоперационного периода осложнилось развитием тромбоза поверхностных вен нижних конечностей, которые составили основную группу исследования. Сравнение проведено с 52 родильницами (контрольная группа), у которых послеоперационный период протекал без осложнений. Возраст женщин варьировал от 17 до 43 лет. Средний возраст не имел статистически достоверной разницы и составил 28,4±0,5 лет в основной группе, а в контрольной - 27,3±0,3 года.

С целью изучения роли экстрагенитальной патологии в развитии тромботических осложнений в послеоперационном периоде нами проведен тщательный анализ соматического здоровья женщин, подвергшихся абдоминальному родоразрешению. При изучении анамнеза сопутствующие экстрагенитальные заболевания (табл. 1) отмечены у 100% женщин основной группы и у 43,0% женщин в кон-

трольной группе. Обращает на себя внимание наличие сочетания от 2 до 5 экстрагенитальных заболеваний у одной женщины основной группы в 76,6% случаях, в то время как в контрольной группе - в 17,3%.

Анализ структуры и форм варикозной болезни у родильниц основной группы показал, что варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей встречается в 60,0% случаях, наличие ретикулярных вен и телеангиоэктазий - в 33,4%, вульварный варикоз - в 6,6%, смешанная форма - в 63,3%. В контрольной группе варикозная болезнь отмечалась только у 28,8% женщин и в основном в виде телеангиоэктазий ($P < 0.05$).

Нами установлен у каждой третьей родильницы основной группы достоверно высокий инфекционный индекс (33,3%), в то время как в контрольной группе - у каждой пятой (17,3%).

При изучении инфекционного анамнеза было установлено в 46,6% случаях наличие бактериальной и грибковой инфекции (хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, моче- и желчекаменная болезнь, бактериальный вагиноз, кандидозный кольпит) и у 53,4% - смешанная (в том числе генитальный герпес и цитомегаловирусная инфекция).

Заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как пороки сердца (недостаточность и стеноз митрального клапана, комбинированные пороки), гипертоническая болезнь, ревматизм были выявлены в 33,3% случаях в основной группе, в то время как в контрольной - лишь в 17,3%.

Более того, анемия различной степени тяжести выявлена в 46,6% случаях в основной и в 28,8% - в контрольной группе.

Особое внимание заслуживает сопутствующая эндокринная патология в виде диффузного зоба, ожирения и сахарного диабета (I тип) в 56,6%, 33,3% и 6,6% соответственно, а в контрольной группе - в 43,0%, 11,5 и 1,9% соответственно ($P < 0.02$).

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что тромботические осложнения развиваются на неблагоприятном инфекционном фоне с преобладанием сердечно-сосудистой (недостаточность и стеноз митрального клапана, комбинированные пороки и варикозная болезнь) и эндокринной патологии (диффузный зоб, сахарный диабет), которые в свою очередь способствуют повреждению эндотелия сосудов и снижению его антитромбогенных свойств. При наличии сочетания нескольких экстрагенитальных заболеваний вероятность тромботических осложнений существенно возрастает.

Памяти Е.Н. Осиповой

На протяжении 34 лет Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента (бывший родильный дом № 6) возглавляла Осипова Евгения Николаевна.

Она родилась 1 апреля 1915г. в Бузулукском районе Оренбургской области РСФСР, в семье рабочих. Закончив среднюю школу, поступила в медицинский институт на лечебный факультет в г. Фрунзе Киргизской ССР, где проучилась с 1941 по 1945 гг. После окончания института работала в сельской участковой больнице акушером-гинекологом. В этот период вышла замуж и родила двух дочерей.

В 1958 г. переехала в Узбекскую ССР г. Ташкент, где в течение года работала главным акушером-гинекологом Городского управления здравоохранения. С 1 мая 1959г. приступила к обязанностям главного врача и проработала на этой должности до 1993 г. За этот период времени (1960-1962 гг.) была направлена на работу в Йемен для оказания медицинской помощи населению.

За период всей своей трудовой деятельности она показала себя высококвалифицированным акушером-гинекологом, владела всеми диагностическими и лечебными манипуляциями, выполняла все виды хирургических операций.

За свои незаурядные организаторские способности и человеческие качества была отмечена правительством страны присвоением звания «Заслуженный врач Узбекской ССР» и орденом «Октябрьской революции». Неоднократно избиралась депутатом городского Совета народных депутатов.

Работая в лечебном учреждении, Евгения Николаевна воспитала прекрасную плеяду высококвалифицированных врачей, медсестер, которые продолжают дело своего учителя и поддерживают авторитет лечебного учреждения. По ее инициативе и непосредственно под ее руководством был построен современный



акушерский корпус родильного дома, открытие которого состоялось в 1987 г.

В 1993г. перешла на должность врача-консультанта родильного дома и продолжала активно свою профессиональную и педагогическую деятельность. Правительство Республики Узбекистан в 2002 г. наградило Осипову Е.Н. орденом «Жасорат» - за заслуги перед Отечеством.

Осипову Е.Н. не стало 8 мая 2005 г.

Память об это светлом и добром человеке живет в сердцах сотрудников и коллег.

ОРГКОМИТЕТ