

лее перспективным путем представляется внедрение превентивного питания.

M.I. Yezheleva

PATHOLOGY OF THE RESPIRATORY ORGANS IN THE POPULATION OF THE ECOCRISIS REGION UNDER MODERN CONDITIONS

Summary. An analysis was made of the prevalence and incidence of respiratory diseases (RD) in the adult and child population in the districts of Donetsk in comparison with the average city indicators during the pre-war (2010–2013), transitional — start of hostilities (2014–2016) and stable military (2017–2019) periods. The districts of Donetsk were ranked according to the concentration of 8 heavy metals and metalloids, the areas affected and not affected by the hostilities were identified. It is shown that the main temporal pattern of the prevalence and incidence of RD in the adult population is their progressive decrease from the pre-war to the military stable period, and in children and adolescents — a fall in the military transition period, followed by a significant increase in the military stable period. In the adult population as a whole and the female adult working population in all periods, the maximum levels of the studied indicators were determined in the contaminated outlying areas located in the zone of a local military conflict, and the minimum levels were determined in areas not affected by hostilities and on average in the city, which indicates about the significance of the consequences of stress-induced conditions in the development of this pathology.

Keywords: pathology of the respiratory organs, ecocrisis region, prevalence, incidence

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатенко Г.А., Ластков Д.О., Дубовая А.В., Выхованец Т.А., Ежелева М.И., Евтушенко Е.И., Госман Д.А.,

Романченко М.П. Превентивное питание как метод профилактики неблагоприятного влияния загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами на здоровье населения // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т.25, №2. – С. 216-217.

- Игнатенко Г.А., Ластков Д.О., Дубовая А.В., Ежелева М.И., Науменко Ю.В. Медико-экологические аспекты здоровья // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта (РФ). – 2021. – №2(22). – С.18-38.
- Ластков Д.О., Гапонова О.В., Госман Д.А., Остренко В.В. Тяжелые металлы как загрязнители окружающей среды: оценка риска здоровью населения // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2019. – Т.28, №2. – С. 180-183.
- Ластков Д.О., Дубовая А.В., Евтушенко Е.И., Остренко В.В., Попович В.В., Гапонова О.В. Тяжелые металлы как загрязнители окружающей среды: оценка риска здоровью населения // Влияние загрязнения окружающей среды на состояние здоровья населения: взаимосвязь дисэлементоза с различной патологией сердечно-сосудистой системы: монография / Г.А. Игнатенко, Д.О. Ластков, А.В. Дубовая [и др.]; под редакцией С.Т. Кохана, Г.А. Игнатенко, А.В. Дубовой; Забайкальский государственный университет. – Чита: ЗабГУ, 2021. – С.88-105.
- Ластков Д.О., Ежелева М.И. Актуальные вопросы питания беременных индустриального региона (аналитический обзор) // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта (РФ). – 2020. – №2(18). – С.34-46.
- Ластков Д.О., Ежелева М.И. Младенческая и перинатальная смертность в г. Донецке за последние 10 лет // Университетская клиника. – 2020. – Приложение. – С. 279.
- Ластков Д.О., Ежелева М.И., Болотов А.А. Особенности и закономерности сердечно-сосудистой патологии у населения Донбасса в современных условиях. Архив клинической и экспериментальной медицины. 2020; 29(4): 360-368.

УДК 618.396-036.12-082-083-089.163

Г.В. Былым, О.В. Носкова, Е.В. Литвинова, М.И. Коробова, А.А. Чурилов

ВОПРОС ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Реферат. Цель: изучить принципы прегравидарной подготовки у женщин с привычным невынашиванием.

Материал и методы. В исследование приняли участие 80 небеременных женщин репродуктивного возраста с невынашиванием беременности в анамнезе. Всем пациенткам провели ультразвуковое исследование органов малого таза на 6–8 и 20–25 дни менструального цикла, доплерометрия маточных артерий; обследование методом ПЦР на TORCH и урогенитальные инфекции; бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала; гормональное исследование на 2–4 день менструального цикла: гормоны щитовидной железы, гонадотропных гормонов, пролактин и другие методы исследования. Была проведена гистероскопия 10 пациенткам для исключения внутриматочной патологии; для 8 пациенток провели пайпель-биопсию эндометрия на 11–16 день

менструального цикла. Для всех женщин в зависимости от причин невынашивания разработали комплекс прегравидарной подготовки.

Результаты и обсуждение: Возраст пациенток колеблется в диапазоне от 18 года до 45 лет. В структуре гинекологической патологии, преобладали хронические урогенитальные инфекции — у 33 (45,8%) пациенток, дисфункции яичников — у 21 (29,2%). При бактериологическом исследовании отделяемого из цервикального канала у 58 (74,3%) пациенток были обнаружены инфекции, передаваемые половым путем (условно-патогенная флора). Внутриматочная патология выявлена у 18 (22,9%) пациенток. Тромбофилия выявлена у 46 (58,9%) пациенток; наследственная — у 30 (38,4%), АФС — у 11 (14,1%), их сочетание — у 5 (6,4%). Нарушение маточного кровотока было выявлено у 66 (84,5%) из 80 пациенток. Нарушение маточного кровотока

среди пациенток с наследственной тромбофилией обнаружили у 29 (67,3%) из 46. На первом этапе подготовки у пациенток с инфекционным фактором провели антибактериальное лечение и/или противовирусное с последующим восстановлением естественной микрофлоры влагалища были назначены пробиотики. Эффективность терапии настала через 2–3 мес. Второй этап подготовки заключается в комплексном лечении хронического эндометрита, коррекции тромбофилических и гемодинамических нарушений в маточных артериях. В общей сложности у 40 (51,3%) пациенток отмечался полный эффект от терапии, у 31 (39,6%) — частичный, у 13 (16,6) отсутствовал эффект.

Выводы. У 69,2% пациенток причиной привычного невынашивания в анамнезе является смешанный генез репродуктивных потерь. Наиболее частую причину невынашивания, в 84,5% случаях является нарушение маточного кровотока, которое обусловлено тромбофилиями в 58,9% случаях, было замечено сочетание хронического эндометрита с нарушениями маточного кровотока в 63% случаях. Полный эффект от терапии (51,3%) от проведенной прегравидарной составляет 51,3%.

Ключевые слова: невынашивание беременности, урогенитальные инфекции, нарушение маточного кровотока, прегравидарная терапия.

Актуальность работы. На сегодняшний день наиболее частым осложнением беременности является невынашивание, частота которого составляет от 10 до 20% от всех клинических случаев беременностей. Частота привычного невынашивания женщин репродуктивного возраста составляет 2–5% и вызывает различные нарушения функций органов репродуктивной системы. Прерывание на ранних сроках составляет от 5 до 20% всех беременностей, преждевременные роды — 5–10% [2, 3]. Это обусловлено в первую очередь высокой частотой случаев до 50% от общего количества выкидышей, а также тем, что на первый триместр беременности приходятся «критические периоды», в это время эмбрион и плод наиболее подвержены к действию неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды [1].

Причины привычного невынашивания многофакторны, и одним из ведущих факторов многие авторы рассматривают инфекцию, где особое внимание уделяется условно-патогенной микрофлоре, цитомегаловирусной инфекции, вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов и др. Было установлено, что около 80% всех случаев невынашивания беременности приходится на генетические и хромосомные аномалии эмбриона. Истинные причины гибели генетически нормального эмбриона представляют особый интерес для исследования в гинекологической практике [2, 3].

По данным некоторых авторов одной из главных причин как невынашивания, так и сохранения беременности является гормональный фон, то есть сохранение соотношения эстрогенов и прогестерона. Прогестерон является ключевым фактором развития рецептивности эндометрия. Под его влиянием происходит секреторная трансформация пролиферативного эндометрия и начинается синтез и секреция веществ, играющих важнейшую роль в подготовке эндометрия к имплантации плодного яйца, снижает возбудимость матки путем нейтрализации действия окситоцина, стимулирует рост и развитие молочных желез, снижает тканевые иммунологические реакции. Прогестерон так же оказывает иммуносупрессивное действие, подавляя эмбриотоксическое действие Т-хелперов. Под действием эстрогенов во время беременности возникает разрастание сосудов в эндометрии, усиливается поглощение тканями кислород, энергетический обмен, синтез нуклеиновых кислот и активность ферментов, а также повышает чувствительность матки к окситоцину и биохимические процессы в матке [4, 5].

Учитывая вышеперечисленное, актуальность исследования не вызывает сомнений и мотивирует к дальнейшему изучению причин неразвивающейся беременности, а также появляется возможность усовершенствовать диагностические подходы для предупреждения репродуктивных потерь в рамках прегравидарной подготовки.

Цель: изучить принципы прегравидарной подготовки у женщин с привычным невынашиванием.

Материал и методы исследований. В исследование приняли участие 80 небеременных женщин репродуктивного возраста, которые обратились к гинекологу в следствии невынашивания беременности в анамнезе. У всех обследуемых в анамнезе были две и более репродуктивные потери в анамнезе: в 35 (44,3%) случаях отмечались самопроизвольные выкидыши в сроке 10–11 недель, 28 (35,4%) случаях преждевременные роды в сроке 30–33 недели, 16 (20,3%) случаев самопроизвольные выкидыши в сроке 7–8 недель. Было проведено всем ультразвуковое исследование органов малого таза на 6–8 и 20–25 дни менструального цикла, доплерометрия маточных артерий; обследование методом ПЦР на TORCH-инфекции; бактери-

ологическое исследование отделяемого из цервикального канала; выявление методом ПЦР урогенитальные инфекции; гормональное исследование на 2–4 день менструального цикла: гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4), маркеры аутоиммунного тиреоидита (антиТПО, ТТГ), гиперандрогении (17-гидроксипрогестерон, дегидроэпиандростерон (ДГЭА-С), тестостерон), гонадотропных гормонов (ЛГ, ФСГ), пролактина; выявление признаков антифосфолипидного синдрома (АФС) в которых входят: волчаночный антикоагулянт, суммарные антитела к фосфолипидам классов IgG и IgM, спектр антител к фосфолипидам и кофакторам фосфолипидов (β 2-гликопротеин, аннексин, протромбин); исследование коагулограммы: V фактор свертывания (F5), II фактора (протромбин), ген ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1). Была проведена гистероскопия 10 пациенткам для исключения внутриматочной патологии; для 8 пациенток провели пайпель-биопсию эндометрия на 11–16 день менструального цикла для гистологической верификации хронического эндометрита; для 15 пациенток было проведено цитологическое исследование аспирата из полости матки. В зависимости от причины невынашивания для женщин был разработан программа прегра-видарной подготовки.

Экспериментальные работы проводились с соблюдением требований биоэтики, в частности в соответствии с положением Европейской Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для исследовательских и других целей (Страсбург 1986).

Результаты и обсуждение. Возраст пациенток колеблется в диапазоне от 18 года до 45 лет. Моложе 29 лет было 39 (48,7%) женщин, в возрасте от 30 до 39 лет — 31 (38,7%), старше 40 лет — 10 (12,6%). Среди беременных женщин были выявлены следующие экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистой системы было выявлено у 27 (30,5%) пациенток: гипертоническая болезнь — у 15 (16,9%), вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу — у 12 (13,6%); эндокринопатии — у 25 (32,6%): нарушения жирового обмена — у 11 (14,4%), заболевания щитовидной железы у 14 (18,2%). В структуре гинекологической патологии, преобладали хронические урогенитальные инфекции — у 33 (45,8%)

пациенток, дисфункции яичников — у 21 (29,2%). Роды с благополучным исходом составляет 18 (10,7%), медицинских аборт — 25 (29,9%), в остальных случаях, самопроизвольный аборт до 13 недель имел место в 39 (48,2%) наблюдениях, неразвивающаяся беременность до 16 недель — в 64 (77,1%), поздние выкидыши до 22 недель — 14 (12,3%), антенатальная гибель плодов после 22 недель — в 8 (4,8%). При бактериологическом исследовании отделяемого из цервикального канала у 58 (74,3%) пациенток были обнаружены инфекции, передаваемые половым путем а также условно-патогенная флора. Наиболее часто в ассоциации с другими микроорганизмами выявлялись *Enterococcus faecalis* (45,1%), *Streptococcus agalactiae* (23%), *Ureaplasma urealyticum* (25,2%).

Внутриматочная патология выявлена у 18 (22,9%) пациенток: патология эндометрия (гиперплазия, полипы) — у 8 (10,1%), миома матки с субмукозным расположением узла — у 6 (7,6%), двурогая матка — у 4 (5%). Тромбофилия выявлена у 46 (58,9%) пациенток: наследственная — у 30 (38,4%), АФС — у 11 (14,1%), их сочетание — у 5 (6,4%).

Было проведено исследование показателей маточного кровотока у пациенток с невынашиванием беременности с 19 по 24 день менструального цикла. Нарушение маточного кровотока было выявлено у 66 (84,5%) из 80 пациенток. СДО варьирует от 4,2 до 15,9 в среднем составляет $10,05 \pm 0,85$ (в 3 раза выше нормы); ИР — от 0,6 до 0,87 в среднем — $0,74 \pm 0,03$ (в 1,2 раза выше нормы); ПИ — от 1,9 до 3,7 в среднем — $2,8 \pm 0,05$ (в 1,7 раза выше нормы). Нарушение маточного кровотока среди пациенток с наследственной тромбофилией обнаружили у 29 (67,3%) из 46.

Гиперандрогению обнаружили у 13 (17,6%) пациенток, гиперпролактинемия — у 10 (13,5%), гипотиреоз — у 13 (17,5%). В общей сложности гормональные изменения были обнаружены у 36 (48,6%) пациенток, что более чем в 3 раза превышало популяционные значения (16%).

У пациенток с единственным этиологическим фактором терапия назначалась соответственно выявленной причине, при смешанном генезе применялось поэтапное комплексное лечение.

На первом этапе подготовки у пациенток с инфекционным фактором провели анти-

бактериальное лечение и/или противовирусное у 37 пациенток которое включало: у 7 — ацикловир, таблетки 400 мг, свечи генферон 1 000 000 МЕ, иммуноглобулин человека 50 мг однократно внутривенно в первую фазу менструального цикла; у 30 — антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры и антимикотические препараты. Всем пациенткам назначались пробиотики с целью восстановления микрофлоры влагалища. Эффективность терапии фиксировалась через 2–3 месяца с учетом результатов бактериоскопического и бактериологического исследования урогенитального тракта, исследование соскобов методом ПЦР, анализов крови на антитела IgM к вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу составила 100%.

У 8 пациенток было осуществлено под контролем гистероскопии хирургическое лечение внутриматочной патологии: у 6 — резекция субмукозного миоматозного узла (лейомиома), у 8 — раздельное диагностическое выскабливание по поводу железистой и железисто-фиброзной гиперплазии, железистого полипа эндометрия.

Второй этап подготовки заключается в комплексном лечении хронического эндометрита, коррекции тромбофилических и гемодинамических нарушений в маточных артериях. Все пациентки с подтвержденным эндометритом принимали антиагрегантную (дипиридамол), иммуномодулирующую терапию (рекомбинантный интерферон-2α человека 1 000 000 МЕ в суппозиториях). 8 пациенток получали физиотерапевтическое лечение. Через 3–4 месяца лечения при пайпель-биопсии эндометрия на 10–15 день менструального у 7 пациенток эндометрий соответствовал фазе пролиферации, что свидетельствовало об эффективности проведенной терапии.

Для 18 пациенток было проведена нормализация показателей свёртывающей системы крови и у 65 пациенток было улучшены реологические показатели в маточных артериях. Терапия включала антиагреганты (дипиридамол 25 мг — у 39, кардиомагнил 75 мг — у 10) и антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины — у 9, сулодексид 250 мг — у 7). У всех пациенток через 2–4 месяца после лечения с исходными нарушениями показателями коагулограммы определялись нормализация показателей — у 29 (47,5%) зарегистрировано улучшение гемо-

динамики в маточных артериях (ПИ от 1,74 до 2,8 отн. ед.), у 24 (39,3%) — нормализация показателей гемодинамики.

Всем пациенткам в комплекс прегравидарной подготовки применялась гормональная терапия пероральным гестагеном: дидрогестерон по 10 мг 2 раза в день во вторую фазу менструального цикла в течение 10 дней с целью восстановления функции эндометрия и создания оптимальных условий для инвазии цитотрофобласта. В общей сложности у 40 (51,3%) пациенток отмечался полный эффект от терапии, у 31 (39,6%) — частичный, у 13 (16,6) отсутствовал эффект. Полный эффект от применения прегравидарной подготовки получен у всех пациенток со смешанным генезом невынашивания, у 11 пациенток из 15 — с сочетанием тромбофилического и гемодинамического, у 9 обследованных из 12 — с единственным выявленным фактором невынашивания.

Выводы. Было установлено, что у 69,2% пациенток причиной привычного невынашивания в анамнезе является смешанный генез репродуктивных потерь.

Удалось установить наиболее частую причину невынашивания, в 84,5% случаях является нарушение маточного кровотока, которое обусловлено тромбофилиями в 58,9% случаях, было замечено сочетание хронического эндометрита с нарушениями маточного кровотока в 63% случаях.

При проведении прегравидарной подготовки, с учётом причин невынашивания, был отмечен полный эффект примененной терапии (51,3%).

G.V. Bylym, O.V. Noskova, E.V. Litvinova, M.I. Korobova, A.A. Churilov

PURPOSE OF THE WORK: TO STUDY THE PRINCIPLES OF PREGRAVID TRAINING IN WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE

Summary. Material and methods. The study involved 80 non-pregnant women of reproductive age with a history of miscarriage. All patients underwent ultrasound examination of the pelvic organs on the 6–8th and 20–25th days of the menstrual cycle, dopplerometry of the uterine arteries; examination by PCR for TORCH and urogenital infections; bacteriological examination of discharge from the cervical canal; hormonal research on the 2–4th day of the menstrual cycle: thyroid hormones, gonadotropic hormones, prolactin and other research methods. Hysteroscopy was performed on 10 patients to exclude intrauterine pathology; 8 patients underwent a pipe-biopsy of the endometrium on the 11–16th day of the menstrual cycle. For all women, depending on the reasons for miscarriage, a complex of pre-conception training was developed.

Results and discussion. The age of the patients ranges from 18 to 45 years. In the structure of gynecological pathology, chronic urogenital infections prevailed — in 33 (45.8%) patients, ovarian dysfunction — in 21 (29.2%). In bacteriological examination of the discharge from the cervical canal, 58 (74.3%) patients were found to have sexually transmitted infections (opportunistic flora). Intrauterine pathology was detected in 18 (22.9%) patients, Thrombophilia was detected in 46 (58.9%) patients: hereditary — in 30 (38.4%), APS — in 11 (14.1%), their combination — in 5 (6.4%). Violation of uterine blood flow was detected in 66 (84.5%) of 80 patients. Violation of uterine blood flow among patients with hereditary thrombophilia was found in 29 (67.3%) of 46. At the first stage of preparation, patients with an infectious factor received antibacterial and / or antiviral treatment, followed by restoration of the natural microflora of the vagina, and probiotics were prescribed. The effectiveness of therapy came in 2–3 months. The second stage of preparation consists in the complex treatment of chronic endometritis, correction of thrombophilic and hemodynamic disorders in the uterine arteries. In total, 40 (51.3%) patients had a full effect of therapy, 31 (39.6%) — partial, 13 (16.6) had no effect.

Conclusions. In 69.2% of patients, the cause of recurrent miscarriage in the anamnesis is a mixed genesis of reproductive losses. The most common cause of miscarriage, in 84.5% of cases, is impaired uterine blood flow, which is caused by thrombophilia in 58.9% of cases, a combination of chronic endometritis with impaired

uterine blood flow was observed in 63% of cases. The full effect of therapy (51.3%) of the performed pregravid therapy is 51.3%.

Key words: recurrent miscarriage, urogenital infections, impaired uterine blood flow, pregravid therapy

ЛИТЕРАТУРА:

1. Паращук Ю. С., Стрюков Д. В. Плацентарная дисфункция и ее коррекция у беременных с туберкулезом легких // Медицина сьогодні і завтра. – 2008. – № 2. – С. 136–141.
2. Особенности прегравидарной подготовки, течение беременности и родов у женщин с привычным невынашиванием на фоне хронического эндометриоза/ Н.В. Бойчук, А.Т. Егорова// Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. – №6. – С 349-356
3. Предикторы неразвивающейся беременности и роль прегравидарной подготовки в профилактике повторных репродуктивных потерь/Румянцев А.З., Люманова Э.Ю., Волоцкая Н.И., Аникина С.С.//Вятский медицинский вестник. – 2021. – №1(69). – С 64-69.
4. Особенности прегравидарной подготовки у женщин с привычным невынашиванием/ О.В. Носкова, А.В. Чурилов, В.В Свиридова, М.и Клевцова, Е.В. Литвинова// Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т 25, №1 с 83-86
5. Moore K. L., Persuad T. V. N. The beginning of human development: the first week // Developing Human: Clinically oriented Embriol. – 6th ed. – Philadelphia: WB Saunders company, 2006. – P. 34–46.

УДК 618.145-007.415-037.48

О.Г. Белоусов

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА, ОСНОВАННАЯ НА ЭХОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Реферат. Цель: оценить точность комплексного подхода к диагностике генитального эндометриоза и разработать диагностическую карту этого заболевания в зависимости от его локализации и распространенности

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 124 пациентки, с подозрением на наличие генитального эндометриоза. Пациенткам в предоперационном периоде проводилось трансвагинальное/трансректальное ультразвуковое исследование. Для оценки генитального эндометриоза в зависимости локализации был разработан комплексный подход, предполагающий изучение очагов эндометриоза «от центра к периферии» в четыре этапа с акцентом на диагностику глубокого интерстициального эндометриоза. Для оценки эффективности ультразвуковой диагностики эндометриозных поражений для каждого участка возможной эндометриозной инфильтрации рассчитывались распространенность, чувствительность, специфичность, точность, положительные и отрицательные прогностические значения, положительные и отрицательные коэффициенты вероятности.

Результаты. Поражение генитальным эндометриозом смешанной локализации отмечалось у 79 пациенток (63,7%). Наиболее высокая точность

отмечалась в диагностике эндометриоза яичников – 96,8%, положительное отношение правдоподобия — 49,8%. Высокие значения точности также были выявлены при оценке эндометриозных гетеротопий при аденомиозе, ГИЭ прямой кишки, Дугласова пространства и крестцово-маточных связок: 91,9%, 89,5%, 88,7% и 87,1%. Наименьшая точность обнаружена при диагностике эндометриоза влагалища — 77,4%, прогностическая ценность положительного результата — 46,7%. На основании полученных эхографических данных при комплексной оценке генитального эндометриоза была разработана диагностическая карта, которая позволяет наглядно и точно описать эндометриозные поражения в зависимости от его локализации.

Выводы. Комплексный алгоритм исследования эндометриоза позволяет повысить точность диагностики ГИЭ до 77,4–89,5% в зависимости от локализации эндометриозных имплантов, который близок к диагностической точности эндометриозы яичника и аденомиоза. Диагностическая карта наглядной визуализации эндометриозных имплантов представляется адекватным и эффективным инструментом для отображения очагов заболевания

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, трансвагинальная эхография, диагностическая карта