

( $p > 0,05$ ). Крововтрата під час операції була в межах 50-400 мл (середня  $164,8 \pm 29,21$ ) мл) і залежала від вибору способу оперативного втручання та розмірів пухлини. Мен-

ша крововтрата була при вагінальних екстирпаціях матки. Час оперативного втручання був в межах 30-155 хв (в середньому  $75,0 \pm 7,28$ ) хв).

**Таблиця 1. Показники гомеостазу у жінок з пролапсом статевих органів, поєднаним з фіброміомою матки до та після операції ( $M \pm m$ )**

Досліджувані показники	Нь г/л	Еритроцити $\times 10^{12}$ /л	Лейкоцити $\times 10^9$ /л	ОЦК, л	ОЦЕ, л	ОЦП, л	Гематокрит, %	Середня крововтрата (мл)
До операції	127,6 $\pm$ 5,03	4,12 $\pm$ 0,9	6,43 $\pm$ 0,65	5,03 $\pm$ 0,27	1,85 $\pm$ 0,16	3,18 $\pm$ 0,17	0,40 $\pm$ 0,01	
Після операції (5-6 доба)	119,17 $\pm$ 4,58	3,98 $\pm$ 0,41	8,03 $\pm$ 0,63	5,05 $\pm$ 0,31	1,79 $\pm$ 0,20	3,25 $\pm$ 0,20	0,38 $\pm$ 0,02	164,8 $\pm$ 29,21
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Інтраопераційна антибіотикопрофілактика не проводилась. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Жінки після операції оглянуті через 8-12 місяців, ознак рецидиву випадання стінок піхви не спостерігалось. У жінок з хірургічною кастрацією використовували замісну терапію естрогенами, місцево – крем "Овестин".

**ВИСНОВКИ** 1. Випадання внутрішніх статевих органів з фіброміомою потребує оперативного лікування.

2. Операцією вибору повинна бути черезпіхвова екстирпація матки з подальшою пластиком тазової діафрагми та фіксацією сечового міхура і прямої кишки.

3. Незалежно від способів хірургічного втручання операція закінчується фіксацією кукси піхви або шийки матки куксами зв'язок для профілактики рецидиву випадання стінок піхви.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 544 с.

2. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Савельев И.С. Реабилитация больных с опущением и выпадением внутренних половых органов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – №1. – С. 105-110.

3. Краснопольский В.И. Диагностика типов недержания мочи при напряжении у женщин при пролапсе гениталий // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – №3. – С. 53-56.

4. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Міома матки // Вісник асоціації акушерів-гинекологів України. – 1999. – №5/6. – С. 82-89.

5. Лапаро-вагинальный доступ в хирургическом лечении опущения стенок влагалища, несостоятельности мышц тазового дна и недержания мочи при напряжении у женщин детородного возраста/ Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков, С.И. Киселев, Б.Е. Сашин // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (Международный конгресс). – М., 1997. – С. 191-193.

6. Хоммуш М.А. Современные принципы комбинированного хирургического лечения опущения и выпадения матки и влагалища у женщин репродуктивного возраста: Дисс ... канд.мед.наук. – М., 1980. – 138 с.

7. Das R.K. Genital prolapse in pregnancy and labor. // Inf. Surg. – 1971. – V.56. – P. 260-266.

8. Lin C.Y., Pack W. Laparoscopic retropubic colposuspension // J. Am. Gynecol. Laparosc. – 1993, V.1, N11. – P. 31-35.

УДК 14.3 (477)

Піотрович Л.М.

**СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

**Український інститут громадського здоров'я МОЗ України**

СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ – Визначено поняття репродуктивного здоров'я, показана його значущість у державній політиці України. Проведений аналіз тенденції основних показників репродуктивного здоров'я населення України та окремих регіонів за 1997-2002 рр. Вивчений вплив захворюваності дітей та підлітків, абортів на формування репродуктивного здоров'я. Проведений аналіз рівня абортів та використання засобів контрацепції, материнської та малюкової смертності в Україні за шість останніх років показав позитивну тенденцію до стабілізації інтегральних показників репродуктивного здоров'я – зниження абортів, материнської та малюкової смертності. Вказані конкретні заходи щодо подальшого покращання репродуктивного здоров'я.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ – Определено понятие репродуктивного здоровья, показана его значимость в государственной политике Украины. Проведён анализ тенденции основных показателей репродуктивного здоровья населения Украины и отдельных регионов за 1997-2001 гг. Изучено влияние заболеваемости детей и подростков, абортів на формирование репродуктивного здоровья. Проведён анализ уровня абортів и использования средств контрацепции, материнской и младенческой смертности в Украине за шесть последних лет показал позитивную тенденцию к стабилизации интегральных показателей репродуктивного здоровья – снижение абортів, материнской и младенческой смертности. Указаны конкретные меры по улучшению репродуктивного здоровья.

STATE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF UKRAINIAN POPULATION – The concept of reproductive health is determined, its importance in state policy of Ukraine is shown. The analysis of tendency of basic parameters of reproductive health of the population of Ukraine and separate regions for 1997-2002 years is carried out. The influence of morbidity rate of children and teenagers, abortions on formation of reproductive health is investigated. The analysis of a level of abortions and use of contraceptive means, maternal and infantile mortality in

Ukraine for last six years has shown the positive tendency of stabilization of integrated parameters of reproductive health – decreasing of abortions, maternal and infantile mortality. The specific measures on the further improvement of reproductive health are specified.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, здоров'я підлітків, аборт, материнська та малюкова смертність, фетоінфантильні втрати.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, здоровье подростков, аборт, материнская и младенческая смертность, фетоинфантильные потери.

**Key words:** reproductive health, health of the teenagers, abortion, maternal and infantile mortality, feto-infantile losses.

**ВСТУП** Збереження репродуктивного здоров'я в наш час стало об'єктом державної політики як на світовому рівні, так і в нашій країні. Дане питання було одним з головних на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку (1994 р.) На даний час репродуктивне здоров'я означає можливість задовільного та безпечного сексуального життя, здатність до самовідтворення та можливість вирішувати, коли і як часто це можна робити. Жінки мають право не лише на доступ до прийнятних методів регулювання народжуваності, але й право на доступ до належної допомоги в охороні здоров'я, що дозволить без загрози для здоров'я вагітніти та народжувати. Більш того, репродуктивне здоров'я має на увазі виживання дитини в малюковому віці, її ріст і повноцінний розвиток. В 1999 р. на Гаазькому форумі було приділено увагу унікальним проблемам охорони

репродуктивного здоров'я, які постали перед країнами з перехідною економікою, такими як Україна [1].

Упродовж останнього десятиліття відбулися значні зміни в історичному та міжнародному статусі України. Перемога демократичних принципів у політиці привела до побудови основ громадського суспільства в країні. У той же час, надто швидка трансформація політичної, економічної та соціальної сфер життя спричинила глибоку соціально-економічну кризу, яка вразила всі верстви населення [2].

За останні 12 років народжуваність в Україні зменшилась з 12,1 ‰ (1991 р.) до рівня 8,1 ‰ (2002 р.) Інтенсивність народжуваності скоротилась у всіх без винятку вікових групах. Найбільше скорочення припадає на найпродуктивніші групи жінок віком 20-24 роки. За результатами 2002 р., вперше народжуваність набула тенденції до зростання. Якщо в 2001 р. зазначений показник склав 7,7 ‰, то в 2002 р. – 8,1 ‰. У 2002 р. народилось на 14 209 дітей більше, ніж у попередньому. Проте зберігається

високим показник загальної смертності (15,6 ‰) при від'ємному природному прирості (-7,5 ‰), негативний показник якого був вперше зареєстрований в 1991 р. (-0,8 ‰) [3,4].

Проведений аналіз захворюваності у жінок вказує на різну її структуру у різних вікових групах (рис. 1). Якщо у дівчаток до 14 років переважають хвороби органів дихання (48,28 ‰), то у жінок 15 років і старше – хвороби системи кровообігу (33,70 ‰), які із п'ятого рангового місця переходять на перше. Незважаючи на наявність незначної тенденції до зниження, особливої уваги потребує група тих захворювань у дівчат-підлітків, що можуть у майбутньому значно ускладнити перебіг вагітності, пологів і формувати високі показники материнських та плодових репродуктивних втрат, – цукровий діабет, гострий і хронічний ревматизм, ревматоїдний артрит, гострий і хронічний гломерулонефрит, уроджені аномалії системи кровообігу (табл. 1) [5].

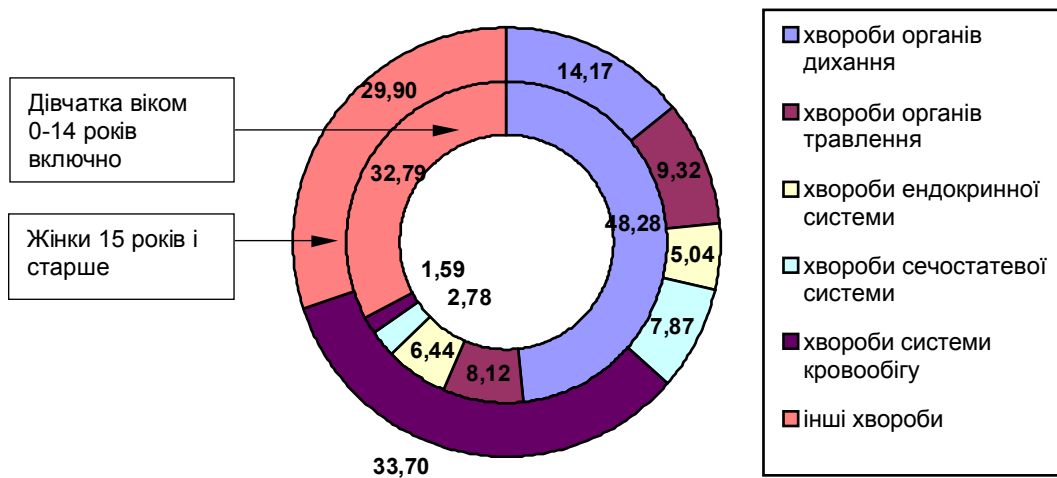


Рис. 1. Структура зареєстрованих захворювань серед дівчаток 0-14 років включно та жінок 15 років і старше за 2002 р. (%).

Таблиця 1. Частота окремих захворювань серед дівчат 15-17 років включно, які значно ускладнюють акушерську патологію за 1997-2002 рр. (на 10 000 осіб)

Нозологічні форми	Роки					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Цукровий діабет	14,6	14,7	14,9	14,8	14,4	14,4
Активний ревматизм	8,5	9,7	9,7	8,5	7,2	6,6
Хронічні ревматичні хвороби серця	33,4	30,6	29,2	28,5	27,2	26,4
Ревматоїдний артрит	9,5	10,4	10,2	9,7	9,5	9,0
Гострий гломерулонефрит	1,3	1,4	1,6	1,4	1,0	1,0
Хронічний гломерулонефрит	8,7	9,4	9,5	8,8	9,6	9,3
Уроджені аномалії системи кровообігу	41,4	47,4	42,9	39,3	37,4	38,9

На фізіологічно незрілий організм в умовах його біологічної, психологічної і соціальної незрілості згубно впливає як проведення штучного абортів, так і перебіг вагітності, наслідки якої є критичними. За шість останніх років кількість абортів серед дівчаток віком до 14 років зменшилась з 0,14 на 1000 осіб (1997 р.) до 0,10 (2002 р.), а серед дівчаток-підлітків майже удвічі з 14,62 до 7,03, відповідно. Показники ранньої народжуваності в Україні протягом тривалого часу неухильно зростали, але починаючи з 1996 р. раптово набули тенденції до зниження, проте залишаються вищими світових аналогів. Це явище пояснюється, з одного боку, глобальними тенденціями скорочення ранньої народжуваності, з іншого – внутрішнім розвитком демографічної ситуації [4].

Значний вплив на рівень репродуктивного здоров'я мають і абортів у жінок фертильного віку. За даними різних авторів, безпосередні післяабортні ускладнення зустрічаються у кожній третій жінки, у першовагітних їх частота сягає 40 %. Особливими ускладненнями абортів є безпліддя, невиношування вагітності, запальні процеси статевих органів, ендокринологічні порушення та порушення перебігу вагітності і пологів [6]. В Україні протягом 1997-2002 рр. відбулося зниження рівня абортів серед всіх вікових груп майже в 1,5 раза (з 128,91 до 84,44 на 100 пологів) (рис. 2).

Особливе значення має зниження рівня кримінальних абортів, які традиційно займають значну частку серед причин материнської смертності та формують значні порушення репродуктивного здоров'я жінок. За шість останніх років

даний показник знизився у 3 рази (з 0,03 до 0,01 на 1000 жінок). У структурі абортів перевагу мають аборти, зроблені за бажанням жінки – 80,0 %. Серед них переважають штучні аборти до 12 тижнів (45,1 %). Питома частка міні-абортів методом вакуум-аспірації є вкрай малою – 34,1 %. Хоча рівень абортів в Україні суттєво знизився, проте їх розповсюдженість є значно вищою, ніж у багатьох високорозвинених країнах. Досвід Нідерландів свідчить, що реального зниження абортів (рівень абортів тут склав 6,5 на 1000 жінок фертильного віку) можна досягти при охопленні сучасними методами контрацепції не менше ніж 40-45 % жінок.

В Україні досягнуто позитивної динаміки у використанні сучасних методів контрацепції (за 1997-2002 рр. рівень застосування гормональних засобів контрацепції збільшився на 62,7 % і становить 108,3 ‰), однак рівень їх використання є ще вкрай низьким (рис. 3). Охоплення жінок внутрішньоматковими засобами знижується (–9,2 ‰). Співвідношення небажаної вагітності і застосування гормональних засобів контрацепції зменшилось з 1:0,9 до 1:0,2 (1997-2002 рр.) у першу чергу за рахунок збільшення кількості жінок фертильного віку, які застосовують засоби гормональної контрацепції [5].

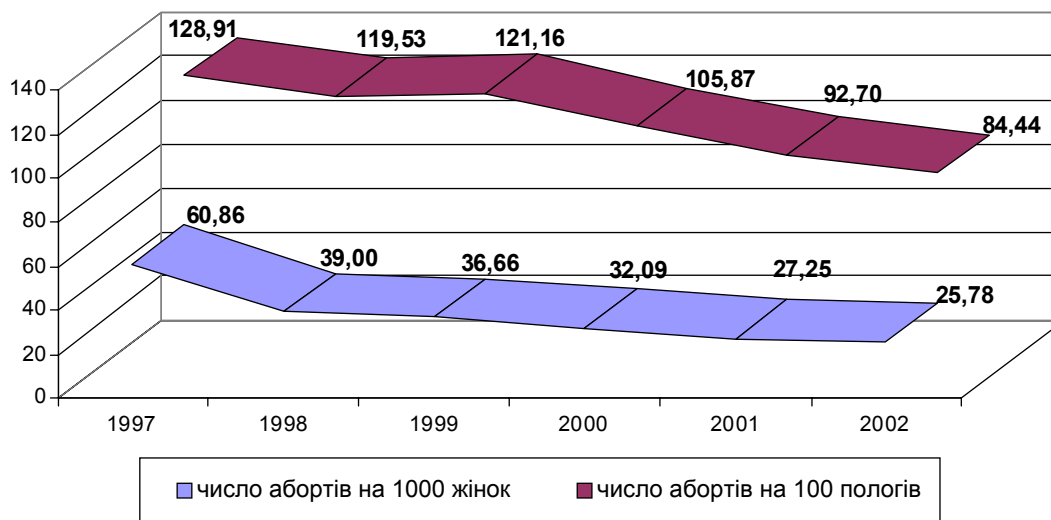


Рис. 2. Рівень абортів на 1000 жінок віком 15-49 років включно та на 100 пологів (1997-2002 рр.).

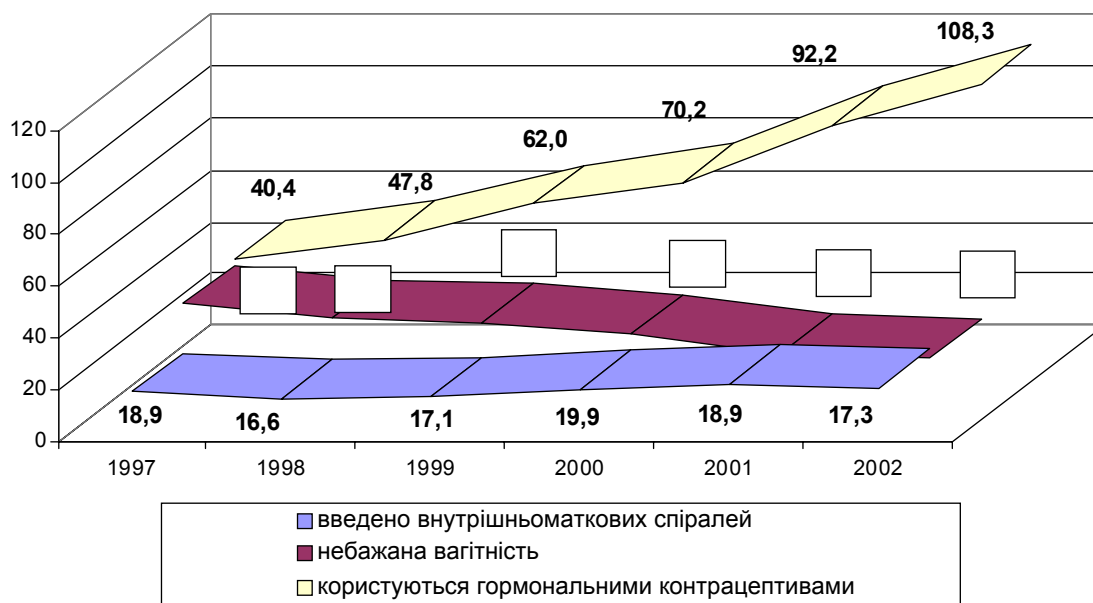


Рис. 3. Динаміка показників небажаної вагітності та її профілактики в Україні в період 1997-2002 рр. (на 1000 жінок фертильного віку).

Важливим фактором стану репродуктивного здоров'я є безплідність – відсутність вагітності у подружньої пари дітородного віку протягом одного року регулярного статевого життя без застосування будь-яких контрацептивних засобів. Вибіркові дослідження на різних територіях України і результати перепису населення свідчать, що кількість безплідних пар в Україні становить близько 1 млн, а рівень безпліддя становить 68 на 1000 жінок фертильного віку. За даними епідеміологічних досліджень, частота безплідних шлюбів серед подружніх пар репродуктивного віку коливається від 80 % до 150 % і розглядається як пряма репродуктивна втрата. Інтерес до проблеми безпліддя зумовлений порушенням репродуктивної системи як жінки, так і чоловіка, оскільки питома частка жіночої безплідності становить 50-60 %, чоловічої 50-40 %. За даними 2002 р., частка жіночої безплідності становить 89,3 %, чоловічої – 10,7 % і коливається на окремих територіях України від 0,5-0,7 до 30,0 %. Це пояснюється низьким рівнем звернень чоловіків до лікувально-профілактичних закладів [5,6].

Встановлена пряма залежність між частотою безплідного шлюбу і кількістю загострень запальних захворювань статевих органів [6]. Незважаючи на позитивну динаміку зниження рівня поширеності сифілісу за шість останніх років (майже у 2 рази), рівень захворюваності серед жіночого населення залишається високим (62,33 на 100 тис. жінок). Особливу стурбованість викликає високий рівень захворюваності на сифіліс (76,28) та гонококову інфекцію (38,17) серед дівчаток-підлітків віком 15-17 років (на 100 тис.)

Значне поширення хвороб, що передаються статевим шляхом, створює сприятливе середовище для ВІЛ-інфекції, яка набула характеру епідемії. На сьогодні зареєстровано понад 52,5 тис. ВІЛ-інфікованих громадян України (з них 4,3 тис. дітей). Це зумовлює підвищену увагу до цієї проблеми з боку служб охорони материнства і дитинства щодо запровадження програми вертикальної трансмісії. Збільшився рівень обстеження на ВІЛ, який сягає 92,18 %, проте все ще недостатнім він залишається в Львівській, Волинській, Кіровоградській, Миколаївській, Чернівецькій областях.

Ця програма особливо важлива з огляду на те, що проведення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції є ефективним засобом попередження передачі цієї інфекції від матері до плода. Так, в 1999 р. кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, що закінчили вагітність пологам, становила 602 особи, у 2001 р. – 1016 осіб, в 2002 р. – 1334 особи. Кількість тих, кому проводилась профілактика вертикальної трансмісії в 1999 р. становила 52 особи (8,6 % від загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних), відповідно в 2001 р. – 782 (77,0 %), в 2002 р. – 1219 (91,4 %). При збільшенні охоплення профілактичним лікуванням зменшується рівень трансмісії, який за попередніми даними у 2003 р. в Україні становитиме близько 10 %, хоча ефективність програми в цілому у світі є високою і рівень трансмісії знижується до 0-4 % [7].

Не менший вплив злоякісних новоутворень на рівень репродуктивного здоров'я. Захворюваність і смертність від раку стабільно підвищуються і перш за все це стосується органів репродуктивної системи – з 56,80 на 100 тис. населення (1997 р.) до 61,70 (2002 р.). Зростає первинна захворюваність на візуальні форми раку: шийки матки – з 18,2 до 18,6 та молочної залози – з 53,7 до 56,2, відповідно. Слід зазначити, 20,0-30,0 % випадків діагностується в пізніх (занедбаних) стадіях. Для порівняння в країнах Європейського Союзу та США відсоток занедбаних стадій не перевищує 5,0-7,0. Як наслідок, в Україні щорічно помирає протягом року з моменту встановлення діагнозу понад 13,0-20,0 % жінок. Висока летальність до року з числа вперше зареєстрованих у попередньому році у Волинській, Донецькій, Луганській, Полтавській, Рівненській областях [5,8].

Погіршення соматичного здоров'я жінок обумовлює збільшення числа захворювань, що ускладнюють вагітність, пологи і післяпологовий період: еклампсії, захворювання системи кровообігу, сечостатевої системи, анемії (табл. 2). Це впливає на здоров'я новонароджених, які в 29,0 % мають відхилення вже при народженні, на рівень материнської, перинатальної та малюкової смертності, що є складовими загрози репродукції особи.

**Таблиця 2. Частота деяких екстрагенітальних захворювань у вагітних жінок в Україні, 1997-2002 рр. (на 100 вагітностей)**

Захворювання	Роки					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Системи кровообігу	5,8	6,4	5,4	6,2	6,8	6,5
Сечостатевої системи	9,2	10,4	11,4	12,1	15,1	15,5
Анемії	35,5	39,4	38,4	38,5	39,1	39,3

В Україні сформувався позитивна тенденція до зниження материнської смертності, проте її рівень залишається вищим, ніж в країнах Європейського Союзу. У 2002 р. показник материнських втрат становив 22,3 на 100 тис. народжених живими і коливався, залежно від регіону, від 8,1 до 46,5. Високий рівень спостерігався в 7 областях при найвищих показниках в Сумській та Чернігівській (46,5), Кіровоградській (44,8) областях. На відносно низькому рівні залишається материнська смертність протягом останніх років у Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Миколаївській областях [7,8].

Спостерігається позитивна динаміка зміни коефіцієнта співвідношення материнської смертності і народжуваності, який за шість останніх років зменшився на 20,0 % і становить 2,8 (2002 р.), (в США – 1,3). За 12 років кардинально змінилась структура материнської смертності. Якщо в 1990 році перше місце займала екстрагенітальна патологія (33,8 %), друге – кровотечі (16,4 %), третє – аборти (19,2 %), а останнє – інші причини (8,9 %), то в 2002 р. на перше місце вийшли інші причини (31,0 %). Частка екстрагенітальної патології становить 22,1 %, кровотеч – 15,9 %, гестозів – 12,5 %, абортів – 11,3 %, сепсису – 5,6 % [5].

Відмічено позитивну тенденцію до зниження плодово-малюкових втрат, яка проявилася на фоні погіршення показників захворюваності новонароджених. Показник малюкової смертності в 2002 р. становив 10,3 %, проте залишився вищим, ніж в розвинених країнах (4,0-5,0 %). Проведені за останні роки заходи щодо реорганізації неонатологічної служби дозволили досягти стійкої тенденції до зменшення втрат дітей перших тижнів життя. Однак є регіони, де даний показник залишається високим – Запорізька (7,6 %) та Черкаська (7,1 %) області, в основному за рахунок високого рівня ранньої неонатальної смертності (5,3 % та 5,6 %, відповідно) [8].

Для оцінки ефективності роботи служби материнства та дитинства, а також для розробки найбільш ефективних управлінських рішень щодо профілактики перинатальної та малюкової смертності ВООЗ рекомендує враховувати ряд нових показників. Серед них – плодово-малюкові втрати, які об'єднують мертвонароджуваність та малюкову смертність [9,10]. Французькі дослідники (Blondel V., Breart Y., 1990) назвали цей показник фето-інфантильними втратами, об'єднавши цим терміном значну частину причин вказаних втрат, і обґрунтували можливість виявлення

найбільших втрат в період з 28 тижнів гестації до 1 року життя. Розрахунок фетоінфантильних втрат на 1000 народжених дозволяє дати комплексну оцінку фактичного стану втрат. При порівняльній оцінці фетоінфантильних втрат по Україні за 1997 та 2002 роки зменшилась питома частка мервонароджуваності та ранньої неонатальної смертності,

дещо збільшилась питома частка пізньої неонатальної та постнеонатальної смертностей (рис. 4). Це можна пояснити ефективною роботою акушерсько-гінекологічної служби з антенатальної охорони плода та впровадженням первинної реанімації новонароджених в роботу акушерських стаціонарів.

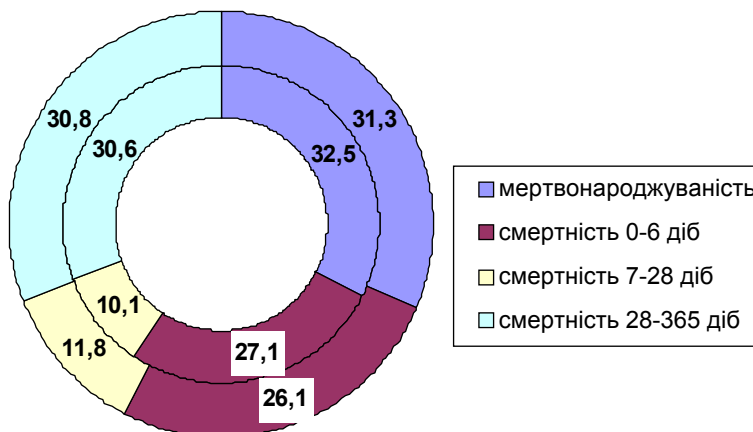


Рис. 4. Структура фетоінфантильних втрат по Україні за 1997 та 2002 роки (%).

Таким чином, в Україні досягнута позитивна тенденція стабілізації інтегральних показників репродуктивного здоров'я – зниження абортів, материнської та малюкової смертності. На державному рівні вирішується питання впровадження принципів безпечного материнства, поліпшення правових, соціальних, медичних механізмів захисту здоров'я жінок і новонароджених, рівня надання їм медичної допомоги, що сприяє зниженню захворюваності та смертності матерів і дітей. Подальше покращання репродуктивного здоров'я населення передбачає здійснення конкретних заходів за напрямками: удосконалення нормативно-правової бази; розробка та впровадження сучасних методично-організаційних засад діяльності окремих підрозділів акушерсько-гінекологічної служби; забезпечення якості та доступності медичних послуг з питань репродуктивного здоров'я; проведення наукових досліджень з питань охорони здоров'я матерів та дітей; інформаційне забезпечення населення з питань збереження репродуктивного здоров'я.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Доповідь про виконання в Україні Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Проект: Шоста періодична доповідь (подається відповідно до ст.18 Конвенції ООН про ліквідацію всіх

форм дискримінації щодо жінок). – К: Український ін-т соціальних досліджень, 2001. – 81 с.

2. Фінансування охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Звіт Українського національного комітету представлений на Регіонарній конференції з фінансування охорони репродуктивного здоров'я / Н. Лакіза-Сачук, В. Дорогунцова, Н. Гойда та ін.// Проект "Полісі". – Австрія, 2000. – 75 с.

3. Стешенко В., Иркина Т. Некоторые аспекты демографической ситуации в Украине: репродуктивное здоровье и планирование семьи. – К.: Академпресс, 1999. – 31 с.

4. Про становище сімей в Україні: Доповідь за підсумками 1999 р. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 212 с.

5. Стан жіночого населення в Україні за 2002 рік (статистично-аналітичний довідник) / М.В. Голубчиков, Р.О. Моїсеєнко, В.М. Венцківський та ін. – Кіровоград: ПП "Поліум", 2002. – 233 с.

6. Чайка В.К. Основы репродуктивной медицины. – Донецк: ООО "Альматео", 2001. – 608 с.

7. Моїсеєнко Р.А. Охрана здоровья матерей и детей в Украине: проблемы и перспективы// Здоровье женщины. – 2003. – №3. – С. 8-16.

8. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001) / В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко, Т.С. Грузева та ін. – К., 2002. – 384 с.

9. Кулаков В.И. Акушерско-гинекологическая помощь. – М: МЕДпрес, 2000. – 512 с.

10. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М: Триада-Х, 1997. – 188 с.

УДК 616-022.6-055.2-053.86-076

Борисюк О.Ю., Кондратюк В.К., Чубей Г.В., Подоляка Д.І.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ГЕНІТАЛЬНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ЇЇ АКТИВНОСТІ**

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ГЕНІТАЛЬНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ЇЇ АКТИВНОСТІ – На основі обстеження 81 пацієнтки з інфекціями, що передаються статевим шляхом, виявлені особливості клінічного перебігу, діагностики генітальної вірусної інфекції у жінок репродуктивного віку залежно від ступеня її активності. Встановлені відмінності в

структурі порушень репродуктивної функції у жінок з різними формами вірусної інфекції.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЕЕ АКТИВНОСТИ – На основании обследования 81 пациентки с инфекциями передающимися половым