

ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В., Маевская Н.Ф.* Диагностика и лечение послеродовой субинволюции матки // Критические состояния в акушерстве и гинекологии: Материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конф. — Петрозаводск, 2005. — С. 28-31.
2. *Акушерство и гинекология / Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. М.: Мед. лит., 2004. — 548 с.*
3. *Анализ причин субинволюции матки после родов / Е.В. Голицына, С.Б. Крюковский, И.М. Майорова и др. // Мать и дитя: Материалы II Российского форума. — М., 2000. — С. 35.*
4. *Горин В.С., Серов В.Н., Семенов Н.Н.* Диагностика и лечение послеродового эндометрита // *Акушерство и гинекология.* — 2001. — № 6. — С. 10-14.
5. *Кутеко А.Н., Гавриленко А.С., Стрижова Н.В.* Сходство и различие клинико-лабораторных показателей субинволюции матки и послеродового эндометрита // *Мать и дитя: Материалы IV Российского форума, тезисы докладов.* — М., 2002. — Ч. 1. — С. 366-368.
6. *Мальцева Л.И., Зефирова Т.П.* Значение хронической урогенитальной инфекции в развитии аномалий сократительной деятельности матки у женщин // *Мать и дитя: Материалы V Российского форума, 6–10 окт. 2003 г.* — М., 2003. — С. 133-134.
7. *Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В.* Значение дополнительных методов исследования в диагностике субинволюции матки // *Мать и дитя: Материалы VII Российского форума, 11–14 окт. 2005 г.* — М., 2005. — С. 236.
8. *Стрижова Н.В., Кутеко А.Н., Гавриленко А.С.* Сходство и различия субинволюции матки и послеродового эндометрита // *Акушерство и гинекология.* — 2005. — № 1. — С. 30-34.
9. *Dell Valle-Padilla M.A.* Puerperal infection. Analysis of 618 cases // *Gynecol. Obstet. Mex.* — 1997. — Vol. 650. — P. 33-38.
10. *Faro S.* Postpartum endometritis // *Clin. Perinatol.* — 2005. — Vol. 32, №3. — P. 803-814.

УДК: 618.3-06:618.15-002]-06:618.5-001-06-084-085.281-035

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РОДОВОГО
ТРАВМАТИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ
КОЛЬПИТОМ**

БОРИС Е.Н., СУМЕНКО В.В., ОНИЩИК Л.Н., СОТНИЧЕНКО А.В.

г.Киев

Инфекционные заболевания женских половых органов представляют серьезную медико-социальную проблему. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении урогенитальных инфекций, они продолжают занимать одно из первых мест, в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. Наличие инфекции половых путей у женщин в период беременности существенно отягощает ее течение и исход. Повышается частота развития послеродовых гнойно-септических заболеваний, а также повреждения мягких тканей родового канала (наружных половых органов, влагалища, промежности), шейки и тела матки [1,7,9,13].

Любое нарушение вагинального микроценоза с подавлением роста лактобактерий или изменения, способствующие подавлению их кислотообразующей функции, могут привести

к развитию неспецифического или кандидозного кольпита, бактериального вагиноза, общим и ведущим симптомом которых являются патологические бели. Одним из основных барьеров на пути инфекции являются микробные ассоциации нормальной микрофлоры человека. Их роль заключается в создании биологической защиты от патогенных микроорганизмов. Нарушение баланса между представителями вагинального микробиоценоза приводит к возникновению источника инфекции в женском организме. В то же время полное подавление нормальной микрофлоры резко снижает колонизационную резистентность микробиологических ниш и делает эти участки практически беззащитными перед любыми микроорганизмами. Одним из наиболее сложных аспектов диагностики и лечения инфекций нижних отделов половых путей является полиморфизм возбудителей, частое наличие микст-инфекций и их вариабельность [3,11,17,19].

В последние годы активно обсуждается вопрос о целесообразности недифференцированной терапии у больных с подозрением на заболевания, передаваемые половым путем, о способах ее проведения, выборе препаратов и дозы. Представляется рациональным при первом же обращении больных и взятии у них анализов назначать недифференцированную терапию, что позволяет сократить сроки не только обследования, но и достижения клинического выздоровления. Вместе с тем, на наш взгляд, не менее важным является вопрос предродовой недифференцированной

Заболевания, вызванные смешанной инфекцией, имеют более длительное течение, часто рецидивируют, при необходимости выполнения диагностических процедур на фоне микст-инфекции чаще возникают различные осложнения. При смешанной инфекции, особенно при хронизации процесса, добиться стойкого излечения довольно сложно. Возбудителем инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполювых органов является большая группа бактерий и вирусов. Кроме агентов, входящих в состав инфекций, передаваемых половым путем, наиболее значимыми являются условно-патогенные микроорганизмы. Такие строгие анаэробы, как бактероиды, фузобактерии, пептострептококки, эубактерии, вейлонеллы, в подавляющем большинстве случаев встречаются в ассоциациях с факультативно-анаэробными микроорганизмами, микроаэрофилами: коринебактериями, клебсиеллами, другими энтеробактериями, кампилобактериями [4,9].

Микробные ассоциации являются поливалентными этиологическими агентами. В зависимости от количества и состава возбудителей, их доли среди других микроорганизмов, симбиотически-антагонистических отношений между различными представителями микрофлоры, факторов вирулентности значительно варьируют патогенность, клинические проявления и чувствительность к антибиотикам каждого конкретного набора возбудителей [6,14,19].

При этом нередко обнаруживается сочетанная инфекция нижних отделов половых путей, особенно у беременных женщин. Они очень уязвимы в плане проникновения и активации возбудителей хронической внутриматочной инфекции, так как при беременности отмечается тенденция к активации резидентных микроорганизмов из-за сдвига баланса половых гормонов. В результате изменения иммунного и гормонального статусов у беременных во влагалище создаются благоприятные условия для роста бактериальной флоры. При беременности наблюдается снижение активности фагоцитов, Т-клеток, снижение содержания антител (IgA) в цервикальном канале, что приводит к нарушению системы защиты от персистирующего высокого обсеменения бактериальной микрофлорой. Изменяется значение pH (>4,5), повышается содержание гликогена, накапливается в свободном виде глюкоза. Все эти факторы способствуют тому, что у беременных в 2-4 раза чаще, чем у небеременных, развиваются вульвовагиниты [5,8].

Если родоразрешение происходит на фоне вульвовагинита, то отечные, воспаленные ткани промежности и влагалища плохо поддаются растяжению — наблюдается высокая частота их травм (включая профилактические разрезы промежности: эпизио- и перинеотомии). В послеродовом периоде нередко инфекционные осложнения: нагноение, расхождение, вторичное заживление травм влагалища и промежности. Таким образом, лечение вульвовагинитов у беременных является важным фактором профилактики инфекционных осложнений травм промежности [10,17].

Разрывы вульвы происходят обычно в области малых половых губ, клитора и представляют собой поверхностные трещины, надрывы. Травмы влагалища обычно сочетаются

с разрывом промежности в том случае, если они локализируются в нижней ее трети. Разрывы влагалища в верхней трети промежности иногда переходят на свод влагалища и тогда сочетаются с разрывами шейки матки. Средняя треть влагалища вследствие своей растяжимости гораздо реже подвергается повреждениям. Иногда разрыв и размозжение тканей захватывают только глубокие подслизистые слои влагалища, эластическая слизистая оболочка остается целой [12,20].

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы промежности. Последние возникают при технических погрешностях проведения влагалищных родоразрешающих операций или неправильном оказании ручного пособия [15,20].

По глубине повреждения все разрывы промежности делятся на три степени.

К разрывам I степени относят разрывы кожи промежности на небольшом протяжении задней спайки и нижней трети влагалища. К разрывам II степени относят разрывы не только перечисленных тканей, но и мышц тазового дна, в основном мышцы, поднимающей задний проход (*m.levator ani*), кроме сфинктера прямой кишки, который остается неповрежденным. К разрывам III степени относят более глубокие повреждения, куда оказывается вовлеченным сфинктер прямой кишки, а иногда и часть прямой кишки [3,16].

Разрыв промежности III степени относят к тяжелому виду акушерского травматизма. Неквалифицированное оказание медицинской помощи при разрыве III степени может привести к инвалидизации пациентки. К редкому виду травм относят центральный разрыв промежности, когда плод рождается не через половую щель, а через отверстие, образовавшееся в центре промежности. При этом остаются сохраненными сфинктер прямой кишки и задняя спайка, однако очень сильно повреждаются ткани, лежащие между этими двумя образованиями. В некоторых случаях происходят глубокие повреждения мышц промежности без нарушения целостности кожи. Разрывы шейки матки чаще всего происходят в направлении снизу вверх, т.е. от наружного зева к внутреннему. В зависимости от глубины различают 3 степени разрыва шейки матки [6,14].

К разрывам I степени относят разрывы шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см, к разрывам II степени — разрывы протяженностью более 2 см, но на 1 см не доходящие до свода влагалища, к разрывам III степени — разрывы, доходящие до свода влагалища или переходящие на него. Разрывы III степени — тяжелый вид акушерского травматизма, при котором невозможно исключить переход разрыва шейки матки на область ее нижнего сегмента [12,18].

Одним из главных условий профилактики и лечения осложнений беременности, развившихся на фоне урогенитальной инфекции, является своевременная адекватная и комплексная терапия инфекционных заболеваний. Своевременная санация беременной предотвращает инфицирование плода. Терапия должна проводиться с учетом характера возбудителя и его чувствительности к препарату, фармакокинетики применяемых средств, срока беременности на момент лечения [2,20].

Выбор «идеального» антисептического препарата, рекомендуемого для лечения инфекций нижних отделов урогенитального тракта у беременных, базируется на ряде требований: препарат должен обладать широким спектром действия; не должен нарушать функциональную активность лактобацилл и подавлять их биологический цикл; в состав препарата не должны входить антибиотики, вызывающие системный эффект; применение препарата должно быть возможно в различные сроки беременности без побочных эффектов для матери и плода; препарат должен отличаться хорошей переносимостью.

Целью нашего исследования явилось сравнение эффективности профилактики родового травматизма у беременных II-III триместра с неспецифическим кольпитом с применением антисептических средств: Октенисепта (производство «Schülke&MaуrGmbH», Германия), содержащего октенидина дигидрохлорид и феноксиэтанол, и препарата, представляющего собой комплекс поливинилпирролидона и йода, в течение 10 дней.

Материалы и методы

Данное исследование мы проводили среди беременных, которые проходили обследование и лечение в акушерском отделении и женской консультации Киевского городского центра репродуктивной и перинатальной медицины (КГЦРПМ), который является клини-

ческой базой Украинского государственного института репродуктологии и кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика.

Отбор пациенток проводился на основании критериев включения и исключения при условии получения информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии включения: возраст беременных - репродуктивный, от 18 до 40 лет; диагноз – неспецифический кольпит во II-III триместре беременности, подтвержденный бактериоскопически и бактериологически. В исследовании использовались следующие методы диагностики: кольпоскопический, цитологический, бактериоскопический, бактериологический.

При кольпоскопическом исследовании определялись: характер выделений, цвет и состояние слизистой, наличие сосудов, которые реагируют на диагностический раствор (3% *acidi aceticum*), сужение и появление сосудов, которые являются критериями воспалительного процесса.

Цитологически и бактериоскопически препараты окрашивались по Папаниколау, Папенгейму и Романовскому-Гимзе.

Критерии исключения:

- беременные I-II триместра;
- беременные с наличием специфической инфекции, требующие назначения антибактериальной терапии;
- гиперчувствительность к компонентам препарата;
- сопутствующие заболевания или острые состояния, наличие которых могло бы существенно повлиять на результаты исследования;
- необходимость приема других лекарственных препаратов;
- участие в каком-либо другом клиническом исследовании.

В I (основную) группу исследования входило 48 беременных II-III триместра с неспецифическим кольпитом. Данной группе беременных проводилась санация влагалища антисептическим препаратом Октенисепт, содержащим октенидина дигидрохлорид и феноксиэтанол. Процедура проводилась методом орошения дважды в день в течение 10 дней.

Во II (контрольную) группу вошли 47 беременных II-III триместра с неспецифическим кольпитом, которым проводилась санация влагалища антисептическим препаратом, представляющим собой комплекс поливинилпирролидона и йода, также методом орошения дважды в день в течение 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

Характеристики клинической картины больных в обеих группах были однородными. Частота различных признаков и симптомов неспецифического вагинального кольпита (например, обильные выделения, зуд половых органов, гиперемия, болезненность, жжение, отек половых органов, отек слизистой влагалища, гиперемия, кольпоскопически «игра» сосудов и др.) была сходной у всех женщин.

Проведенные исследования, представленные в таблицах 1 и 2, показали, что в микробном спектре микробиоценоза урогенитальных органов у беременных с неспецифическим вагинальным кольпитом присутствует разнообразная коккобактериальная микрофлора.

У женщин основной группы до лечения во влагалище были определены следующие виды микроорганизмов: стафилококк эпидермальный составил 79,2% (у 38 беременных), стафилококк золотистый - 12,5% (у 6 беременных), энтерококки – 37,5% (у 18 женщин), кишечная палочка - 45,8% (у 22 женщин), стрептококки – 6,25% (у 3 женщин), грибы рода *Candida* – 64,5% (у 31 женщины), лактобактерии – 8,3% (у 4 женщин). После проведенного курса противовоспалительной терапии наблюдалась положительная динамика, а именно: стафилококк эпидермальный составил 25% (у 12 беременных), стафилококк золотистый – 4,2% (у 2 беременных), энтерококки – 4,2% (у 2 женщин), кишечная палочка – 8,3% (у 4 женщин), стрептококки – 2,1% (у 1 женщины), грибы рода *Candida* – 4,2% (у 2 женщины), на фоне увеличения лактобактерий – 95,8% (у 46 женщин) у женщин основной группы.

У женщин контрольной группы до лечения во влагалище определялись следующие виды микроорганизмов: стафилококк эпидермальный составил 83% (у 39 беременных), стафилококк золотистый – 19,1% (у 9 беременных), энтерококки – 34% (у 16 женщин),

кишечная палочка – 40,4% (у 19 женщин), стрептококки – 8,5% (у 4 женщин), грибы рода *Candida* – 61.7% (у 29 женщины), лактобактерии – 4,2% (у 2 женщин). После проведенного курса противовоспалительной терапии наблюдалась положительная динамика, а именно: стафилококк эпидермальный составил 32% (у 15 беременных), стафилококк золотистый – 6,4% (у 3 беременных), энтерококки – 10,6% (у 5 женщин), кишечная палочка – 12,8% (у 6 женщин), стрептококки – 4,2% (у 2 женщин), грибы рода *Candida* – 6,4% (у 3 женщины), на фоне увеличения лактобактерий – 78,7% (у 37 женщин) у женщин контрольной группы.

При цитологическом и бактериологическом исследованиях определялись: на фоне большого количества лейкоцитов обильная кокковая и бактериальная микрофлора (рис. 1, 2); кокки, расположенные цепочками – стрептококки (рис. 4); псевдомицелий и хламидоспоры гриба рода *Candida* (рис. 3, 4); во всех случаях отмечались умеренные или выраженные дистрофические изменения эпителия и лейкоцитов.

Во время приема назначенной терапии женщины, которые принимали участие в исследовании, не предъявляли никаких жалоб, связанных с приемом препарата.

По окончании лечения отмечалась положительная тенденция к улучшению субъективного и объективного состояний исследуемых как врачом, так и пациентками.

Таблица 1

Количественные показатели биоценоза разных биотопов организма женщин основной группы с неспецифическим вагинальным кольпитом до и после лечения

Виды микро-организмов	Значение показателей по биотопам до лечения n = 48		Значение показателей по биотопам после лечения n = 48	
	Влагалище		Влагалище	
	Абс.	%	Абс.	%
Стафилококк эпидермальный	38	79,2±3,54	12*	25±0,06
Стафилококк золотистый	6	12,5±0,42	2*	4,2±0,02
Энтерококк	18	37,5±1,8	2*	4,2±0,02
Кишечная палочка	22	45,8±1,97	4*	8,3±0,75
Стрептококк	3	6,25±0,03	1*	2,1±0,04
Грибы рода <i>Candida</i>	31	64,5±3,10	2*	4,2±0,02
Лактобактерии	4	8,3±0,75	46*	95,8±1,9

*Примечание: p<0,05

Таблица 2

Количественные показатели биоценоза разных биотопов организма женщины контрольной группы с неспецифическим вагинальным кольпитом до и после лечения

Виды микро-организмов	Значение показателей по биотопам до лечения n = 47		Значение показателей по биотопам после лечения n = 47	
	Влагалище		Влагалище	
	Абс.	%	Абс.	%
Стафилококк эпидермальный	39	83,0±3,18	15*	32±1,52
Стафилококк золотистый	9	19,1±0,8	3*	6,4±0,14
Энтерококк	16	34±1,64	5*	10,6±0,10
Кишечная палочка	19	40,4±2,0*	6*	12,8±0,44

Продолжение табл. 2

Виды микро-организмов	Значение показателей по биотипам до лечения n = 47		Значение показателей по биотипам после лечения n = 47	
	Влагалище		Влагалище	
	Абс.	%	Абс.	%
Стрептококк	4	8,5±0,06	2*	4,2±0,02
Грибы рода Candida	29	61,7±3,06	3*	6,4±0,14
Лактобактерии	2	4,2±0,02	37*	78,7±3,29

*Примечание: $p < 0,05$

Следующим этапом диагностики являлись цитологический, бактериоскопический и бактериологический контроль, который проводили через 10 дней после окончания лечения. Цитологически дистрофические изменения эпителия отсутствовали или были слабо выражены. Бактериоскопический контроль характеризовался восстановлением биоценоза, наличием лактобактерий, отсутствием лейкоцитов, небольшого количества коккобактериальной микрофлоры, а кроме того мы не выявляли псевдомицелия, ростковых трубок и спор дрожжеподобного гриба (рис.5).

При бактериологическом контроле определялось значительное уменьшение или отсутствие патогенной микрофлоры и грибов типа кандиды. (рис. 5, 6).

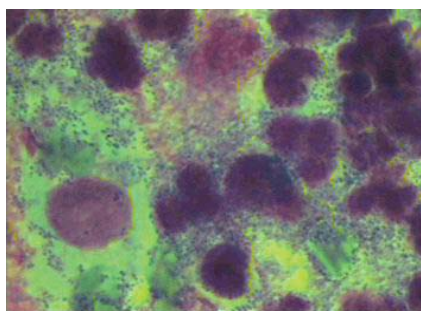


Рис.1. Цитограмма. Наличие большого количества коккобактериальной микрофлоры, лейкоцитов, дистрофические изменения эпителия. Окраска по Папенгейму. X 1000.



Рис.2. Цитограмма. Наличие большого количества лейкоцитов, кокков, расположенных цепочками (стрептококки), дистрофические изменения лейкоцитов. Окраска по Романовскому-Гимзе. X 1000.

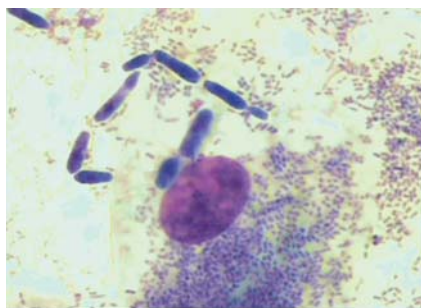


Рис.3. Цитограмма. Наличие большого количества коккобактериальной микрофлоры, псевдомицелий гриба рода Candida. Окраска по Папенгейму. X 1000.



Рис.4. Цитограмма. Наличие большого количества псевдомицелий и хламидоспор грибка рода Candida. Окраска по Папенгейму. X 1000.

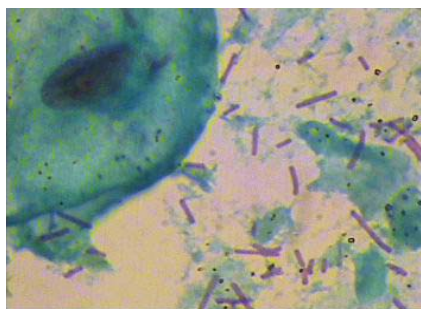


Рис.5. Цитограмма. Наличие большого количества лактобактерий, после лечения лейкоциты и элементы грибка отсутствуют. Окраска по Папаниколау. $\times 1000$.

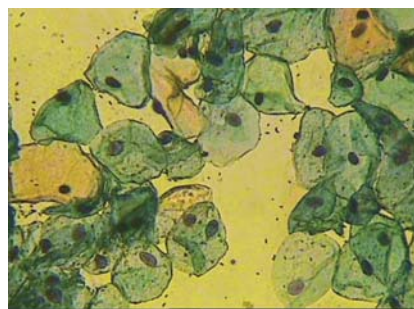


Рис.6. Цитограмма. Преобладают навикалярные клетки, лейкоциты отсутствуют, лактобактерии единичные. Окраска по Папаниколау. $\times 400$.

Оценка результатов исследования у женщин основной группы с неспецифическим вагинальным кольпитом, которым проводилось лечение Октенисептом, содержащим октенидина дигидрохлорид и феноксиэтанол, и контрольной группы женщин, которым проводилось лечение антисептическим препаратом, содержащим поливинилпирролидон и йод, проводилась по клиническим признакам и лабораторным показателям.

Анализ родового травматизма у женщин, получавших предродовую санацию, позволил установить, что в основной группе родовый травматизм наблюдался у 9 (18,75%) пациенток: разрывы шейки матки I степени – в 5 случаях (10,4%), II степени – в 2 случаях (4,2%); разрывы промежности I степени – в 4 (8,3%) случаях, разрывы промежности II степени – в 1 (2,1%), разрывы влагалища – в 4 (8,3%). В то же время в группе сравнения родовый травматизм наблюдался в 13 (27,6%) случаях: разрывы шейки матки I степени – в 7 случаях (14,9%), II степени – в 3 случаях (6,4%); разрывы промежности I степени – у 8 (17%), II степени – у 4 (8,5%), разрывы влагалища – у 6 (12,8%) женщин.

Темпы и характер заживления ран в послеродовом периоде также различались в обследованных группах. Среди родильниц основной группы с травмой промежности заживление ран первичным натяжением произошло у всех 5 пациенток, в то время как в группе сравнения у 4 женщин наблюдали инфильтрацию, гиперемию раны промежности, у 2 – частичное расхождение раны, у 2 – полное расхождение раны и заживление вторичным натяжением.

Проведенные исследования подтверждают высокую частоту травм промежности и инфекционных осложнений при заживлении ран промежности у беременных контрольной группы, что диктует необходимость использования более эффективных препаратов для профилактики этой патологии до родоразрешения. Октенисепт, содержащий октенидина дигидрохлорид и феноксиэтанол, показал высокую эффективность в профилактике родового травматизма у беременных с неспецифическим кольпитом. Отсутствие влияния на нормальную микрофлору влагалища позволяет широко использовать данное лекарственное средство у беременных без риска возникновения дисмикробиоценоза вагинальной микрофлоры.

Выводы

На основании проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Октенисепт (производства «Schülke&Mayr GmbH», Германия), содержащий октенидина дигидрохлорид и феноксиэтанол, безопасен и не противопоказан к применению у беременных и родильниц.
2. Октенисепт практически не вызывает побочных эффектов и аллергических реакций.
3. Высокая эффективность препарата, максимально широкий спектр деятельности и отсутствие резистентности позволяет широко применять его в акушерской практике для профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища у беременных женщин.

4. Предродовая профилактика Октенисептом значительно, по сравнению с традиционными антисептиками, снижает частоту возникновения в родах травматического повреждения тканей родового канала и улучшает результаты заживления послеродовых травм.
5. Препарат имеет высокую комплаентность у пациенток, фармакоэкономичен, что позволяет рекомендовать Октенисепт в качестве препарата выбора для предродовой санации в амбулаторных условиях и в акушерских стационарах за счет снижения последующих затрат на лечение послеродовых осложнений.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Использование интравагинальных средств менструальной гигиены и микрофлора влагалища. Информационный журнал по акушерству и гинекологии – АГ-Инфо. 2000, № 1, С. 44-46.
2. Грищенко О.В., Дудко В.Л., Лахно И.В., Дудко Л.В., Сторчак А.В. Актуальные вопросы экологии и лечения вагинального кандидоза: Методические рекомендации. Харьков: ХМАПО; 2005; 37 с.
3. Ершов Г.В., Бочкарев Д.Н и др. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2004; 6 (2): 201-3.
4. Кисина В. И. Урогенитальный трихомоноз: проблемы и пути их решения // ИППП. – 2001. – № 6.
5. Квітка Н.В., Перемот С.Д., Смілянська М.В. Проблема внутрішньоклітинних інфекцій в етіології запальних гінекологічних захворювань // Annals of Mechnicov Institute -2008 - N 1.
6. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии. М., 2003, С. 33-39.
7. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Жуманова Е.Н. Вульвовагинальная инфекция. Ж. Трудный пациент. 2004, № 5, С. 15-19.
8. Панкратов В.В. Роль комбинации системного и местного лечения при трихомонозе. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003, т. 2, №2, С. 85-88.
9. Писарева С.П., Воробйова Л.І. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок, інфікованих мікоплазмами та уреоплазмами // Тези наук.-практ. Конференції «Сучасні проблеми перинатальних інфекцій у вагітних та новонароджених» - Київ, 2008.
10. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза. Русский медицинский журнал. 2002, т. 10, № 18, С. 795-797.
11. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с.
12. Резниченко Г.И. Рациональная терапия вульвовагинитов смешанной этиологии и профилактика рецидивов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2005. – № 1.
13. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. и др. Акушерство: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 816 с.
14. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология // М.: 2006 – 516 с.
15. Серов В.Н., Тихомиров А.Л. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов, Методическое пособие. М., 2002, С. 22-29.
16. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А. Современный метод лечения генитальных инфекций // АГ-инфо - 2006 - №1.

17. Тихомиров А. Л., Юдаев В. Н., Лубнин Д. М. Современный алгоритм терапии воспалительных заболеваний половой системы // Рус. мед. журнал. – 2003. – Том 11, № 1.
18. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов в оперативной и неоперативной гинекологии. Методические рекомендации. М., 2005, С. 15-23.
19. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, I. J of STD, 4-2002.
20. Wiesenfeld H.C., Hillier S.L. et al. Genital Infections and endometritis. Obstet Gynecol. 2002, Sep; 100 (3): 456-63.

УДК 618.145+618.177-089.888.11

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГРАММАХ ВРТ

*БОРИС Е.Н., СУСЛИКОВА Л.В., КАМИНСКИЙ А.В.,
ОНИЩИК Л.Н., СЕРБЕНЮК А.В.*

г. Киев

Репродуктивная медицина – особое направление медико-биологических знаний, планирования семьи, безопасного материнства и сексуального здоровья. Она вобрала в себя достижения многих наук и ею изучаются все аспекты репродуктивного здоровья человека с момента рождения и до глубокой старости. Современная репродуктивная медицина – медицина семьи в целом. Одна из актуальных медико-социальных проблем в наши дни – бесплодный брак. В последние десятилетия в развитых странах мира растет количество супружеских пар, столкнувшихся с этой проблемой [1,4,7].

Проблема бесплодия - глобальная, выходящая за рамки государственной и требующая индивидуального подхода к супружеской паре. Ведущее место в структуре женского бесплодия занимает трубно-перитонеальная форма [3,9]. Проблема лечения больных, страдающих бесплодием трубно-перитонеального генеза, сохраняет свою актуальность, несмотря на существенный прогресс в инструментальном исполнении и широкий арсенал медикаментозных средств [5–7,11]. Кроме того, при бесплодии трубно-перитонеального генеза чаще всего встречается нарушение морфофункционального слоя эндометрия, развивающегося на фоне длительных хронических заболеваний органов малого таза и ранее проведенных различных вариантов лечения.

В условиях постоянного присутствия повреждающего агента в ткани не происходит завершения заключительной фазы воспаления (регенерации), нарушается тканевой гомеостаз и формируется целый каскад вторичных повреждений. Нарушение микроциркуляции в эндометрии приводит к ишемии и гипоксии ткани, активированные макрофаги в очаге воспаления выступают источником активных радикалов кислорода и перекиси водорода и запускают процесс перекисного окисления липидов и повреждение клеточных мембран.

Основным диагностическим критерием оценки состояния эндометрия при 2D ТВЭ является его толщина (Kovach P. et al., 2003). Эхографическая толщина эндометрия отображает степень подготовки эндометрия эстрогенами. Доказано, что в случаях, когда толщина эндометрия менее 5 мм, имплантация не происходит и перенос эмбрионов лучше не проводить (Zaidi J. et al., 1995). В литературе описаны лишь единичные случаи наступления беременности, когда толщина эндометрия в циклах ЭКО была менее 5 мм (Sundstrom P., 1998). Толщина эндометрия в пределах 5–7 мм является субоптимальной, то есть имплантация возможна, но ее вероятность низка по сравнению с толщиной эндометрия выше 7 мм. Идеальной толщиной эндометрия считается 9–12 мм (Zaidi J. et al., 1995).