

Выводы:

1. Подавляющее большинство женщин, не посещавших школы молодых матерей, родоразрешенных естественным путем, испытывают сильные болевые ощущения, волнение и страх на протяжении всех трех периодов родов.

2. Роженицы, прошедшие дородовую подготовку, в большинстве случаев демонстрируют в течение всех периодов родов необходимые навыки дыхания и самомассажа, а также более результативно следуют советам медицинского персонала. При этом сами роженицы испытывают облегчение своего состояния и считают собственные действия в течение родов наиболее удачными.

3. Посещение школ дородовой подготовки, включающей информирование будущей матери, обучение управлению собственным телом и когнитивному контролю, благоприятно сказывается не только на эмоциональном состоянии рожениц, но и способствует формированию более оптимальной самооценки течения и исходов родов.

Литература:

1. Добряков И.В. Перинатальная психология // СПб: Питер, 2010. – 234 с.

2. Сухих Г.Т. Внедрение достижений современной науки в акушерско-гинекологическую практику // Мать и дитя: матер. XI Всеросс. науч. форума. М., 2010. — С. 3 – 4.

3. Bergström M. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial / M. Bergström, H. Kieler, U. Waldenström // BJOG. – 2009. – №116 (9). – P. 1167 – 1176.

УДК 618.177

**Г.Н. Индиаминова, Г.Ш. Элтазарова, Ю.А. Тангилова, Ж.Т. Юсупов
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ
ЭНДОКРИННОГО ХАРАКТЕРА**

Кафедра акушерства и гинекологии
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

**G.N. Indiaminova, G.Sh. Eltazarova, Yu.A. Tangirova, J.T. Yusupov
THE POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF ENDOCRINE FEMALE
INFERTILITY**

Department of obstetrics and gynecology
The Samarkand state medical institute
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: fmo7.7@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены возможности ультразвукового мониторинга и определения гормонального профиля в диагностике женского бесплодия эндокринного характера. У обследованных женщин изучено состояние гормонального профиля организма. Ультразвуковая диагностика (трансабдоминальная, трансвагинальная) проведена трехкратно в течение одного менструального цикла: на 3 – 5 дни, 10 – 14 и 21 – 25 дни менструального цикла.

Annotation. In the article considered the possibilities of ultrasonic monitoring and determination of hormonal profile regarded in diagnosing the endocrine female infertility. All of the examined women studied for hormonal profile of the organism. Ultrasonic diagnostics (transabdominal, transvaginal) performed three times during one menstrual cycle: on the 3 – 5 days, 10 – 14 and 21 – 25 days of one menstrual cycle.

Ключевые слова: эндокринное бесплодие, ультразвуковой мониторинг, гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система.

Keywords: endocrine infertility, ultrasonic monitoring, hypothalamic-pituitary-ovarian system.

Проблема плодовитости и ее нарушений во все времена привлекала внимание исследователей. Бесплодие в браке – остается одной из наиболее важных и сложных современных медико – социальных проблем. Согласно данным ВОЗ около 30% супружеских пар сталкиваются с проблемой бесплодия. Бесплодный брак является причиной развода для 50 – 70% супружеских пар [1,4].

Многочисленные исследования показали, что мужское бесплодие встречается чаще (45%), чем женское (40%), несовместимость партнеров – 15% [2,5,6]. В настоящее время ВОЗ выделяет 21 причину женского бесплодия, среди которых: аномалии внутриутробного развития матки, патология или отсутствие яичников, непроходимость или отсутствие маточных труб, гормональные нарушения, преждевременное угасание функции яичников, иммунное бесплодие, хронический эндометрит, эндометриоз и др. [3].

Эндокринные факторы среди других причин бесплодия занимают 45 – 50%. Эндокринное бесплодие – нарушение репродуктивной функции женщины, вызванное отсутствием нормального фолликулогенеза в яичниках и овуляции, обусловленное патологическими изменениями гипоталамо-гипофизарно-яичниковой и надпочечниковой систем [4, 5]. Из числа причин, эндокринного бесплодия дисфункция фолликулярного аппарата составляет 45% случаев [1,6].

Цель исследования – изучение возможностей ультразвукового мониторинга в сочетании с определением гормонального профиля у женщин с эндокринным фактором бесплодия.

Материалы и методы исследования

Комплексное ультразвуковое исследование проведено 90 женщинам в возрасте 22 – 45 лет. Средний возраст женщин составил 33 года. Из них у 60 женщин выявлено первичное и вторичное бесплодие. У 34 (56,7%) женщин

диагностировано бесплодие, вызванное эндокринным фактором (основная группа), у 19 (31,6%) установлен трубный фактор бесплодия, у 2 (3,3%) – врожденные аномалии, у 5 (8,3%) – внутренний эндометриоз. Вторую группу (контрольную) составили 30 женщин аналогичного возраста без гинекологических заболеваний, с регулярным менструальным циклом, имевших в анамнезе роды без осложнений. Критерием бесплодия считалось: невозможность зачатия в течение 12 месяцев при регулярной половой жизни без применения методов контрацепции. Комплексное обследование включало: общие клинические, лабораторные, инструментальные (гистероскопия, гистеросальпингография) и ультразвуковые методы исследования.

Из 34 женщин с эндокринным фактором бесплодия, первичное бесплодие было установлено у 20 (58,8%) пациенток. Вторичным бесплодием страдали 14 (41,2%). У 22 (64,7%) женщин бесплодие наблюдалось в сроках от 1 до 10 лет, у 12 (35,3) – от 11 до 15 лет. Хирургические вмешательства на органах малого таза (матка, маточные трубы, яичники) были в анамнезе у 28 (46,6%) больных основной группы. Так, сальпингоовариолизис был проведен 15 (53,5%) больным, имеющим перитубарный спаечный процесс с целью восстановления проходимости маточных труб. Сопутствующая экстрагенитальная патология наблюдалась у 12 (15%) больных основной группы в виде гиперплазии щитовидной железы, ожирения 1 – 2 ст. (14,7%), наличия вирусного гепатита В (8,8%), хронического пиелонефрита. Бактериологическое исследование и ПЦР диагностика выявили у пациенток первой группы различные сочетания патогенной и условно-патогенной флоры органов гениталий: стрептококки, цитомегаловирус, токсоплазмоз, герпес, хламидии, микоплазмы.

Ультразвуковые исследования проводились трижды за один менструальный цикл: в 3 – 5; 10 – 14 и 21 – 25 дни менструального цикла. При трансабдоминальном исследовании проводилась обзорная эхография органов малого таза, при трансвагинальном – прицельная эхография с оценкой размеров, эхоструктуры матки и яичников, толщины и структуры эндометрия, фолликулярного запаса яичников. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате SonixTouch (UltrasonixCorp., Канада) с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков в частотном диапазоне 3 – 5 МГц и 5 – 9 МГц. Результаты ультразвукового исследования сопоставлялись с данными клиники и показателями оценки функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы – уровнем гонадотропных гормонов: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона, пролактина в обеих группах.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов эхографии, проведенный у 30 здоровых женщин в возрасте 22 – 45 лет показал, что в 1 фазу менструального цикла (3 – 5 день) толщина эндометрия составляет 2 – 3 мм и постепенно увеличивается к середине цикла (10 – 14 день), достигая 7 – 12 мм в поздней пролиферативной фазе и имеет повышенную эхогенность, вокруг которой определяется ободок

низкой эхогенности, прилежащий к стенкам миометрия, представляющий собой базальный слой эндометрия, что согласуется с данными [5]. В позднюю секреторную фазу эндометрий может достигать 15 мм с более выраженным гипоехогенным ободком.

В 1 фазу менструального цикла возможно визуализировать 5 – 6 антральных фолликулов с тенденцией роста. Среди них выделяется доминирующий фолликул, который на 12 – 14 день менструального цикла достигает 20 – 24 мм. Гормональный профиль в пределах нормы в обеих фазах цикла.

Анализ результатов ультразвукового исследования позволил выявить эхографические особенности синдрома истощения яичников. Так, из 34 пациенток с эндокринным фактором бесплодия у 18 (52,9%) выявлен синдром истощения яичников, что эхографически выразалось в уменьшении размеров матки и яичников. Яичники имели однородную эхоструктуру, эхогенность ткани была повышена, антральные фолликулы не визуализировались (55,6%), визуализировались в виде единичных полостных компонентов (1 – 2) не более 3 мм в диаметре (44,4%). Эндометрий визуализировался в виде тонкого линейного эхосигнала. Отмечалось резкое истончение функционального слоя. При изучении гормонального профиля отмечалось резкое снижение уровня эстрадиола в плазме крови и повышение уровня ФСГ в более чем в 10 раз. Уровень ЛГ также повышался и был практически такой же, как в овуляторную фазу (Табл. 1).

Таблица 1

Показатели гормонов крови в норме и при синдроме истощения яичников

Показатели	3-5 день (Фолликулярная фаза)		10-14 день (овуляторная фаза)		21-25 день (лютеиновая фаза)	
	норма	СИЯ	норма	СИЯ	норма	СИЯ
Эстрадиол (пг/мл)	30-120	28	130-370	43-71	70-250	98-128
ФСГ (мМЕ/мл)	1,8-11,3	56-120	8-22	34-66	2,0-12	25-40
ЛГ(мМЕ/л)	0,8-10,5	12-48	18,4-61,2	10,2-27,4	0,8-10,5	11-17,5

У 8 (23,5%) больных диагностирован синдром лютеинизации неовулирующего фолликула. При ультразвуковом обследовании у этих больных толщина и структура эндометрия соответствовали фазе менструального цикла, отмечалось увеличение размеров яичников с сохранением фолликулярного запаса и прогрессирующий рост доминантного фолликула до 27 мм. Однако овуляции фолликула не наблюдалось. В динамике отмечалось постепенное уменьшение его размеров, повышение плотности и утолщение стенки доминантного фолликула, деформация его формы, отсутствие яйценосного бугорка. Персистенция фолликула наблюдалась до 5 – 6 дня следующего менструального цикла. Изучение гормонального профиля

показал, что уровень эстрадиола в плазме крови оставался стабильным в первую и перiovуляторную фазы цикла и несколько снижался в лютеиновую фазу. Прогестерон в позднюю лютеиновую фазу цикла снижался до 5,41 – 5,70 нг/мл (Табл. 2), уровень дегидроэпиандростерона (ДГЭА) достигал 3,12 – 5,70 мг/сут. В то время, как у пациенток 2 группы уровень ДГЭА соответствовал нормальному значению – 0,62 мг/сут.

Комплексное клиничко-инструментальное и ультразвуковое обследование позволило установить синдром поликистоза яичников (СПКЯ) у 8 (23,5%) больных. При ультразвуковом исследовании лишь у 3 (37,5%) больных отмечалось уменьшение размеров матки. У всех пациенток имело место увеличение размеров и объема яичников в два раза, повышение эхогенности стромы, утолщение и уплотнение белочной оболочки яичника до 4-5 мм. В паренхиме яичников визуализировались множественные (более 10), диффузно расположенные полостные образования диаметром 5 – 7 мм. На протяжении цикла доминантный фолликул и желтое тело не выявлялись. У 6 (75%) больных визуализировалось увеличение толщины эндометрия и неоднородность его структуры, что подтвердилось гистероскопией и ультразвуковым исследованием. При изучении гормонального профиля у большинства больных отмечалось некоторое повышение уровня эстрогена, в то время как у всех пациенток уровень ЛГ повышался значительно (Табл. 2). Уровень пролактина был повышен у 4 (50%) больных более 25,5 нг/мл (норма 1,2-19,5 нг/мл).

Таблица 2.

Показатели гормонов при СЛНФ и СПКЯ

Показатели	3-5 день (Фолликулярная фаза)		10-14 день (овуляторная фаза)		21-25 день (лютеиновая фаза)	
	СЛНФ	СПКЯ	СЛНФ	СПКЯ	СЛНФ	СПКЯ
Эстрадиол (пг/мл)	30-115	93-120	78-194	350-390	56-90	48,2-129
ЛГ (мМЕ/мл)		36-48		68,9-99,2		12,5-17,5
Прогестерон	0,5-1,2		-		0,71-5,98	

Наши исследования показали, что чувствительность комплексного ультразвукового мониторинга при женском бесплодии гормонального характера составляет 94,1%, сочетанное использование ультразвукового мониторинга с определением гормонального профиля позволяют диагностировать женское бесплодие гормонального характера в 97,1%.

Выводы

Таким образом, комплексное ультразвуковое динамическое исследование в сочетании с показателями гормонального профиля позволяют оценить функциональное состояние органов репродуктивной системы женщины в различных фазах менструального цикла, оценить резервы репродуктивной системы.

Литература:

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология // Видар – М., 2010. – 359 с.
2. Деджо В.Д. Трансвагинальная эхография в диагностике эндокринного бесплодия // Международный медицинский журнал, 2009. – № 4. – С. 59 – 64.
3. Лукьянова Е.А. Преимущества ультразвукового мониторинга овуляции / Е.А. Лукьянова, В.Л. Силява // УЗ «6-я Городская клиническая больница» Минск, 2009. – С. 19 – 28.
4. Подзолкова Н.М. Исследование гормонального статуса женщины в практике гинеколога // Москва, 2004. – С. 557 – 615.
5. Сметник В.П. Бесплодный брак / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович // Неоперативная гинекология. – М., 2000. – С. 142 – 150.
6. Crum C.P. Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology / C.P. Crum, K.L. Lee // Amsterdam, 2005. – P. 442 – 456.

УДК 618.2-089.163

**Н.Ю. Каваева, К.О. Вяткина, Е.А. Росюк, Т.А. Обоскалова
ОТНОШЕНИЕ К ПЛАНИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ
СТУДЕНТОВ УГМУ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**N. Y. Kavaeva, K.O. Vyatkina, E.A. Rosjuk, T.A. Oboskalova
THE RELATION TO PLANNING OF PREGNANCY AMONG
STUDENTS OF UGMU**

Department of obstetrics and gynecology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: kavaeva.nargiza@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены проблемы приверженности к планированию беременности у студентов медицинского университета.

Anotation. The article deals some problems about considering planning of pregnancy at students of medical university.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, развитие ребёнка.

Keywords: pregravid training, infant development.

Прегравидарная подготовка (планирование беременности) – это комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, результатом