

УДК 618 (082)  
ББК 57.1я43  
З-41

**Редакційна колегія:**

*Венцківський Б. М.* – головний редактор,  
*Сенчук А. Я.* – відповідальний редактор,  
*Абабкова Г. М.* – відповідальний секретар,  
*Голота В. Я., Гриценко В. І., Запорожан В. М.,*  
*Зелінський О. О., Маркін Л. Б., Чайка В. К.*

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

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

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

З-41 Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України  
К.: Інтермед, 2011. – 1024 с.  
ISBN 978-966-8905-10-0

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

УДК 618  
ББК 57.1я43

ISBN 978-966-8905-10-0

© Асоціація акушерів-гінекологів України

<i>Дорогая Е. П., Кузьмук Л. П.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛЯЦИИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.....	275
<i>Доскоц І. О.</i> ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ КОНТРАЦЕПТИВУ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	277
<i>Дронова В. Л., Подольський В. В., Луценко О. В., Тетерин В. В., Теслюк Р. С.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК.....	285
<i>Друнт Ю. Г., Подоляка В. Л., Подоляка Д. В., Тутов С. Н., Ольшевская Е. В.</i> ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	289
<i>Дубоссарская З. М., Грек Л. П.</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С «ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ» ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	294
<i>Дубоссарская З. М., Дука Ю. М., Щепанкова Н. Ф., Ширинкина Н. К.</i> ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ТРОМБОФИЛИЕЙ.....	298
<i>Дубоссарская Ю. А., Падалко Л. И., Захарченко Л. Г., Савельева Е. А., Самарец С. А.</i> ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	302
<i>Дубчак А. Е., Довгань Е. И., Мандзий И. Н., Дубчак В. Е.</i> ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ КОК ЖЕНЩИНАМ С БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	307

<i>Дудченко А. А., Ліхачов В. К., Мітюніна Н. І., Добровольська Л. М., Кушнір Л. М.</i>	
ЗМІНИ СТРУКТУРИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕТИЧНОГО ВАНТАЖУ ЗА ПЕРІОД 2003–2010 РОКИ.....	311
<i>Дука Ю. М.</i>	
РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	314
<i>Егорова Я. А., Хомуленко И. А., Рыбалка А. Н., Заболотнов В. А.</i>	
ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ПРОЦЕССОВ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	318
<i>Ермоленко Т. А., Надворная О. Н.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ДЕВОЧЕК–ПОДРОСТКОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ.....	325
<i>Жабченко І. А., Хомінська З. Б., Коваленко Т. М., Черненко Т. С., Похитун М. В.</i>	
ДИНАМІКА ЗМІН РІВНЮ ПРОЛАКТИНУ В КРОВІ ТА ГРУДНОМУ МОЛОЦІ ЖІНОК З КІСТОЗНО-ФІБРОЗНОЮ ХВОРОБОЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ЛАКТАЦІЇ.....	328
<i>Жаркіх А. В., Сюсюка В. Г., Плотник В. О.</i>	
СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ ЗА ДАНИМИ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІІ.....	333
<i>Железная А. А.</i>	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ.....	337
<i>Железная А. А.</i>	
«ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ» У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ.....	341

<i>Скрипник І. М., Добровольська Л. М., Ліхачов В. К., Маслова Г. С., Макаров О. Г.</i>	
ПРОФІЛАКТИКА МЕНОМЕТРОРАГІЇ У ФЕРТИЛЬНИХ ЖІНОК ІЗ АУТОІМУННОЮ ТРОМБОЦИТОПЕНІЄЮ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОК У ПРОЛОНГОВАНОМУ РЕЖИМІ.....	784
<i>Скрипченко Н. Я., Коломійцева А. Г., Діденко Л. В., Жабченко І. А., Буткова О. І.</i>	
ЗНИЖЕННЯ МАТЕРИНСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ.....	787
<i>Скuryatina Н. Г., Гнатко О. П.</i>	
ПЕРСИСТУЮЧІ УРОГЕНІТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	792
<i>Слепичко Ю. Н., Олешко В. Ф.</i>	
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.....	797
<i>Слюсарь Т. И., Джеломанова О. А., Пилипенко О. Н., Левченко И. И., Гетьман И. А.</i>	
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ ЭКО.....	802
<i>Соловьева Е. А., Чурилов А. В.</i>	
ОКСИД АЗОТА В БИОСРЕДАХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	806
<i>Степанківська Г. К.</i>	
СТОРИНКИ З ІСТОРІЇ КАФЕДРИ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №1 НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ.....	811
<i>Сторчило О. В., Мещерякова Н. В., Маричереда В. Г.</i>	
ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПРОДУКЦИЮ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У САМОК КРЫС.....	814
<i>Струк В. Ф.</i>	
ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПАРЕНТ-ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ.....	817

<i>Струк В. Ф., Попович П. І., Гудивок І. І., Нижник В. І.</i> РЕЗУЛЬТАТИ МОНИТОРИНГУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ЗБУДНИКІВ ДО ГЕМІФЛОКСАЦИНУ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	823
<i>Стрюков Д. В., Паращук Ю. С., Овчаренко О. Б., Ляценко О. А., Афанасьєв І. В.</i> СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	827
<i>Сумцов Г. О., Маренцева Л. В., Бардакова И. В., Витковская Т. Д., Сумцов Д. Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА А(Н1N1) У БЕРЕМЕННЫХ.....	830
<i>Сюсюка В. Г., Жарких А. В., Шапран Н. Ф., Сытникова М. Н., Нечухаева И. А.</i> КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ. САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	835
<i>Талалаєнко Ю. А., Данилова Ю. Н.</i> ВЛИЯНИЕ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ НА РАЗВИТИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ВОЗНИКШИМИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	838
<i>Талалаєнко Ю. О., Князева Н. В., Гребельна Н. В.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ПІЄЛОНЕФРИТОМ ПРИ ВАГІТНОСТІ.....	841
<i>Тарасенко К. В.</i> МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З УСКЛАДНЕННЯМИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ.....	845
<i>Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Тутченко Т. М., Васильченко Л. А., Джупін В. О.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ МІОМЕКТОМІЇ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ СУБМУКОЗНИХ ЛЕЙОМІОМ.....	851
<i>Ткаченко В. Б., Воробйова І. І., Рудакова Н. В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФОРІЧНИХ РОЗЛАДІВ ЯК ФАКТОРА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.....	853

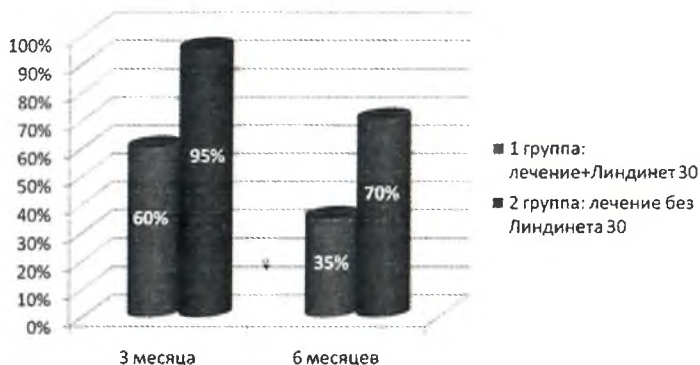


Рис. 1. Частота эндокринных расстройств в системе гипофиз – кора надпочечников в зависимости от продолжительности приема Линдинет 30

Через 6 месяцев после лечения гиперпластические процессы эндометрия и лейкоцитарная деструкция выявлены у 1 (5%) женщин.

#### Выводы.

Таким образом, женщинам, перенесшим воспалительные заболевания органов малого таза рекомендовано назначение Линдинет-30:

Гестоден обладает высоким сродством к рецепторам прогестерона, поэтому он уменьшает секреторную трансформацию эндометрия

Гестоден не метаболизируется в печени и обладает 100%-ной биодоступностью 30 мкг ЭЭ обеспечивает хороший контроль цикла (Медицинские критерии приемлемости использования низкодозированных оральных контрацептивов ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола (ВОЗ, 2009).

Применение ОК (Линдинет–30) патогенетически обосновано, т.к. способствует снижению частоты нейроэндокринных расстройств и восстановлению репродуктивной функции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Урогенитальные инфекции у женщин: клиника, диагностика, лечение / Под ред. В. И. Кисиной, К. И. Забирова. – М.:000 «Медицинское информационное агенство, 2005. – 280 с.
2. Пестрикова Т. Ю., Юрасов И. В., Юрасова Е. А. Воспалительные заболевания в гинекологии: практическое руководство. – М.: Литература, 2009. – 256 с.
3. Неоперативная Руководство для врачей. 3-е изд. // Под ред. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. – М.: ООО Медицинское информационное агенство, 2003. – 560 с.

4. Pavletic A. J., Wolner-Hanssen P. < Paavonen J. et al. Fertility Following Pelvic Inflammatory Disease // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 7. – № 3. – P. 143–152.

5. Клиническое руководство по контрацепции / Под ред. В. Н. Приленской. М.: Бином, 2009. – 456 с.

## ЗМІНИ СТРУКТУРИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕТИЧНОГО ВАНТАЖУ ЗА ПЕРІОД 2003–2010 РОКИ

*Дудченко А. А., Ліхачов В. К., Мітюніна Н. І.,  
Добровольська Л. М., Кушнір Л. М.*

м. Полтава

Оскільки 90% вроджених вад розвитку (ВВР) виникають під впливом негативних факторів зовнішнього середовища [1], то кількість ВВР може бути показником екологічного здоров'я населення. Тому вивчення ВВР – необхідний ланцюг у системі контролю за мутаційним процесом та генетичним вантажем людської популяції в умовах наслідків техногенних катастроф, хронічних стресів, зростання агресії внутрішньоутробних інфекцій на фоні пригнічення імунітету матері, збільшення вимушеного контакту населення із хімічними та фізичними мутагенами.

За останні роки, незважаючи на певні досягнення пренатальної діагностики, ВВР не мають тенденції до зниження і займають 2–3 місце у перинатальних втратах та смерті дітей до 1 року [2]. ВВР також стабільно знаходиться у першій трійці причин неонатальної захворюваності [3]. Тому вивчення особливостей структури та динаміки ВВР у популяції новонароджених представляє значну наукову та практичну значущість.

**Метою** нашого дослідження було вивчення динаміки перинатального генетичного вантажу за Ю. Е. Вельтишевим [4] та аналіз особливостей структури і динаміки ВВР серед дітей, що народились у 2003–2006 рр. у порівнянні із 2007–2010 рр. у міському клінічному пологовому будинку м. Полтави.

**Матеріали і методи дослідження:** проведений аналіз перинатального генетичного вантажу, який за Ю. Е. Вельтишевим складається із внутрішньо-маткової втрати плода до 22 тижнів (самовільні аборти, завмерла вагітність), мертвороджень, народження незрілої дитини, гемолітичної хвороби новонародженого, вроджених вад розвитку. Розрахунки проводились на 1000

новонароджених. Також проаналізована зміна структури і особливості динаміки ВВР у 330 дітей, що народились у 2007–2010 рр. у порівнянні із 309 випадками ВВР у 2003–2006 рр.

**Результати дослідження та їх обговорювання.** З 2007 по 2010 рр. народилось 11991 дитина, що на 2233 дитини більше ніж у 2003–2006 рр., (9758 дітей). Перинатальний генетичний вантаж (ПГВ) за цей період зріс із 120,5% до 129,1% на 1000 новонароджених. Динаміка складових ПГВ відображена у таблиці 1.

Таблиця 1

**Перинатальний генетичний вантаж**

<b>ПОКАЗНИКИ</b>	<b>2003-2006 рр.</b>	<b>2007-2010 рр.</b>
Внутрішньоматкові втрати до 22 тижнів (самовільні аборти, замерла вагітність)	292 (29,9% )	393 (32,8% )
Мертвонародження	39 (4,0 % <sub>о</sub> )	105 (8,8% <sub>о</sub> )
Народження незрілої дитини	443 (45,4% <sub>о</sub> )	590 (49,2% <sub>о</sub> )
Гемолітична хвороба новонародженого	93 (9,5% <sub>о</sub> )	134 (11,2% <sub>о</sub> )
<b>ВВР</b>	<b>309 (31,7%<sub>о</sub>)</b>	<b>330 (27,2%<sub>о</sub>)</b>

Звертає на себе увагу, що у 2007–2010 роках значно зросла кількість (у 2,2 рази) внутрішньоматкової загибелі плода після 22 тижнів ( $p < 0,01$ ). Також має місце деяке збільшення усіх показників за виключенням ВВР. Зменшення питомої ваги вроджених вад розвитку можна пояснити як покращенням пренатальної діагностики і елімінацією плодів з летальними ВВР, так і внутрішньоутробним лікуванням вторинних вад розвитку, викликаних внутрішньоутробною інфекцією.

Незважаючи на те, що питома вага ВВР серед новонароджених у 2007–2010 роках зменшилась, їх роль у неонатальній захворюваності значно зросла (із 12,1% до 17,2%) і перемістилась із третього на перше місце у структурі захворюваності новонароджених ( $p > 0,05$ ).

У структурі ВВР за 8 років теж спостерігаються певні зміни (таблиця 2). Відмічається статистично значуще зростання ВВР статевих органів за останні 4 роки – на 9,4 % ( $p < 0,02$ ). В 1,7 рази зріс відсоток ВВР нервової системи. Вади розвитку серцево-судинної системи теж мають тенденцію до зростання. Тоді як відсоток ВВР сечовивідної системи зменшився у 2,4 рази ( $p > 0,05$ ).

Численні вади розвитку, до яких можна віднести також діагностовані хромосомні синдроми, теж зменшились на 2,2 %. Те саме можна сказати і про ВВР кістково-м'язової системи.



## Структура ВВР у новонароджених

Вроджені вади розвитку	2003-2006 рр.	2007-2010 рр.
ВВР серцево-судинної системи	120 (38,8%)	131 (39,7%)
ВВР нервової системи	11 (3,6%)	20 (6,1%)
ВВР сечовивідної системи	32 (10,4%)	14 (4,2%)
ВВР статевих органів	33 (10,7%)	63 (19,1%)
ВВР кістково-м'язової системи	38 (12,3%)	35 (10,6%)
ВВР органів травлення	16 (5,2%)	16 (4,9%)
ВВР верхньої губи і піднебення	16 (5,2%)	15 (4,5%)
ВВР ока, вуха, обличчя	8 (2,6%)	5 (1,5%)
ВВР органів дихання	-	1 (0,3%)
Численні вади розвитку	10 (3,2%)	9 (2,7%)
Хромосомні синдроми	25 (8,1%)	21 (6,4%)
Усього	309 (100%)	330 (100%)

**Висновки.**

- перинатальний генетичний вантаж за останні 4 роки зріс на 8,6 %;
- мертвороджуваність збільшилась у 2,2 рази ( $p < 0,01$ );
- вроджені вади розвитку зайняли перше місце у структурі неонатальної захворюваності;
- найбільше зростання у структурі ВВР відмічається з боку вад статевих органів (1,8 рази).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Богатирьова Р. В. Роль вродженої патології в репродуктивних втратах / Ультразвукова перинатальна діагностика. – 1999. – № 12 – С. 58–63.
2. Грузинцева Н. А. Аналіз перинатальних факторів ризику та репродуктивного анамнезу жінок, що народили новонароджених з «моделними природженими вадами розвитку» / Збірник наукових праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2008. – С. 328–331.
3. Дудченко А. А., Мітюніна Н. І., Талаш В. В. Про деякі аспекти взаємозв'язку ВВР плода та інфікування матері / Збірник наукових праць Асоц. акушерів – гінекологів України. – К.: Інтермед, 2010. – С. 101–104.
4. Медицинская генетика. / Под. ред. Е. Я. Гречаниной, Р. В. Богатыревой, А. П. Воловцова. – Киев: Медицина, – 2010. – С. 415–425.