

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2012

■ СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ, МОРФОЛОГІЧНІ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ <i>Сенчук А.Я., Заболотна А.В., Маркуш І.М.</i>	289
■ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА <i>Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Петренко С.А., Шаганов П.Ф.</i>	293
■ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ФАСЦИАЛЬНЫХ СТРУКТУР У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА <i>Мирович Е.Е., Гульков Ю.К., Мирович Е.Д.</i>	296
■ АУДИТ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ <i>Могилевкина И.А.</i>	298
■ ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Моцюк Ю.Б., Генік Н.І., Кінаш Н.М.</i>	303
■ ФОЛАТНА ПІДТРИМКА ВАГІТНИХ З РИЗИКОМ НЕВИНОШУВАННЯ – РЕСУРС ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВИХОДІВ <i>Назаренко Л.Г., Дьоміна О.В.</i>	304
■ СУЧАСНІ КЛІТИННІ КРІОТЕХНОЛОГІЇ В ОНКОГІНЕКОЛОГІЇ, АКУШЕРСТВІ ТА НЕОНАТОЛОГІЇ <i>Немтінов П.І., Вороб'йова Л.І., Шаблій В.А., Лобинцева Г.С.</i>	307
■ ОСОБЛИВОСТІ КРОВООБІГУ В СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У ВАГІТНИХ З ПОЄДНАНОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ <i>Ольшевська О.В., Чурілов А.В., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Ольшевський В.С.</i>	308
■ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ <i>Паращук Ю.С., Благовещенский Е.В., Мальцев Г.В.</i>	311
■ КРИТЕРИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ <i>Пасиешвили Н.М., Кузьмина О.А., Салтовский А.В.</i>	313
■ ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ <i>Пирогова В.І., Вереснюк Н.С., Щурук Н.В.</i>	315
■ ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕДЧАСНОГО ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ <i>Пирогова В.І., Сміх З.В.</i>	318
■ ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ <i>Подольський В.В., Луценко О.В., Подольський Вл.В., Волошин А.В., Сай С.Ю.</i>	320
■ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, МІСЖАНОК СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ <i>Подольський В.В., Подольський Вл.В., Юско Т.І., Каграманян А.Л., Свята О.П.</i>	323
■ ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬПОСКОПІЧНИХ ЗМІН ПРИ ФОНОВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ, ЩО МІСЖАЮТЬ В РЕГІОНІ З ПРИРОДНІМ ДЕФІЦИТОМ ЙОДУ <i>Подольський В.В., Штул І.А.</i>	327
■ ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Подоляка Д.В., Подоляка В.Л., Друпп Ю.Г., Тутов С.Н., Ольшевская Е.В.</i>	331
■ ЕХОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ МАТКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ СУБЕНДОМЕТРІАЛЬНОГО КРОВОТОКУ, КРОВОТОКУ В МАТКОВИХ АРТЕРІЯХ У РАЗІ ПОЛІНЕОПЛАЗІЙ ТІЛА МАТКИ <i>Покровенко О.Б.</i>	333
■ КЛІНІКО-ПАТОГІСТОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ПОЛІНЕОПЛАЗІЯМИ ТІЛА МАТКИ <i>Покровенко О.Б.</i>	336
■ ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ <i>Потапов В.О., Воронін К.В., Медведєв М.В., Польщіков П.І., Рубан Н.К., Івах В.І.</i>	338
■ СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНА-АЛЬФА-2В <i>Потапова Л.В., Липко О.П., Щербина И.Н., Плахотная И.Ю.</i>	341
■ ГІГАНТСЬКА ФІБРОМІОМА МАТКИ (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ) ✓ <i>Приймак С.Г., Цинтар С.А., Войтенко С.Г.</i>	344
■ СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГИПОТИРЕОЗА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ <i>Радченко В.В.</i>	346
■ СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА САЛЬПІНГООФОРИТ ТА ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ	

6. *Лакатош В.П.* Сучасні підходи до діагностики, лікування та прогнозування захворювань шейки матки, асоційованих з папіломавірусною інфекцією: Автореф. дис. д-ра мед. наук. К.: 2001.
7. *Подистов Ю.И.* Роль вируса папилломы в развитии предрака и рака шейки (обзор литературы) // *Клин. лаб. диагн.* – 2003 № 5. – С. 44 – 50.
8. *Русакевич П.С.* Фоновые и предраковые заболевания шейки матки: симптомы, диагностика, лечение, профилактика. - Мн.: Высш. шк., 1998. – 365с.
9. *Allen S., Sotos J., Sytle M.J. et al.* Clinical and diagnostic laboratory immunology. Vol. 8(2); p. 460-464.

ГІГАНТСЬКА ФІБРОМІОМА МАТКИ (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

ПРИЙМАК С.Г., ЦИНТАР С.А., ВОЙТЕНКО С.Г.

м. Чернівці

Міома матки є дуже поширеним захворюванням, однак гігантські фіброміоми зустрічаються доволі рідко. До гігантських фіброміом матки відносять пухлини масою більше 11,4 кг [2]. Максимальна маса описаної в літературі гігантської фіброміоми 40 кг [3]. Фіброміоми величезних розмірів можуть бути у вигляді одиночної пухлини або конгломерату із багатьма пухлиноподібними вузлами.

Хворі скаржаться на задиху, слабкість, утруднене пересування, порушення функцій шлунково-кишкових тазових органів. При обстеженні у пацієток з гігантською фіброміомою часто виявляється плетора – значне підвищення рівня гемоглобіну, еритроцитоз, підвищення кольорового показника зумовлені підвищеним рівнем еритропоетину [1,7]. Обговорюється декілька причин подібних змін: пухлина здавлює сечоводи, внаслідок чого підвищується рівень еритропоетину нирками, пухлина сама виробляє еритропоетин, еритропоетин виробляється внаслідок загальної гіпоксії, що, можливо, викликане шунтуванням крові в серцеву пухлину.

Єдиним методом лікування є пангістеректомія. В літературі описані спостереження різних лікувань гігантської фіброміоми матки було почато з білатеральної емболізації внутрішніх здухвинних артерій [3]. А. Ozsaran і співавт. у зв'язку з наявністю у хворої з важкого еритроцитозу були вимушені на першому етапі лікування вдатися до кровопливи [6].

Часто хворі з гігантськими фіброміомами потребують екстреного хірургічного втручання у зв'язку з порушенням життєво важливих функцій організму за рахунок здавлення сусідніх органів або вираженою дихальною недостатністю.

G.Oelsner і співавт., описуючи два клінічних спостереження гігантської фіброміоми з масою пухлин близько 40 кг, підкреслюють, що успіх лікування подібних хворих залежить в першу чергу від вільного і повного передопераційного обстеження, передопераційної підготовки і вчасного виконання самого хірургічного втручання. В склад хірургічної бригади повинні входити гінеколог, загальний хірург і пластичний хірург [5].

За даними А.Еvans і J.Pratt[4], загальна летальність при гігантських фіброміомах матки (як доопераційна, так і після виконання хірургічних втручань) складає 15%. В літературі нам зустрівся опис історії хвороби з летальним кінцем при гігантській міжзв'язкової фіброміоми матки – у пацієнтки в післяопераційному періоді виник ДВЗ-синдром. Вік хворої та розміри пухлини не вказані.

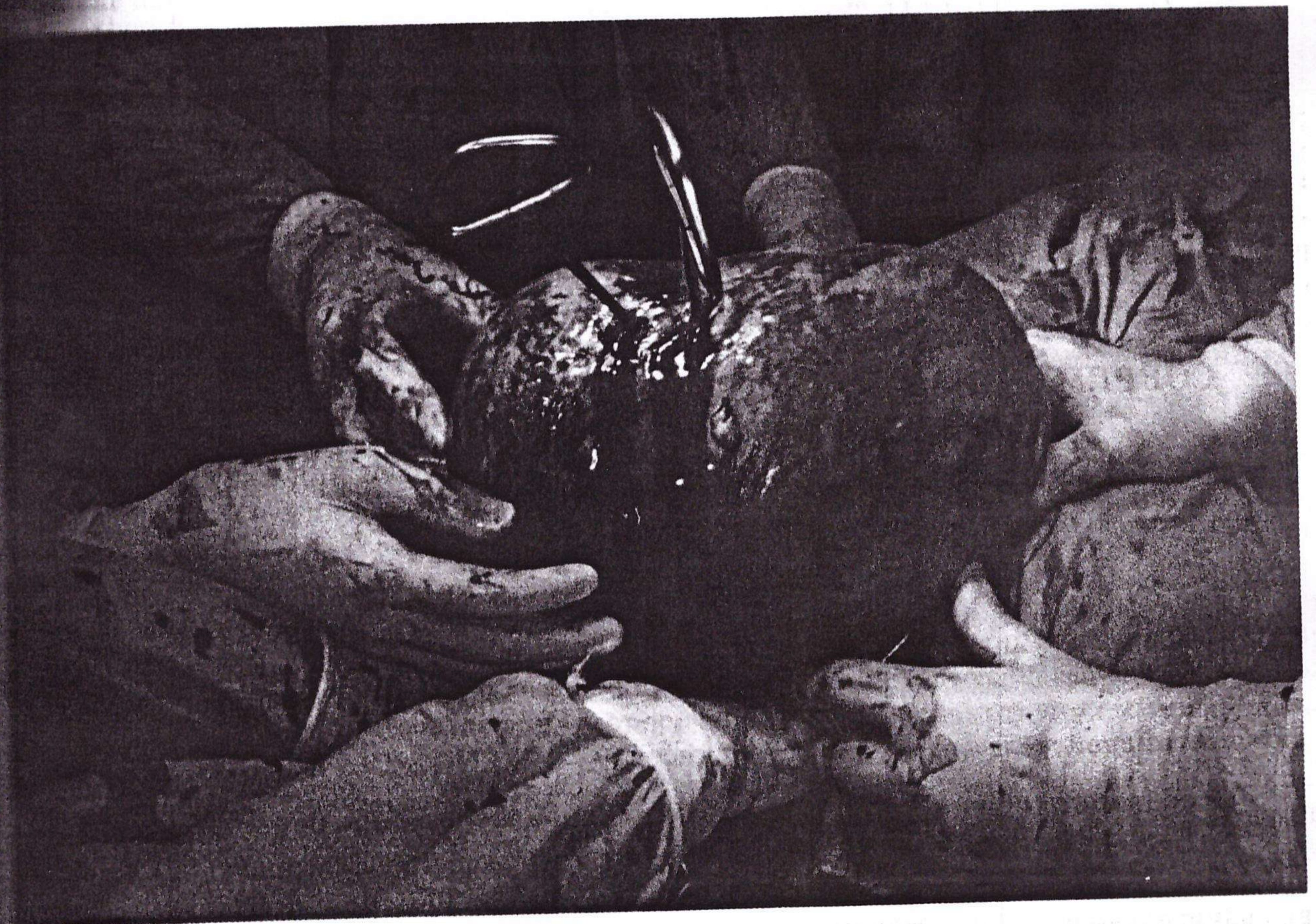
Наведене клінічне спостереження гігантської фіброміоми матки.

Хвора С., 54 роки, домогосподарка. Маса тіла 124 кг, ріст 164 см. Госпіталізована в грудні 2011 року зі скаргами на значне збільшення в розмірах черева, загальну слабкість, швидко втомлюваність, задиху, часте сечовипускання.

Із анамнеза: остання менструація в березні 2011 року, вагітностей 2, двоє пологів складень, абортів не було. Зі слів хворої фіброміому матки було діагностовано 15 років тому. Протягом цього часу жінку турбували порушення менструального циклу, маткові кровотечі, але за допомогою до спеціалістів не зверталася. В квітні 2011 року хвора була госпіталізована в гінекологічне відділення з приводу маткової кровотечі, матка збільшена до 24 тижнів вагітності, від оперативного лікування відмовилась. За останні 6 місяців відмітила значне збільшення черева і з'явилися вищевказані скарги, що спонукало звернутися до спеціалістів. Проведено повне клініко-лабораторне обстеження і вивчений клінічний діагноз:

Швидкоростуча фіброміома матки гігантських розмірів, вузлова форма. Цукровий діабет, 2 тип, важка форма, декомпенсована. ІХС. Дифузний кардіосклероз, СН I, ФК I. Атеросклероз, ангіосклероз. Симптомна артеріальна гіпертензія.

Хвора була оперована бригадою лікарів (хірург, гінеколог), проведена нижньосередня лапаротомія. При ревізії черевної порожнини виявлено, що матка деформована, збільшена до 32 тижнів вагітності за рахунок двох інтрамуральних фіброматозних вузлів у передній стінці матки розміром 30*20*20 см, та великої кількості вузлів до 5 см діаметрі по всій поверхні матки. Проведена екстирпація матки з додатками. Крововтрата становила 1000 мл крові. Маса препарата склала 16 кг.



Гістологічне дослідження: матка - лейоміома. Ендометрій - перехідний. Маткові труби - хронічно запальні. Яєчники - вогнищевий склероз. Шийка матки - цервіцит.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Враховуючи складну супутню патологію, першу добу після операції хвора знаходилась в реанімаційному відділенні, консультирована ендокринологом та кардіологом. Отримувала інфузійну, знеболюючу, антибактеріальну терапію та інсулінотерапію. Рана загоїлась первинним натягом без особливостей, дренажі зняті на 8 добу. Хвора виписана на 13 добу після операції в задовільному стані.

Таким чином, представлено клінічне спостереження рідкісної патології - надзвичайно великої доброякісної пухлини матки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Clark G.L., Willison T.O., Witzig T.E. Giant uterine fibromioma producing secondary polycythemia. *Obstet Gynecol* 1994 ;84: (4Pt 2): 722-724.
2. Costa Benavente L., Silva Barosso F., Avilla Flores E. Giant uterine mioma. *Ginec Obstet Mex* 2005;73: 10: 563-565.
3. Djelmis J., Mayer D., Majerovic M., Radanovic B., Starcevic V. Giant uterine leiomyomadevascularized by embolization prior to surgical removal. *Eur j Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;1:99:2:278-280.
4. Evans A.T.3rd. Pratt J.H. A giant fibroid uterus. *Obstet gynecol* 1979;54 :3 : 385-386.
5. Oeisner G., Elizur S.E., Frenkel Y., Carp H. Giant uterine tumors: two classes with different clinical presentations. *Obstet Gynecol* 2003; 101:(5Pt 2) : 1088-1091.
6. Ozsaran A.A.,Itil I.M.,Terek C., Kazandi M., Dikmen Y. Giant myoma and erythrocytosis syndrome. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1999; 39: 3: 384-384.
7. Sahagun Quevedo J.A., Perez Ruiz J.C., Cherem B., Porras E. Analysis of 10 hysterectomies. Technical simplifications and reflections. *ISSSTE hospitals Gynecol Obstet Mex* 1994; 62: 35-39.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГИПОТИРЕОЗА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

РАДЧЕНКО В.В.

г.Кривой Рог

Актуальность проблемы гипотиреоза несомненна, поскольку при дефиците тиреоидных гормонов развиваются тяжелые изменения во всех органах и функциональных системах. Важным моментом является определение тактики диагностики и нормализации функции щитовидной железы во время беременности.

Особенности функционирования щитовидной железы при беременности

Во время беременности уровень тироксин-связывающего глобулина (ТСГ) в 2,5 раз превышает таковой до беременности, повышаясь с 15-16 до 30—40 мг/л. В результате в крови значительно увеличивается количество связанного с белком тироксина и снижается содержание биологически активного свободного тироксина[1]. Человеческий хорионический гонадотропин, который в большом количестве вырабатывается во время беременности, особенно к концу первого триместра, структурно подобен тиреотропному гормону, поэтому продукция плодными оболочками обеспечивает дополнительную стимуляцию щитовидной железы. В связи с этим приблизительно у 18% беременных в первом триместре эта стимуляция приводит к снижению уровня тиреотропного гормона (ТТГ), возникает транзиторный гипертиреоз беременных. В дальнейшем, во втором триместре беременности, уровень ТТГ возвращается к норме. Во второй половине беременности, когда сформировалась и начала функционировать плацента, возникают дополнительные факторы стимуляции щитовидной железы.