

### *Литература*

1. Раны и раневая инфекция / Б.М. Костюченко [и др.]; под общ. ред. М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1990. – 592 с.
2. Методика определения общего микробного числа // Сайт кафедры микробиологии Сибирского Государственного медицинского университета [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа: <http://www.ssmu.ru/office/f4/micro/guide/Content/ecology/Eco10.htm>.
3. Устройство для определения площади экспериментальной раны в предохранительной камере или устройстве для моделирования полнослойного кожного дефекта: пат. 6699 Респ. Беларусь, МПК А 61 В 5/107, G 01 В 3/00 Р.И. Довнар, С.М. Смотрич, Н.Н. Иоскевич; заявитель Гродненский государственный медицинский университет. – № u 20100278; заявл. 19.03.10; опубл.30.10.10 //Афіцыйны бюл. / Нац. Центр інтэлектуал. уласнасці. – 2010. – № 5. – С 164-165.

## **ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Павловская М.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гиперпластические процессы эндометрия у женщин в позднем фертильном возрасте в настоящее время занимают важное место в структуре гинекологической заболеваемости и сопровождаются нарушениями менструальной и репродуктивной функций. Частота возникновения этой патологии составляет 20-35%. При первом выявлении и при рецидивировании гиперпластических процессов используют консервативные методы лечения, однако эффективность их, в ряде случаев невысока, что, в конечном итоге, приводит к удалению матки и является неблагоприятным для женщин позднего репродуктивного возраста. К настоящему времени накоплен значительный опыт консервативной терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин различных возрастных групп, однако возможности терапии данных процессов у женщин в позднем репродуктивном возрасте в научной литературе представлены недостаточно полно [1-3].

Имеющиеся сведения о принципах лечебного воздействия при гиперпластических процессах эндометрия отличаются многообразием – от крайне щадящих до крайне радикальных. В то же время высокая частота рецидивов заболевания, широкий спектр противопоказаний и побочных действий гормональных

препаратов обуславливают необходимость провести оценку факторов прогноза гиперпластических процессов эндометрия и выработать дифференцированный подход к лечению.

*Цель исследования* – оптимизация тактики лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста на основе анализа клинических, биохимических и морфологических особенностей заболевания.

*Материалы и методы:* в работе проанализированы результаты обследования 64 женщины в возрасте  $38 \pm 4,1$  года, в том числе 34 практически здоровые женщины, не имевшие когда-либо эпизодов заболеваний эндометрия (контрольная группа), и 30 пациенток (основная группа) с гиперплазией эндометрия без атипии. Иммуноферментным анализом исследовали уровни гормонов: эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), прогестерона, тестостерона, дегидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА). Расчет содержания гормонов в образцах сыворотки крови проводили в соответствии с рекомендациями фирмы-производителя наборов. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

*Результаты исследования:* обнаружено повышение содержания в крови ЛГ и эстрадиола более, чем у 70% пациенток основной группы. Уровень прогестерона в контрольной группе составил  $5,18 \pm 2,91$  нмоль/л, что было достоверно ниже по отношению к основной ( $P < 0,05$ ). Уровень ДГЭА в основной группе составил  $2,76 \pm 1,82$  мкг/мл, в то время как в контрольной –  $1,28 \pm 0,96$  мкг/мл. Концентрация тестостерона была в два раза выше у женщин с ГЭ по сравнению со здоровыми, а уровень ФСГ в среднем был на  $2,42$  мЕ/л выше в контрольной группе по сравнению с основной. У трети пациенток гормональный статус не изменялся.

Рецидивирующий характер течения заболевания у пациенток позднего репродуктивного возраста наблюдается в 18% случаев. Среди больных с рецидивирующей гиперплазией эндометрия достоверно чаще наблюдается повышение индекса массы тела, числа лечебно-диагностических выскабливаний, случаев аномальных маточных кровотечений в сравнении с

нерецидивирующей гиперплазией эндометрия ( $p < 0,05$ ). Для женщин в репродуктивном периоде, желающих сохранить свою репродуктивную функцию, с ановуляторными циклами, дисфункциональными кровотечениями и кистозно-измененным эндометрием эффективным методом лечения является 6 циклов приема комбинированных оральных контрацептивов. Предпочтительно использование монофазных контрацептивов, чем сочетание различных препаратов для гормонотерапии, для лучшего контроля цикла. Терапия комбинированными оральными контрацептивами показывает высокую эффективность при лечении простой гиперплазии эндометрия без атипии у женщин позднего репродуктивного возраста в 91,7% случаев (морфологический эффект лечения). Прием пероральных контрацептивов может быть продолжен до планирования желанной беременности. При рецидивировании ановуляции – стимуляция овуляции.

#### Выводы:

1. ГЭ у женщин позднего репродуктивного возраста сопровождается усилением центрогенных влияний гипоталамо-гипофизарной системы на фолликулярную ткань яичников.
2. Обследование больных с гиперпластическими процессами эндометрия до начала комплексного лечения должно включать оценку индекса массы тела, гормонального профиля, гематологических показателей, липидного обмена.
3. Препаратами выбора с выраженным клиническим эффектом являются комбинированные оральные. У больных, имеющих относительные противопоказания к эстрогенам, целесообразно использование прогестинов или левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы.
4. Резервом повышения эффективности терапии гиперплазии эндометрия является индивидуальный выбор препаратов. Выбор лечебной тактики при этой патологии может осуществляться с учетом морфологической характеристики рецепторного статуса эндометрия.

#### Литература

1. Гаспарян Н. Д., Карева Е. Н., Горенкова О. С. и др. Оптимизация гормональной противорецидивной терапии гиперпластических процессов в эндометрии у женщин позднего репродуктивного возраста // Рос. вестн. акуш.-гин. 2007; № 5: 31–35.

2. Краснопольский В. И., Гаспарян Н. Д., Карева Е. Н. и др. Рецепция половых стероидов при гиперпластических процессах в эндометрии у женщин позднего репродуктивного возраста // Рос. вестн. акуш.-гин. 2005; № 2: 7–9.

3. Commeely O. M., Lydon J. P., De Mayo F., O'Malley B. W. Reproductive functions of the progesterone receptor // J. Soc. Gynec. Invest. 2000; 7 (1): 25–32.

## **РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННОГО НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ В «ГОКПЦ» ЗА ПЕРИОД 2010-2012 ГОДА**

*Пальцева А.И.\*, Козич А.А., Лукашик С.Д., Жук Г.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»\*,  
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Нигде медицина не достигла таких успехов за последние годы, как в деле выхаживания младенцев, родившихся раньше срока. Врачи совершают чудеса, помогая организму недоношенного «дорости» до нормы. А потом с рук в руки передают этих крох взволнованным, трепещущим родителям.

*Целью нашего исследования* явилась оценка состояния здоровья в динамике развития на первом-втором году жизни недоношенных новорожденных родившихся в УЗ «ГОКПЦ» за период 2010-2012 г.

*Объектом исследования* являлись дети в возрасте от рождения до трех лет, а так же данные медицинских карт амбулаторного и стационарного больного.

В 2010 году на лечении в ОИТ и РН находилось 196 детей, в 2011 – 250, в 2012 – 264 ребенка. Средний процент преждевременных родов составил 5% от общего количества родов.

В данное исследование включены недоношенные дети с массой тела от 500,0 г до 2500,0 г со сроком гестации от 26 до 36 недель.

По физическому развитию недоношенные подразделились следующим образом:

- с экстремально низкой массой тела (500-999 г) – 58 детей (8,4%);
- с массой тела от 1000 до 1499 г – 167 детей (25,3 %);
- с массой тела от 1500 до 1999 г – 180 детей (27,3%);