

Проводили исследование уровня трофобластического бета-1-гликопротеина (ТБГ) методом иммуноферментного анализа. Также проводился анализ коагулограммы, до и после лечения. Критерием отбора пациентов было наличие у них гипоплазии хориона, небольшое желтое тело, достаточно низкий уровень ТБГ и признаки гемоконцентрации.

Основными этиологическими факторами угрозы прерывания беременности в первой и второй группе явились сочетание инфицирования и гипофункции яичников (в первой группе у 34,6 %, во второй у 33,3 %), сочетание инфицирования с нейродистрофией эндометрия и гипофункцией яичников (в первой группе у 38,5 %, во второй у 37,5 %), гипофункция яичников (у 20,8 % женщин первой группы и у 16,7 % второй). Сочетание инфицирования с нейродистрофией эндометрия и гиперандрогенией выявлено у 8,3 % беременных первой группы и у 12,5 % женщин второй. В обеих группах среди гинекологических заболеваний преобладали гормональная дисфункция в виде кист яичников (26,9 % женщин первой группы и 20,8 % второй группы). Нарушения менструального цикла в виде опсоменореи выявлено у 4 женщин, 15,4 % и 16,7 %, соответственно. Хронический воспалительный процесс гениталий наблюдался в основной группе у 38,5 % и у 41,7 % беременных в контрольной группе. Эрозия шейки матки выявлена у 23,1 % в основной группе, из них у 4 выявлено ЗППП до беременности. В группе контроля эрозия наблюдалась у 20,8 % женщин. Из акушерского анамнеза, у пациенток основной группы выявлено в 38,5 % случаев медицинский аборт, причем прерывание более 2 раз у 80 % из этих женщин, самопроизвольный выкидыш в 19,2 % случаев, привычное невынашивание у 15,4 %, отсутствие беременности более 1 года у 11,5 %. Первая беременность в данной группе констатирована лишь у 1 женщины, что составило 3,8 %, неразвивающаяся беременность встретилась в 3 случаях (11,5 %). В группе сравнения данные анамнеза не имели значимых различий.

В первой группе лечение медицинским озоном проводилось с использованием методики озонотерапии

путем внутривенных инфузий озонированного физиологического раствора натрия хлорида (0,9 %) в количестве 400 мл, 1 раз в сутки в течение 5 дней. В группе сравнения проводилось гормональное лечение (утрожестан), витаминотерапия, магниезиальная терапия. Исходно, до назначения терапии, в первой группе толщина хориона составила  $7,2 \pm 0,3$  мм, в группе сравнения —  $7,5 \pm 0,3$  мм. После лечения медицинским озоном толщина хориона увеличивалась более значительно ( $12,2 \pm 0,3$  мм,  $p < 0,01$ ), нежели после традиционной терапии ( $10,5 \pm 0,3$  мм). Уровень ТБГ в первой группе до лечения составил  $703 \pm 53$  нг/мл, во второй  $785 \pm 51$  нг/мл. Через неделю после лечения у беременных, получавших медицинский озон, уровень гормона составил  $1650 \pm 48$  нг/мл, на фоне гормональной терапии увеличение было менее значимым —  $1420 \pm 52$  нг/мл ( $p < 0,01$ ). Уровень фибриногена в первой группе на фоне озонотерапии снизился с  $4,1 \pm 0,1$  г/л до  $3,2 \pm 0,1$  г/л ( $p < 0,01$ ). На фоне гормональной терапии наблюдалась только тенденция снижения с  $4,2 \pm 0,1$  г/л до  $3,9 \pm 0,1$  г/л. Протромбиновое время повышалось с  $12 \pm 0,15$  с до  $13,1 \pm 0,1$  с ( $p < 0,01$ ) на фоне озонотерапии, в группе сравнения наблюдалась лишь тенденция повышения, с  $12,8 \pm 0,1$  сек до  $13 \pm 0,1$  сек.

Таким образом, неблагоприятные условия для имплантации, обусловленные недостаточностью децидуальной ткани, которая связана с гормональными расстройствами, атрофическими изменениями эндометрия после выскабливания, часто сопровождаемыми инфекцией, приводят к снижению процессов васкуляризации и гипоплазии ворсин хориона. Все это нарушает процессы имплантации и обуславливает развитие первичной плацентарной недостаточности. Применение озона при лечении первичной ФПН в значительно большей степени, чем традиционная терапия, стимулирует гормонопродуцирующую функцию плаценты, улучшает реологические свойства крови, что приводит к увеличению толщины хориона (плаценты) и снятию клиники угрозы гораздо быстрее и эффективнее, чем при традиционном гормональном лечении.

ЕВТУШЕНКО И.Д., МАЙБОРОДА И.Б., БОЛОТОВА В.П.  
*Сибирский государственный медицинский университет,  
г. Томск*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Г**истерэктомия до настоящего времени занимает основное место в лечении миомы матки. На возраст 44-45 лет приходится самая

высокая частота оперативных вмешательств. После оперативного лечения организм женщины претерпевает ряд нейрогуморальных изменений,



связанных с острой циркуляторной ишемией оставленных яичников и нарушением обратных рецепторных связей после удаления матки. Вследствие указанных изменений, развивается постгистерэктомический синдром, который проявляется нейровегетативными, психоэмоциональными и обменно-эндокринными расстройствами, сходными с климактерическими.

*Цель исследования* — изучить особенности постгистерэктомического синдрома у женщин, которым была выполнена гистерэктомия без придатков матки по поводу миомы матки.

Обследовано 19 женщин перименопаузального возраста, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 10 пациенток, которым была выполнена субтотальная гистерэктомия без придатков матки в период от 2-х месяцев до 4-х лет до настоящего исследования. Во вторую группу (группу сравнения) вошли 9 пациенток с миомой матки, у которых наступила естественная менопауза. Проводили изучение анамнеза, исследование общего и гинекологического статуса по стандарту, исследование гормонов крови (фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина и эстрадиола) иммуноферментным методом. Оценку тяжести климактерического синдрома подсчитывали с помощью менопаузального индекса Куррегман и соавт. в модификации Е.В. Уваровой (1983). Проведено экспериментально-психологическое исследование: определение уровня тревоги по шкале самооценки Шихана (35 пунктов), депрессии — по шкале самооценки Бека (13 пунктов). Сравнение групп по качественным признакам проводили с использованием критерия ч-квадрат, количественные показатели двух независимых групп проводили по U-критерию Манна-Уитни.

Средний возраст женщин в первой группе составил 49,9 лет (от 46 до 54 лет). Показанием к оперативному лечению была миома матки, осложненная маточными кровотечениями и постгеморрагической анемией легкой и средней степени. Пять пациенток указали на появление жалоб нейровегетативного характера в течение первого месяца после операции, у пяти больных первой группы климактерические расстройства наблюдались уже до операции. Продолжительность климактерических проявлений у пациенток первой группы составила, в среднем, 28,3 месяцев.

Средний возраст женщин во второй группе составил 51,2 лет (от 46 до 55 лет). Возраст наступления менопаузы у этих женщин варьировал от 45 до 51 лет, в среднем, 48,2 лет. Продолжительность климактерических расстройств у женщин с естественной менопаузой составила, в среднем, 31,1 мес.

Исследуемые группы женщин по анализу менструальной и репродуктивной функций были сопоставимы.

Основными жалобами нейровегетативного характера, которые предъявляли пациентки в исследуемых группах, были головные боли, ощущение сердцебиения в покое, нарушения сна в виде бессонницы или беспокойного сна, приливы жара к лицу и шее, потливость, парестезии и онемение в конечностях, сухость кожи. Психоэмоциональные расстройства проявлялись эмоциональной лабильностью с раздражительностью, повышенной утомляемостью, нарушением настроения, снижением или утратой либидо. Обменно-метаболические симптомы: артралгии, жажда, урогенитальные расстройства. Нейровегетативные расстройства, психоэмоциональные проявления и метаболические нарушения у женщин обеих групп наблюдались с одинаковой частотой.

У пациенток после гистерэктомии менопаузальный индекс Куррегман и соавт. в модификации Е.В. Уваровой варьировал от 12 до 36 баллов. В группе пациенток с естественной менопаузой менопаузальный индекс варьировал от 23 до 41 баллов. У девяти пациенток первой группы наблюдалась легкая степень климактерических проявлений (12-30 баллов) и только у одной больной наблюдалась умеренная степень тяжести климактерического синдрома (36 баллов). Легкая степень тяжести климактерических расстройств отмечена у семи женщин второй группы (от 23 до 31 баллов), у двух пациенток климактерические нарушения были выражены в умеренной степени (36 и 41 баллов).

Исследование уровня тревоги с помощью шкалы самооценки Шихана показало, что аномальный уровень тревоги (выше 30 баллов) наблюдался у четырех пациенток первой группы (от 33 до 55 баллов) и у пяти женщин второй группы (от 34 до 74 баллов). Высокий уровень тревоги (выше 80 баллов), при котором требуется проведение специальной терапии, не был выявлен ни у одной пациентки в обеих группах. По самооценочной шкале депрессии Бека обнаруживались клинические нарушения (выше 19 баллов) у одной пациентки с постгистерэктомическим синдромом (22 балла) и у пяти женщин с естественной менопаузой (от 19 до 21 баллов). Уровень депрессии выше 24 баллов, указывающий на необходимость проведения лечения, возможно, с применением антидепрессантов, был установлен у одной женщины первой группы (26 баллов).

При исследовании гормонов в сыворотке крови установлено, что уровень эстрадиола у больных первой группы составил, в среднем,  $34,9 \pm 6,4$  пг/мл, что не отличалось статистически значимо от уровня эстрадиола у женщин группы сравнения ( $35,3 \pm 11,4$ ,  $p = 0,931$ ). Базальный уровень фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови пациенток с хирургической менопаузой составил, в среднем,  $112,1 \pm 56,8$  мМЕ/л, что было статистически выше уровня ФСГ в

крови женщин с естественной менопаузой ( $48,1 \pm 11,3$ ,  $p = 0,030$ ).

Полученные данные свидетельствуют о том, что климактерический синдром у пациенток после субтотальной гистерэктомии без придатков матки по поводу миомы матки существенно не отличается от женщин с миомой матки, у которых мено-

пауза наступила самостоятельно. По результатам экспериментально-психологического исследования было установлено, что у каждой второй женщины с хирургической и естественной менопаузой наблюдаются проявления тревожности. Проявления депрессивного характера наблюдались несколько чаще у пациенток с естественной менопаузой.

ЕЧИНА И.А., ЧЕЧЕНИНА А.А., РЕНГЕ Л.В., САМУСЕНКО Н.А.  
МЛПУ Зональный перинатальный центр, родильный дом,  
г. Новокузнецк

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТА ИМОЗИМАЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ

Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются послеродовые гнойно-септические заболевания. Частота гнойно-септических осложнений послеродового периода колеблется от 1 до 26 %.

*Цель исследования* – определить эффективность имозимазы в сравнении со средствами, традиционно применяемыми в лечении инфицированных ран промежности.

Исследование проведено у 51 родильницы с инфицированными ранами промежности, инфекционным процессом первого этапа распространения (послеродовая язва). Из них, у 15 родильниц (29,4 %) – с отеком, инфильтрацией, частичным расхождением швов промежности, у 26 (51 %) – полное расхождение швов промежности, с фиброзным налетом раны и отеком близлежащих тканей, у 10 (19,6 %) – рана промежности с гнойно-некротическим налетом. Из 51 родильницы, в 21 случае (41,2 %) – инфицирование швов после произведенной перинеотомии, при угрозе ее разрыва; в 30 случаях (58,8 %) – разрыв промежности первой степени в родах.

Возраст обследованных женщин – от 19 до 39 лет. Из них, 32 (62,7 %) – первородящие; 19 (37,3 %) – повторнородящие. У 27 пациенток (52,9 %) беременность протекала на фоне анемии, у 6 (11,7 %) – гестационного пиелонефрита.

В результате исследований изучен бактериальный спектр инфицированности урогенитального тракта, при котором у 23 (45,1 %) выявлен кандидоз; у 7 (13,7 %) – бактериальный вагиноз; у 3 (5,9 %) – хламидиоз; у 9 (17,6 %) выявлена микст-инфекция. Наиболее частыми осложнениями в родах были несвоевременное отхождение околоплодных вод – 20 (39,2 %), аномалии родовой деятельности – 9 (17,6 %), преждевременные роды –

2 (3,9 %), синдром задержки развития плода – 7 (13,7 %), многоводие – 5 (9,8 %), затяжные роды (более 12 часов) – 2 (3,9 %), быстрые роды – 1 (2 %).

Все больные родильницы были разделены на 2 группы:

1. Контрольная группа – 24 родильницы, у которых лечение инфицированных ран промежности проводилось традиционными способами, с применением гипертонического раствора хлорида натрия, диоксидина.

2. Основная группа – 27 родильниц, у которых при лечении раневой инфекции использовали местные аппликации имозимазы.

Имозимаза – ферментный препарат, получаемый иммобилизацией бактериальных протеаз (ферментов, расщепляющих белки) на полиэтиленоксиде. Оказывает протеолитическое (расщепляющее белки) действие. Выпускается в виде жидкости во флаконах по 10 мл (1мл – 50 ПЕ). Применяется местно, по 1,5 мл на 10 квадратных сантиметров раневой поверхности.

Очищение раны от некротических масс и появление свежих грануляций во второй группе происходило на 2-3-е сутки, в контрольной – на 4-е сутки. Отек близлежащих тканей купировался при применении имозимазы к концу первых суток, в контрольной группе – на третьи сутки. На два дня раньше во второй группе начиналась эпителизация краев раны, без дополнительного применения заживляющих препаратов.

Таким образом, лечение имозимазой, на основе ферментативного очищения, ускоряет заживление ран в 1,5-2 раза, что позволяет сократить сроки лечения и пребывания в акушерском стационаре, по сравнению с традиционными способами лечения.