

— London: Partenon Publishing Group, 2003. — P. 261-277.

5. Бенникова Е. А., Бужиевская Т. И., Сильванская Т. М. Генетика эндокринных заболеваний. — К.: Наук. думка, 1993.

6. Фролов А. К. Иммуноцитогенетика. — М.: Медицина, 1993. — С. 67.

7. Increased chromosomal instability in peripheral lymphocytes and risk of human gliomas / R. L. Zein, M. L. Bondy, L. E. Wang et al. // *Carcinogenesis*. — 1999. — Vol. 20. — N 5. — P. 811-815.

8. Запорожан В. М., Соболев Р. В. Основні компоненти мультифакторіальної безплідності у жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 1. — С. 101-103.

9. Bloom's syndrome protein, BLM, colocalizes with replication protein A in meiotic prophase nuclei of mammalian spermatocytes / D. Walpita, A. W. Plug, N. F. Neff et al. // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. — 1999. — Vol. 96 (10). — P. 5622-5627.

10. Chromosomal instability in a woman with infertility and two unaffected brothers: a new familial chromosomal breakage syndrome? / H. C. Duba, H. G. Weirich, H. Weirich-Schwaiger et al. // *Hum. Genet.* — 1997. — Vol. 100 (3-4). — P. 431-440.

11. Duker N. J. Chromosome breakage syndromes and cancer // *Am. J. Med. Genet.* — 2002. — Vol. 115 (3). — P. 125-129.

12. Rote N. S., Stetzer B. P. Auto-

immune disease as a cause of reproductive failure // *Clin. Lab. Med.* — 2003. — Vol. 23 (2). — P. 265-293.

13. Медицинские лабораторные технологии / Под ред. А. И. Карпищенко. — СПб., 1999. — 407 с.

14. Хромосомы человека (Атлас) / А. В. Захаров, В. А. Бенюш, Н. П. Кулешов, Л. И. Барановская. — М.: Медицина, 1982. — 283 с.

15. Запорожан В. Н., Бубнов В. В., Боброва В. Н. Цитогенетическое исследование лимфоцитов периферической крови больных раком эндометрия // III науч.-практ. конф. «Проблеми онкогенетики: наукові та прикладні аспекти», 23-24 травня 2002 р. — С. 18-19.

УДК 618.173

П. М. Баскаков, І. Б. Глазкова

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРОГЕНІТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ КЛІМАКТЕРИЧНОМУ СИНДРОМІ

Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського

### Вступ

У зв'язку зі збільшенням тривалості життя в сучасному суспільстві зріс інтерес до проблем здоров'я жінок старшої вікової групи. Встановлено, що універсальними «маркерами» естрогенного дефіциту, що розвивається в клімактерії, є не тільки вазомоторні порушення й емоційно-психічний дискомфорт, характерні для перименопаузи, але й атрофічні зміни в уrogenітальному тракті: атрофічний вагініт, цистоуретрит, порушення контролю сечовипускання [1; 3].

В останні роки проблемі уrogenітальної атрофії приділяється велика увага, що зумовлено яскраво вираженим негативним впливом уrogenітальних розладів на якість життя жінок у клімактерії й очікуваним збільшенням найближчим часом кількості жінок, що страждають на ці розлади [1-4].

Незважаючи на той факт, що багато наукових колективів нашої країни і за її межами працюють у даному науковому напрямку, не можна вважати всі питання цілком вирішеними. На нашу думку, у першу чергу це стосується можливості корекції уrogenітальних і клімактеричних порушень з використанням сучасних медикаментозних засобів.

Усе вищевикладене є досить переконливою підставою для проведення цього наукового дослідження.

Метою роботи стало вивчення клінічних особливостей уrogenітальних і клімактеричних порушень, а також їхній взаємозв'язок між собою.

### Матеріали та методи дослідження

Відповідно до поставленої мети нами було обстежено 150 жінок, поділених на дві групи: перша група — 50 жінок з уро-

генітальними і клімактеричними розладами та контрольна група — 50 жінок такого ж віку без уrogenітальних розладів при патологічному клімактеричному синдромі. Усі жінки першої групи висловлювали специфічні скарги: сухість, сверблячка в піхві, диспареунія, рецидивні вагінальні виділення, часті болісні сечовипускання вдень і вночі, нетримання сечі при напруженні, нетримання сечі.

До комплексу клінічного обстеження було включено: вивчення особливостей анамнезу, тривалість захворювання, наявність супровідної соматичної захворюваності; оцінка менопаузального індексу; загальний огляд: визначення індексу маси тіла, індексу об'єму талія/стегна, ступеня оволосіння, оцінка сухості шкіри і слизових оболонок та об'єктивне гінекологічне обстеження: оцінка сухості слизової оболонки піхви, ступеня диспареунії, огляд у



дзеркала і бімануальне дослідження.

### Результати дослідження та їх обговорення

Отримані дані свідчать, що середній вік жінок контрольної й основної груп становив понад 48 років, причому без вірогідних відмінностей за групами ( $P > 0,05$ ). Основні особливості фонові генітальної патології такі: у контрольній групі в одному випадку (2,0 %) виявлено патологію шийки матки, у 16,0 % — хронічний сальпінгоофорит, а в основній групі частота фонові гінекологічної захворюваності була набагато вище. Так, найчастіше виявляли: хронічний сальпінгоофорит (36,0 %); цисто- і ректоцеле (28,0 %); патологічні зміни шийки матки (26,0 %) і міому матки (24,0 %). Щодо перенесених гінекологічних операцій: гістеректомія з придатками (24,0 %); пластичні операції на піхві: піхвова гістеректомія, передня і задня кольпорафія (22,0 %); субтотальна гістеректомія без придатків (14,0 %) і однобічна оваріоектомія (10,0 %). Отримані дані наочно свідчать про переважання поєднання уrogenітальних і клімактеричних порушень у жінок з високою частотою початкової гінекологічної захворюваності, при тому що в контрольній групі, де вони практично були відсутні, клімактеричні порушення не супроводжувалися уrogenітальними розладами.

Серед основних варіантів соматичної захворюваності можна виділити, у першу чергу, відсутність істотних розбіжностей між контрольною й основною групами, що дозволяє виключити специфічний вплив різної частоти екстрагенітальної патології на появу нейроендокринної й уrogenітальної симптоматики. Тільки при одному варіанті нами встановлено істотні розбіжності: це захворювання нирок (контрольна група — 14,0 %; перша — 32,0 %), що підтверджує несприятливий

вплив хронічної і ниркової патології на розвиток уrogenітальних розладів у клімактеричному періоді. Середня кількість соматичних захворювань на одну жінку в усіх групах коливалася в межах одиниці, а серед інших нозологічних варіантів захворювань шлунково-кишкового тракту (контрольна група — 22,0 %; перша — 20,0 %); нейроциркуляторної астеної (контрольна група — 20,0 %; перша — 22,0 %) і тиреоїдної патології (контрольна група — 16,0 %; перша — 18,0 %).

Отже, результати обстеження свідчать про необхідність виділення пацієнок з поєднанням клімактеричних і уrogenітальних розладів в окрему групу, що зумовлено низкою факторів: середній вік (близько 50 років); високий рівень супровідної гінекологічної та соматичної захворюваності, а також труднощі при розробці ефективних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Ці дані ще раз підтверджують актуальність обраного наукового напрямку.

Головною метою наших досліджень стало вивчення клінічного перебігу клімактеричного синдрому в жінок з уrogenітальними розладами та без порушень і порівняння отриманих результатів. Проведено оцінку частоти основних проявів клімактеричного синдрому за індексом Куппермана. Виявлено вірогідні розбіжності показників у контрольній і першій групах відповідно: припливи жару — (2,2±0,1) і (6,3±0,3) балів ( $P < 0,01$ ); пітливість — (2,1±0,2) і (3,5±0,3) балів ( $P < 0,05$ ); парестезії — (1,0±0,1) і (2,4±0,2) балів ( $P < 0,01$ ); порушення сну — (1,4±0,1) і (3,1±0,2) балів ( $P < 0,01$ ); дратівливість — (1,5±0,1) і (3,0±0,2) балів ( $P < 0,05$ ); депресивний настрій — (1,2±0,1) і (2,8±0,2) балів ( $P < 0,01$ ); порушення уваги — (1,4±0,1) і (3,1±0,3) балів ( $P < 0,01$ ); слабкість — (1,0±0,1) і (2,6±0,2) балів ( $P < 0,01$ ); болі у суглобах і

кістках — (1,4±0,1) і (3,6±0,3) балів ( $P < 0,01$ ) і серцебиття — 1(1,2±0,1) і (2,3±0,2) балів ( $P < 0,05$ ). На нашу думку, наведені розбіжності пов'язані з негативним впливом уrogenітальних розладів на основні клінічні прояви клімактеричного синдрому.

Перераховані вище особливості істотно вплинули на розподіл ступеня тяжкості клімактеричного синдрому в динаміці післяопераційного періоду. Так, якщо в контрольній групі переважав легкий ступінь клімактеричного синдрому (52,0 %), то в основній групі — тяжкі форми (44,0 %). Рівень клімактеричних порушень середнього ступеня тяжкості в обох групах був майже однаковим (контрольна — 30,0 % і перша — 26,0 %). Головні відмінності були зумовлені такими симптомами: припливи жару, пітливість, порушення сну, депресивний настрій і слабкість.

Отримані результати стали підставою для поглибленого вивчення частоти вегетативних порушень. Як свідчать наші дані, вірогідні відмінності відсутні для таких показників: коливання артеріального тиску; синкопальні стани; напади запаморочення та утруднене дихання. Решта параметрів мали вірогідні розбіжності у контрольній і першій групах відповідно: зміни кольору шкірних покривів при хвилюванні — (1,5±0,1) і (2,4±0,2) балів ( $P < 0,05$ ); швидка втомлюваність — (2,4±0,2) і (3,7±0,3) балів ( $P < 0,05$ ); емоційна нестійкість — (1,6±0,1) і (3,8±0,3) балів ( $P < 0,01$ ); порушення сну — (2,0±0,2) і (4,6±0,3) балів ( $P < 0,01$ ); порушення апетиту — (2,0±0,2) і (3,2±0,3) балів ( $P < 0,05$ ); погіршення самопочуття при зміні погоди — (1,6±0,1) і (2,5±0,2) балів ( $P < 0,05$ ); зміна кольору кистей та ступень (1,2±0,1) і (2,0±0,2) балів ( $P < 0,05$ ); підвищення температури тіла без запальних захворювань — (1,0±0,1) і (3,2±0,3) балів ( $P < 0,01$ ); головний біль — (2,0±0,2) і



(3,1±0,2) балів (P<0,05); болісні спазми в пальцях рук, ніг та литкових м'язях — (1,2±0,1) і (2,1±0,2) балів (P<0,05); напади панічного страху і відчуття внутрішнього тремтіння — (1,2±0,1) і (2,1±0,2) балів (P<0,05); порушення функції шлунково-кишкового тракту — (2,0±0,2) і (3,1±0,3) балів (P<0,05) та алергічні реакції — (1,1±0,1) і (2,6±0,3) балів (P<0,01). Виявлені розбіжності підтверджують необхідність виділення пацієнтів із поєднанням клімактеричних і урогенітальних розладів у окрему групу.

Крім вищеописаного клінічного дослідження вважаємо доцільним більш докладно розглянути основні прояви урогенітальних розладів. При цьому, як свідчать отримані дані, в основній групі переважали урогенітальні розлади середнього ступеня тяжкості (48,0 %) порівняно з легким (28,0 %) і тяжким (24,0 %) формами. Се-

ред основних симптомів нетримання сечі (відповідно до тижневого щоденника сечовипускання) переважали полакіурія (72,0 %); атрофічний вагініт (62,0 %) і цисталгія (52,0 %) порівняно з диспареунією (32,0 %) і ніктурією (30,0 %).

Досить показовою є і частота стандартних тестів нетримання сечі: кількість епізодів нетримання сечі за тиждень (20,4±1,3 бала); кількість прокладок за тиждень (13,3±1,3 бала) і кількісний годинний прокладковий тест (10,1±1,1 бала).

### Висновки

Таким чином, як показали результати нашої роботи, ступінь виразності клімактеричних порушень у жінок з урогенітальними розладами має деякі специфічні особливості. У першу чергу, вони полягають у переважанні сумарної частоти основних клімактеричних порушень, а також в істотних розбіж-

ностях щодо рівня вегетативних порушень. Це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив урогенітальних розладів на клінічний перебіг клімактеричного синдрому і виділити цих жінок у самостійну групу для розв'язання актуального завдання сучасної гінекології.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю. П., Рыженко О. С. Коррекция урогенитальных расстройств при климактерическом синдроме // Репродуктив. здоровье женщины. — 2002. — № 3. — С. 41-43.
2. Венцківський Б. М., Нізова Н. М., Татарчук Т. Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 1. — С. 49-57.
3. Вихляева Е. М. Климактерический синдром: Рук. по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. — М.: Мед. информ. агентство, 1997. — С. 603-649.
4. Кулаков В. И., Сметник В. П. Руководство по климактерию. — М., 2001. — 685 с.

УДК 618.33:616-053.1-037-084:312.2

Ю. П. Вдовиченко, Н. І. Генік

## ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

### Вступ

Багато наукових колективів України займаються проблемою перинатальної смертності, проте помітних зрушень у її розв'язанні не можна відзначити протягом останніх років [1; 3; 5]. Виділяють різноманітні фактори, що не дозволяють суттєво знизити рівень перинатальної патології в країні: погіршення матеріально-технічного забезпечення родопомічних установ; зміна екологічної ситуації; зростання соматичної захворюва-

ності й ін. [2; 4]. Не можна не відзначити і ступінь вираженості основної акушерської патології, що сприяє зростанню перинатальної смертності; передчасні пологи, пізні гестози, анемія вагітних, фетоплацентарна недостатність та ін. [4; 5-7]. Наявні наукові роботи цього напрямку присвячені вирішенню окремих питань щодо зниження перинатальної смертності в кожному конкретному випадку акушерської та екстрагенітальної патології. Фундаментальні праці, що стосують-

ся розв'язання всього комплексу даної проблеми у нас в країні, відсутні, що, природно, створює певні труднощі при проведенні як організаційних, так і медичних заходів. На нашу думку, одним із найбільш невирішених питань даної проблеми є розробка сучасної методики прогнозування перинатальних втрат.

Мета роботи — розробка та впровадження в практику нових сучасних технологій прогнозування перинатальних втрат.

