

Вивчено сексуальне здоров'я 323 подружніх пар, у яких дружинам виконано гістеректомію з приводу пухлин. Клінічними проявами сексуальних розладів після гістеректомії у жінок були: зниження лібідо, сексуальна гіпестезія, гіпо-, аноргазмія. Дослідження показало, що сексуальні порушення виникають не лише внаслідок анатомічних змін, обумовлених обсягом операції, а й соціально-культурних чинників (рівня освіти, стосунками в сім'ї до операції, відношенням до роботи та до власної економічної незалежності від чоловіка, релігійною орієнтацією тощо). Причому, у третини обстежених жінок статеві розлади спостерігалися до операції та у 65 (20%) подружжя виявлено розбіжність визначальних психологічних характеристик. Здобуті результати підтверджують велику роль психологічних і соціально-психологічних чинників у розвитку сексуальної дисгармонії подружньої пари. У подальшому після хірургічної менопаузи посилювалася розбіжність спрямованості особистості подружжя, їхніх ціннісних орієнтацій, самооцінювання та взаємооцінювання, рівня сексуальних домагань. Несприятливе поєднання у подружніх парах психосексуальних типів чоловіка та дружини, невідповідність сексуальної мотивації, відсутність почуття взаємної любові та поваги, дезадаптивні форми поведінки тощо спричиняли психологічні та соціально-психологічні розлади у подружжя.

Безпосередньою причиною дисгармонії при хірургічній менопаузі є стержньове ураження біологічного компонента – його нейрогуморальної складової (внаслідок видалення матки та яєчників) і психічної регуляції. Проте, у 8,7% обстежених жінок хірургічна менопауза призвела лише до тимчасового пошкодження сексуального здоров'я. Ця група пацієнток швидко адаптувалася упродовж 3-4 місяців.

Отже, проведені дослідження довели, що сексуальна дисфункція жінок після хірургічної менопаузи носить складний характер та потребує відповідної реабілітації.

ТИПИ СТАТУРИ ЖІНОК У СУМСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

А.Б. Сухарев (Суми)

Тип статури жінок характеризує статеве дозрівання. Вивчення морфограми має певне значення для діагностики природжених і набутих до статевого дозрівання захворювань, які супроводжуються порушенням соматосексуального розвитку. Нами вивчено морфограми у 103 дівчаток-підлітків та студенток у віці від 16 до 23 років. Морфограми будували за показниками росту, віку, обводу грудної клітки, ширини плечей, довжини нижньої кінцівки, суми зовнішніх розмірів кісткового таза. Типи морфограм порівнювалися з особливостями менструальної функції кожної з досліджуваних. Обстеження показало, що за ростом досліджувані в основному відносилися до середньорослих – $165,7 + 8,59$ см. Високорослі дівчата зустрілися лише у 3-х випадках (від

172 до 182 см). Нижчий за середній ріст мали лише дві дівчини. Аналіз одержаних морфограм показав, що нормальна жіноча статура була у 79,6% досліджуваних. У названій групі менструальна функція розпочалася своєчасно та не мала відхилень. У 9,7% обстежених знайдено інфантильний тип статури, який був обтяжений запізненим менархе. У 10 жінок встановлено, що на тлі відсутності ростових змін відзначається незначне зменшення обводу грудної клітки ($p < 0,05$) та значне зменшення розмірів таза, що вказує на формування змішаного типу статури. Це свідчить про андрогенізацію жіночого організму у пубертатному віці. Підтвердженням цього було пізнє менархе, рідкі менструації з менархе. Отже, проведені дослідження показали, що в Сумській популяції превалює жіночий тип статури у 79,6%, змішаний тип - у 10,7%, а у 9,7 % випадків - інфантильний тип статури. Тип морфограми віддзеркалює статеве дозрівання жінки та корелює зі змінами менструальної функції. Названий метод потребує мінімальних економічних затрат та мусить бути впровадженим у широке коло практичних лікарів-гінекологів.

СТАНОВЛЕННЯ ЛАКТАЦІЇ У ПОРОДІЛЬ З ПАТОЛОГІЧНОЮ КРОВОВТРАТОЮ В ПОЛОГАХ ТА МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ЇХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

С.А. Сміян (Суми)

Серед різноманітних видів акушерської патології, яка призводить до перинатальних втрат, маткові кровотечі посідають одне із провідних місць. Загальновідомо, що патологічна крововтрата викликає у породіллі "зрив" адаптаційних механізмів, що значно впливає і на становлення лактації, а також відбивається на здоров'ї новонародженої дитини.

Нами обстежено 57 жінок та їх новонароджених дітей. В залежності від крововтрати під час пологів вони були розподілені на 2 групи: 1 група - 27 жінок, які перенесли крововтрату від 400 мл до 1200 мл; 2 група (контрольна) - 30 жінок з фізіологічними пологами та задовільним станом новонароджених дітей.

Вивчено добову кількість молока. Вона зменшувалась відповідно до збільшення втраченої крові під час пологів, порівняно з контрольною групою у 1,5; 2,0 і 3,5 рази.

Стан перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та системи антиоксидантного захисту (АОЗ) оцінювали за вмістом дієнових кон'югат, малонового діальдегіда, визначали активність індукованого перекисутворення у плазмі крові та мембранах еритроцитів матерів та новонароджених.

Дослідження показали, що у породіль спостерігались значні зміни цих показників у всіх досліджуваних групах. Глибина порушень відповідала обсягу крововтрати.