

режимі (етінієстрадіол 0,03мг + дієногест 2,0мг) протягом 6 місяців. Жінкам перименопаузального віку була запропонована підтримуюча терапія із застосуванням агоністів ГнРГ. Об'єктивна оцінка ефективності лікування визначалася за допомогою УЗД через 1, 3, 6, та 12 місяців лікування, відсутності гіперплазії ендометрія в біоптаті слизової оболонки матки через 3 місяці, гістологічному підтвердженні атрофічних змін ендометрія через 6 та 12 місяців.

Ефективність призначеної гормональної терапії склала 83,4%. Рецидив захворювання протягом перших трьох місяців мав місце у (3,3%), з 4 по 6 місяць лікування (10,0%), та за період з 7 по 12 місяці рецидив гіперпластичних процесів ендометрія діагностовано у 3,3%. Тобто, лікування виявилось не ефективним у 16,6% хворих.

#### Висновок

Таким чином, комбінована резекція ендометрія має дещо більшу ефективність – 88,0% порівняно з гормональною терапією, де цей показник склав 63,4%. Важливим моментом є те, що гормональна терапія супроводжується великою кількістю негативних побічних ефектів та вимагає безперервного прийому препаратів протягом тривалого періоду. Не слід забувати про економічний бік питання. Тобто, пацієнти вимушені більше ніж пів року бути залежними від свого фізичного стану, що є досить негативним психоемоційним моментом і часто стає причиною відмови жінок від даного виду лікування. Методика комбінованої резекції ендометрія дозволяє весь терапевтичний діапазон обмежити двома – чотирма днями госпіталізації з мінімальною кількістю негативних побічних ефектів, та паралельно дає можливість позбавити жінок від супутньої внутрішньоматкової патології (поліпів ендометрія, підслизових міоматозних вузлів, внутрішньоматкових сінехій), що безумовно, робить цей метод лікування оптимальним для багатьох пацієнтів з гіперпластичними процесами ендометрія.

#### Література

1. Адамьян Л.В. Лапароскопический и гистероскопический доступы при органосохраняющих операциях у больных миомой матки / Л.В. Адамьян, С.И. Киселев, З.Р. Зурабиани // - М., 1997. – Ч.1. - С. 200 – 205.
2. Адамьян Л.В. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки: практическая гинекология (клинические лекции) / Л.В. Адамьян, Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселев [и др.] // - М.: МЕД – прессинформ, 2001. – С. 893 – 1115.
3. Голиков Г.Я. Диагностическая и хирургическая эндоскопия в лечении гинекологических заболеваний / Г.Я. Голиков, Т. Н. Демьянова, Н.Л. Богданова [и др.] // - М., 2005. – С. 360 – 361.
4. Казаков Б.И. Гистерорезектоскопический метод лечения субмукозной миомы матки / Б.И. Казаков, Т. А. Казакова, Е.А. Кузьменко [и др.] // - Москва, 1997. – С. 215 – 216.
5. Кулаков В.И. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : руководство для врачей / В.И. Кулаков, Л.В. Адамьян // - М. : Медицина, 1998. – 536 с.
6. Казарян Л.С. Ближайшие и отдаленные результаты гистерорезектоскопии с оценкой качества жизни у больных подслизистой миомой матки и гиперпластическими процессами в эндометрии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Л.С. Казарян // - М., 2002. – 30 с.
7. Фролова Н.Б. Совершенствование лечебной тактики ведения пациенток с гиперплазией эндометрия в репродуктивном возрасте и пременопаузе: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Н.Б. Фролова // - Омск, 2010. – 139 с.
8. Marjoribanks J. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding / J. Marjoribanks, A. Lethaby, C. Farquhar // Cochrane Database Syst Rev. – 2006. – Vol. 19, N 2. – P. 3855 – 3856.
9. Ravi B. Safety and efficacy of hysteroscopic endomyometrial resection – ablation for menorrhagia / B. Ravi, H. Schiavello, P. Chandra [et al.] // J Reprod Med. – 2001. – Vol. 46, N 8. – P. 717 – 723.
10. Scrimin F. Is resectoscopic treatment of atypical endometrial polyps a safe option? / F. Scrimin, F. P. Mangino, U. Wiesenfeld [et al.] // Am J Obstet Gynec. – 2006. – Vol. 195, N 5. – P. 1328 – 30.
11. Trope C.G. Endometrial hyperplasia – diagnosis and treatment / C.G. Trope, C. Marth, M. Scheistroen [et al.] // Tidsskr Nor Laegeforen. – 1999. – Vol. 119, № 14. – P. 934 – 38.
12. Uno L.H. Morphologic hysteroscopic criteria suggestive of endometrial hyperplasia / L.H. Uno, O. Sugimoto, F.M. Carvalho [et al.] // Int J Gynaecol Obstet. – 1995. – Vol. 49, N 1. – P. 35 – 40.
13. Valle R.F. Rollerball endometrial ablation / R.F. Valle // Baillieres Clin Obstet Gynaecol. – 1995. – Vol. 9, N 2. – P. 299 – 316.

#### Реферати

##### МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Громова А.М., Афанасьева О.Е., Мартыненко В.Б., Громова О.Л.

Целью работы было, оценка эффективности комбинированной резекции эндометрия, как метода лечения гиперплазии слизистой оболочки матки. Таким образом, комбинированная резекция эндометрия имеет несколько большую эффективность – 88,0% в сравнении с гормональной терапией - 63,4%. Важным моментом является то, что гормональная терапия сопровождается большим количеством негативных побочных эффектов и требует непрерывного приема препаратов в течение длительного времени. Методика комбинированной резекции эндометрия позволяет весь терапевтический диапазон ограничить двумя – четырьмя днями госпитализации с минимальным количеством негативных побочных эффектов.

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия, гиперпластические процессы эндометрия, гистероскопия, комбинированная резекция эндометрия.

Статья надійшла 18.02.2013 р.

##### MINIMAL INVASIVE SURGERY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL PATHOLOGY

Gromova A.M., Afanaseva O.E., Martynenko V.B., Gromova O.L.

Goal of work was assessment of efficiency of the combined resection of the endometrium, as a treatment for endometrium hyperplasia. Thus, the combined resection of the endometrium has a few more efficiency - 88,0% compared to hormone therapy - 63,4%. The important point is that hormone therapy accompanied by a number of negative side effects and requires continuous use of the drugs for a long time. allows the entire therapeutic range limited to two - four days of hospitalization with a minimum of negative side effects

**Key words:** endometrial hyperplasia, endometrial hyperplastic processes, hysteroscopy, endometrial resection combined.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 618.39-071

А.М. Громова, О.Е. Афанасьева, В.Б. Мартыненко, О.Л. Громова  
ВНЦЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

## КЛІНІКО-МІКРОБІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Метою роботи є виявлення факторів ризику передчасних пологів. Особливості перебігу вагітності, пологів та періоду новонародженості. Результати мікробіологічного обстеження плодових оболонок та плаценти свідчать про бактеріологічну забрудненість їх при передчасних пологах в залежності від тривалості безводному проміжку. Одним з етапів резерва зниження передчасних пологів та захворюваності новонароджених є прегравідарна підготовка та санація джерел інфекції, в тому числі і умовно-патогенної бактеріальної флори.

**Ключові слова:** передчасні пологи, внутрішньоутробне інфікування, передчасне вилиття навколоплідних вод, бактеріологічне та мікробіологічне обстеження.

Передчасні пологи є однією з основних причин пренатальної захворюваності та смертності. Частота передчасних пологів в Україні складає від 12 до 46% [2]. Згідно міжнародних даних витрати на виходжування дітей, що народились недоношеними можуть скласти до третини витрат на медицину в цілому і до десятої частини загальних витрат на медичну допомогу дітям [1,4]. В настанні передчасних пологів приймають участь такі механізми, як інфекція, зниження матково - плацентарного кровотока, переростяжіння матки, стрес та процеси які опосередковані імунною системою [3]. У 25-30% випадків передчасні пологи починаються в наслідок передчасного вилиття навколоплідних вод [3].

Проблема передчасних пологів має також психосоціальний аспект, бо народження недоношеної дитини, її хвороба або втрата є великою психологічною травмою.

**Метою** роботи було виявлення факторів ризику, а також особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок з передчасними пологами та передчасним вилиттям навколоплідних вод.

**Матеріал та методи дослідження.** Відповідно до рекомендацій ВОЗ з 2007 року Україна перейшла на нові критерії реєстрації перинатального періоду ( Наказ МОЗ України №179 від 29.03.06 року. «Про затвердження інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених»), згідно яких передчасними вважаються пологи в період з 22 до 37 тижнів вагітності зі спонтанним початком та народженням плода масою більше ніж 500 г. Виділяють ранні (22-27 тижнів) та пізні (28-37 тижнів) передчасні пологи. Нами був проведений аналіз 145 історій вагітності, пологів та післяпологового періоду.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вік вагітних був від 15 до 41 року. Жінки у віці від 15 до 35 років складають 91,7% (133 особи) від загальної кількості, і тільки 12 (8,27% - у віці 36 - 42 роки). Першою вагітністю була у 66 жінок – (45,5%), вперше народжуючих 87(60%), повторнонароджуючих 58(40%). Найбільша кількість передчасних пологів припадає на термін 34 – 37 тижнів гестації – 94(64,8%). У терміні 22 – 26 тижнів відбулося 8(5,5%), 27-30 тижнів – 12(8,2%), 31 – 33 тижні – 31(21,3%) пологів.

Ми визначили соматичний, гінекологічний та акушерський анамнез. Проводили бактеріологічне, та бактеріоскопічне обстеження пологових шляхів, дихальних шляхів новонароджених. Бактеріологічне і патоморфологічне дослідження плаценти та оболонок.

Гінекологічний анамнез був обтяжений у 127 жінок (87,5%); 21 жінка (14,4%) страждали на хронічні запальні захворювання матки та її додатків. Гормональна дисфункція мала місце у 21(14,%) жінок, ерозія шийки матки у 62 (42,7%), вагініт у 12 (8,2%); пухлини матки та яєчників у 11(7,4%). Урогенітальна інфекція виявлена у 38(26,2%) жінок. Звертає на себе увагу висока частота кандидозу піхви у 23(15,86%), що свідчить про пригнічення у них системного та місцевого імунітету. Непліддя було у 8(5,5%) жінок, у 6 (4,1%) жінок вагітність настала за допомогою репродуктивних технологій.

У ході аналізу історій вагітності нами було встановлено, що протягом життя жінки хворіли різними соматичними захворюваннями, і як правило, кожна з жінок мала в анамнезі кілька хвороб або патологій різних органів та систем. Дитячі інфекційні захворювання мали 85(58,6%), ГРВІ – 96(66,2%), захворювання дихальної системи 32(22%), захворювання шлунково-кишкового тракту 49(33,7%), захворювання сечової системи 23(15,8%), захворювання серцево-судинної системи 47(32,4%), ендокринної системи 11(7,5%), органів зору –11(7,5%).

У жінок з передчасними пологами перебіг вагітності був ускладнений різними факторами. У 86(59,3%) обстежених теперішня вагітність супроводжувалась клінічними проявами загрози переривання. У 54(37,2%) розвинулась дисфункція плаценти, внутрішньоутробне інфікування діагностовано у 59(40,54%), затримку внутрішньоутробного розвитку та вроджені вади розвитку плода – 11(7,5%), у 28(19,3%) вагітних мала місце анемія, 13(8,96%) жінок з рубцем на матці, у 137(94,4%) – пізні передчасні пологи.

Через природні пологові шляхи були розроджені 109(75,1%)жінок, шляхом кесаревого розтину - 36(24,8%). Значні ускладнення у перебігу вагітності призвели до ускладнень і в перебігу пологів: передчасний розрив навколоплідних оболонок 44(30,35%), дістрес плода 19(13,05%), дисфункція плаценти 27(18,6%), патологія плодових оболонок – 14(9,65%) тазове передлежання 8(5,5%), СЗРП та ДРТ по 6(4,1%).

Показанням до кесаревого розтину були: передчасне вилиття навколоплідних вод – 11(30,55%), маловоддя та багатоводдя – 10(27,8%), СЗРП – 9(25%), багатопліддя – 6(16,7%), неспроможність рубця на матці – 14(38,9%), передчасне відшарування передчасно розташованої плаценти - 11(30,55%), передлежання плаценти – 13(38%). У 5 випадках виконана консервативна міомектомія під час операції кесаревого розтину. У 5 випадках – видалена матка з приводу кровотечі.

У результаті передчасних пологів народилось 151 немовля, з них живими 139(92,05%), мертвонароджені 12(7,94%). По ваговій категорії новонароджені розділені на: 0-509г-2(1,32%); 510-999г – 13(8,60%); 1000-1499г – 32(21,19%); 1500-1999г – 24(15,89%); 2000-2499г – 31(20,52%); 2500-2999г – 51(33,78%); 3000-3499г – 3(1,98%);

3500г-1(0,66%). З масою 509г народилися 2(11,1%) мертвнонароджених; 510-999г- 4(22,2%); 1000-1499г – 7(38,8%); 1500-1999г - 1(5,5%); 2000-2499г – 4(22,2%); 2500-2999г 1(5,5%). Стан новонароджених за шкалою Апгар було оцінено у 2 -3 бали – 2(1,4%); 4-5 балів – 16(11,6%); 6-7 балів – 79(56,8%); 8-9 балів – 42(30,2%).

Бактеріологічне дослідження флори цервікального каналу при передчасному вилиті навколоплідних вод, безводному проміжку (БП) до 6 годин мікрофлора виявлена у 55%, при збільшенні БП понад 9-12 годин умовно-патогенна та патогенна мікрофлора виявлена у 77,6% випадків. Збільшувалась забрудненість пологових шляхів і анаеробною мікрофлорою та частіше були виявлені мікробні асоціації 16,6%.

Мікрофлора носоглотки новонародженого до першого крику була тотожною з мікрофлорою пологових шляхів. При мінімальному БП посіви були забрудненими у 13,2% випадків, при БП 6 годин – у 35%, понад 9-12 годин у 76,7%. Мікробні асоціації виявлені у 22% випадків.

Результати мікробіологічного обстеження плодових оболонок та плаценти також свідчать про бактеріологічну забрудненість їх при передчасних пологах при БП до 6 годин – аероби виділені у 25%, та анаероби у 5%, збільшення БП понад 9-12 годин анаеробна флора виділена у 40%, та анаеробна у 6,9%.

У результаті бактеріологічного дослідження 95 плацент з материнської та дитячої поверхні найчастіше виділялись: *Streptococcus faecalis* - 21%, *Escherichia coli* – 23%, *Staphylococcus epidermiditis* – 16,8%, *Staphylococcus aureus* – 7,4%, *Staphylococcus agalactica* – 12,6%, *Candida albicans* – 8,4%, асоціації мікробів – 56%.

Аналізуючи стан захворюваності новонароджених слід зазначити, що зі збільшенням БП понад 6 годин до 25% збільшувалась загальна захворюваність дітей, а при БП понад 9-12 годин загальна захворюваність зросла до 56,6%. У дітей були малі форми септичної інфекції (кон'юнктивіт, поодинокі елементи піодермії, молочниця). В 6,6% випадків діагностовано септичні захворювання більш тяжкої форми (абсцес шкіри голови, пневмонія, піодермія).

#### Висновок

У жінок з передчасними пологами визначається висока частота інфекційного ураження плодово-плацентарного комплексу, нерідко без клінічних проявів інфекції під час вагітності. Одним з етапів резерва зниження передчасних пологів та захворюваності новонароджених є прегравідарна підготовка, виявлення та санація джерел інфекції (соматичних, генітальних) захворювань, інфекційних факторів, в тому числі і умовно-патогенної бактеріальної флори.

#### Література

1. Глуховец Б.И. Восходящее инфицирование фето-плацентарной системы. / Б. Глуховец, Н. Глуховец // - М."МЕДпресс-информ", 2006.- 239 с.
2. Гойда Н.Г. Репродуктивное здоров'я (ситуаційний аналіз) / Н.Г. Гойда, Н.Я. Жилка // - Медико-соціальні проблеми сім'ї.
3. Зайдиева З.С., Михайлова и др. Факторы риска и основные принципы терапии угрожающих преждевременных родов / З.С. Зайдиева, Михайлова [и др.] // РМЖ; - 2012, № 21- С. 22-23.
4. Макаров О.В. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет / О.В. Макаров [и др.] // - М.: "ГЕОТАР Медна", 2007.-172 с.
5. Савельева В.М. Преждевременные роды – современный взгляд на проблему / В.М. Савельева // - Москва, 2007.

#### Реферати

##### КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Громова А.М., Митюнина Н.І., Нестеренко Л.А., Тарасенко К.В., Талаш В.В.

Цель работы - выявление факторов риска развития преждевременных родов. Особенности течения беременности, родов и периода новорожденности. Результаты микробиологического обследования околоплодных оболочек и плаценты свидетельствует о бактериологическом загрязнении их при преждевременных родах в зависимости от продолжительности безводного периода. Одним из этапов резерва в снижении количества преждевременных родов и заболеваемости новорожденных есть прегравидарная подготовка и санація источников инфекции, в том числе и условно – патогенной бактериальной флоры.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, внутриутробное инфицирование, преждевременное излитие околоплодных вод, бактериологическое и микробиологическое исследование.

Стаття надійшла 18.02.2013 р.

##### CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL PARALLELS IN PREMATURE BIRTHS

Gromova A.M., Mityunina N.I., Nesterenko L.A., Tarasenko K.V., Talash V.V.

Purpose - to identify risk factors for premature birth. The course of pregnancy, birth and the neonatal period. Microbiological studies of fetal membranes and placenta indicate their bacterial contamination during premature depending on duration of waterless period. One of the stages in the reduction of the reserve of preterm birth and neonatal morbidity is pregravid preparation and remediation of sources of infection, including conditional - pathogenic bacterial flora.

**Key words:** premature birth, intrauterine infection, premature rupture of amniotic fluid, bacteriological and microscopic examination.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616. 233 – 002: 616. 366 - 002] – 085: 615. 23

Г.В. Дулка, О.С. Хухліна, І.В. Дулка  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

#### ЕФЕКТИВНІСТЬ РОФЛУМІЛАСТУ, УРСОДЕЗОКСИХОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ ТА НУКЛЕЙНАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПРОВІДНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

У статті викладено особливості коморбідного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень та хронічного некаменевого холециститу. Проаналізовано результати застосування комплексу лікарських засобів, що включає: рофлуміласт, урсодезоксихолієву кислоту та нуклеїнат; їх вплив на основні патогенетичні ланки розвитку даних захворювань – гальмування системного запалення при загостренні