

гормонального мікродозованого контрацептива з хлормадіноном. 8 (30%) жінок мали в анамнезі вагітності. У процесі динамічного спостереження загальний стан жінок протягом усього періоду дослідження залишалося задовільним. Найбільш частими побічними реакціями були: мажучі кров'янисті виділення (13%), дискомфорт у молочних залозах (6%). Необхідно відзначити, що побічні ефекти спостерігалися в основному в перші три місяці прийому гормонального мікродозованого контрацептива з хлормадіноном. Всі прийняті в дослідження пацієнтки завершили його повністю.

Результати нашого дослідження повністю підтвердили високу контрацептивну ефективність гормонального мікродозованого контрацептива з хлормадіноном, випадків настання вагітності на фоні прийому препарату не було в жодної жінки.

При лікуванні гормональним мікродозованим контрацептивом з хлормадіноном відзначено достовірне зниження частоти розвитку більшості симптомів ПМС і дисменореї вже на 3-му місяці використання даного препарату.

Ефективність лікування симптомів ПМС становить в середньому дорівнює 45%. Застосування гормонального мікродозованого контрацептива з хлормадіноном при дисменореї виявилось неефективним всього в 5% випадків. При цьому наголошується чітке зменшення симптомів дисменореї у міру збільшення строків використання препарату. У 90% пацієнток зменшилася тривалість і рясність менструальних кровотеч.

Висновки. Гормональний мікродозований контрацептив з хлормадіноном, що містить 30 мкг етинілестрадіолу і 2 мг хлормадінону є ефективним препаратом для лікування ПМС. Ефективність лікування залежить від вираженості симптомів і становить у середньому 45%. Ефективність лікування дисменореї становить 95%. І в 100% випадків зменшується тривалість і обсяг менструальних кровотеч. Препарат має гарний профіль переносимості і може бути рекомендований як високоефективний метод попередження небажаної вагітності у жінок репродуктивного віку з ПМС та дисменореєю.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Круть Ю.Я., Дейніченко О.В.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства і гінекології

Однією з найбільш складних сучасних проблем в акушерстві є поєднання артеріальної гіпертензії та вагітності через високий ризик перинатальних та акушерських ускладнень. Важливе значення для визначення результату вагітності має ступінь тяжкості, тривалість захворювання, важкість ускладнень, своєчасність та обсяг медичного лікування.

Мета. Провести ретроспективний аналіз перебігу, наслідків вагітності та пологів у жінок з хронічною артеріальною гіпертензією в залежності від призначеної медикаментозної терапії за період з грудня 2013 року по грудень 2016 року на основі медичної документації КУ «ОПЦ» ЗОР.

Матеріал і методи. Проведено аналіз 112 історій пологів жінок з хронічною артеріальною гіпертензією в КУ «ОПЦ» ЗОР за період з грудня 2013 року по грудень 2016 року, а також медичних карт новонароджених. Вік жінок на момент пологів був від 18 до 42 років і в середньому склав $26,5 \pm 0,43$ року. Тривалість артеріальної гіпертензії – від 1 року до 18 років, в середньому – $9,3 \pm 0,58$ року. Враховуючи призначення різної антигіпертензивної терапії вагітним з ХАГ, були сформовані три підгрупи: 1 підгрупа – вагітні отримували препарати центральної дії (агоністи центральних α_2 -адренорецепторів) в середньодобовій дозі 1500 ± 250 мг / сут ($n = 60$); 2 підгрупа - отримуючі антагоніст кальцію (блокатори кальцієвих каналів) - 65 ± 15 мг / сут ($n = 35$); 3 підгрупа – що отримували комбінацію агоністів центральних α_2 -адренорецепторів, блокаторів кальцієвих каналів та / або селективних блокаторів β -адренорецепторів в дозах 750 ± 250 мг / сут, 60 ± 10 мг / сут і 5 ± 5 мг / сут ($n = 17$).

Результати та обговорення. За результатами ретроспективного аналізу історій хвороб вагітних з ХАГ за 2013-2016 роки, встановлено, що у другому та третьому триместрах найбільш часто призначають гіпотензивну терапію агоністами центральних α_2 -адренорецепторів (53,57%), β -адреноблокатори та блокатори повільних кальцієвих каналів призначалися значно рідше, в 15,18% і 31,25% випадків, відповідно. У всіх підгрупах вагітних з ХАГ на тлі гіпотензивної терапії досягнуто достовірне зниження цифр систолічного артеріального тиску ($p < 0,05$). У підгрупах, які що отримували комбінацію агоністів центральних α_2 -адренорецепторів, блокаторів кальцієвих каналів та / або селективних блокаторів β -адренорецепторів, як і при монотерапії, достовірно знизилися цифри діастолічного АТ ($p < 0,05$).

Вагітність ускладнилася загрозою передчасних пологів у 16 (8,5%) жінок, з них 10 вагітних були з першої підгрупи, 5 з другої та одна вагітна з третьої підгрупи. Гестоз діагностували у 59,5% пацієнток, з них: вагітні першої підгрупи – 38,4% жінок, другої підгрупи – 34,6% жінок, третьої підгрупи – у 28% жінок. За даними доплерометрії ознаки матково-плацентарно-плодової недостатності виявлено у 47,9% жінок: I ступеня – у 30,9% пацієнток (1-14,2%, 2-12,8%, 3-3,9%), II ступеня – 10,6% пацієнток (1-5,2%, 2-3,8%, 3-1,6%), III ступеня – у 6,4% пацієнток (1-2,2%, 2-1,8%, 3-2,4%). Дострокове розродження було зроблено у 21,5% (1-5,2%, 2-12,8%, 3-3,5%) вагітних з артеріальною гіпертензією. Показаннями до операції кесаревого розтину були: важкий поєднаний гестоз, що не піддавався медикаментозній корекції у 58,5% випадків, відсутність готовності пологових шляхів у 16% випадків, дистрес плоду під час вагітності 8,5% випадків, затримка росту плоду III ступеня - 3,8 % та інші фактори в 5,3% випадків (тазове передлежання плода, вроджений порок серця, ЕКЗ). У 74,9% жінок вагітність закінчилася пологами через природні пологові шляхи.

Висновки. Вагітність і пологи у жінок з артеріальною гіпертензією відносяться до групи високого ризику. Результат вагітності і пологів залежить не тільки від рівня артеріального тиску, тривалості і тяжкості захворювання але і від своєчасності та достатнього рівня підбраної гіпотензивної терапії. Комбінована гіпотензивна терапія вагітних з хронічною артеріальною гіпертензією в порівнянні з лікуванням монотерапії метилдопой, забезпечує більш ефективне зниження артеріального тиску, сприятливо впливає на стан плода і добре переноситься пацієнтками. Доцільність та своєчасність проведення, схеми антигіпертензивної терапії, ступінь зниження артеріального тиску і найважливіше - вплив даної терапії на стан вагітної та перинатальні наслідки - залишаються основними проблемами на сьогоднішній день.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ Лашкул О.С.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования
МОЗ Украины», кафедра акушерства и гинекологии

Вступление. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Повышение качества жизни является конечной целью хирургического лечения. Работ, касающихся оценки качества жизни после оперативного лечения на органах репродуктивной системы с применением Fast Track Surgery (FTS) - мультимодальной программы, которая способствует сокращению сроков реабилитации, снижению затрат на лечение, в современной литературе мало.

Целью исследования явилось изучение влияния плановых гинекологических операций на интегральные характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования женщин.

Материал и методы. Проведено исследование у 165 пациенток, перенесших плановые гинекологические операции. В зависимости от вида оперативного лечения пациентки были разделены на 6 групп: 1 группа – 20 пациенток (влагалищная гистерэктомия без FTS), 2 группа – 23 пациентки (гистерэктомия без FTS), 3 группа – 54 пациентки (операции на придатках матки без FTS), 4 группа – 21 больная (влагалищная гистерэктомия с лапароскопической поддержкой с FTS), 5 группа – 20 пациенток (гистерэктомия с FTS) 6 группа – 27 пациенток (операции на придатках матки с FTS). Для оценки качества жизни использовали короткую версию опросника SF-36. Опросник разработан в институте здоровья США, автор J.E.Ware и содержит 36 пунктов. Они сгруппированы таким образом, что отражают 8 различных сфер, связанных со здоровьем. Этапы анкетирования: до операции и через три месяца. Результаты обработаны с использованием