



# **НМАПО**

**ім. П.Л. Шупика  
МОЗ України**

[www.nmapo.edu.ua](http://www.nmapo.edu.ua)

УДК: [616-073.916+616-056.3] (061)

ББК: [53.6+54.1] з-41

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика  
Київ, 2011 р. – 200 с.**

20 випуск збірника наукових праць виходить у вигляді 4 книг. В четвертій книзі висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя та педіатрії.

Збірник розрахований на акушерів-гінекологів, гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

**Головний редактор:** член.-кор. НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**

**Науковий редактор:** д.мед. н., професор **Ю.П. Вдовиченко**

**Редакційна колегія:**

**В.В. Бережний** – д.мед.н., проф.; **Г.В. Бекетова** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Белебез'єв** – д.мед.н., проф.; **А.В. Біляєв** – д.мед.н., проф.; **В.В. Камінський** – д.мед.н., проф.; **Г.П. Козинець** – д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** – д.мед.н., проф.; **О.М. Охотнікова** – д.мед.н., проф.; **О.А. Радомський** – д.мед.н., проф.; **А.П. Радзіховський** – д.мед.н., проф.; **І.П. Шлапак** – д.мед.н., проф.; **Є.С. Шунько** – д.мед.н., проф.; **О.М. Юзько** – д.мед.н., проф.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України  
Протокол № 6 від 15.06.11 р.

**АТЕСТОВАНО**

Вищою атестаційною комісією України:

**медичні, фармацевтичні науки**

Затверджено постановою президії ВАК України від 10.02.2010 р. № 1-05/1

Рецензенти: **В.Г. Коляденко** – член.-кор. НАМН України, професор;

**З.А. Шкіряк-Нижник** – д.мед.н., професор.

Редакційна колегія зберігає авторський текст без істотних змін, звертаючись до коректування в окремих випадках. Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISBN 978-966-391-083-3

© **Національна медична академія  
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л. ШУПИКА

**ЗБІРНИК  
НАУКОВИХ ПРАЦЬ  
СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО  
ім. П.Л. Шупика**

*ВИПУСК 20  
КНИГА 4  
(Частина 2)*

Київ – 2011

U.D.C.: [616-073.916+616-056.3] (061)  
BBK: [53.6+54.1] c-41

**COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS OF STAFF MEMBERS OF  
NMAPE NAMED AFTER P.L. SHUPYK  
Kyiv, 2011; 200 p.**

The 20th edition of the collection of Scientific Works is published in 4 books. The 4 book cover relevant problems of assisted reproductive technologies in treating infertility, obstetrics and gynecology, pediatrics.

It is intended for obstetricians, gynecologists, pediatricians, family doctor and also on the teachers of higher educational medical institutions.

**Editors-in-chief:** Associate Member of the NAMS, Professor **Yu.V. Voronenko**  
**Scientific editor:** M.D., Ph.D., Professor **Yu.P. Vdovychenko**.

**Editorial board:** **V.V. Berezhnyy** – M.D., Ph.D., Professor; **G.V. Beketova** – M.D., Ph.D., Professor; **H.I. Belebezyev** – M.D., Ph.D., Professor; **A.V. Bilyayev** – M.D., Ph.D., Professor; **V.V. Kaminsky** – M.D., Ph.D., Professor; **G.P. Kozynets** – M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Mamchych** – M.D., Ph.D., Professor; **O.M. Ohotnikova** – M.D., Ph.D., Professor; **O.A. Radomsky** – M.D., Ph.D., Professor; **A.P. Radzikhovsky** – M.D., Ph.D., Professor; **I.P. Shlapak** – M.D., Ph.D., Professor; **Ye.Ye. Shun'ko** – M.D., Ph.D., Professor; **O.M. Yuz'ko** – M.D., Ph.D., Professor.

**IS RECOMMENDED:**

by Scientific Council of the National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, Health Ministry of Ukraine  
The minutes № 6, 15.06.2011

**IS CERTIFICATED:**

by Supreme Certifying Commission of Ukraine  
**Medical, Pharmaceutical Science**

Resolution of Presidium SCC of Ukraine from 10.02.2010, №1-05/1

The reviewers: **V.G. Kolyadenko** – Associate Member of the NAMS, Professor;  
**Z.A. Shkiryak-Nyzhnyk** – M.D., Ph.D., Professor.

The editorial board has kept the author's text without essential changes, addressing to a correcting on occasion. The authors of the publications carry the responsibility for reliability of the facts, citation, surnames, names and other data.

**ISBN 978-966-391-083-3**

**© P.L.Shupyk National Medical Academy of  
Post-Graduate Education named after  
P.L.Shupyk**

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE  
NATIONAL MEDICAL ACADEMY FOR POSTGRADUATE  
EDUCATION NAMED AFTER P.L. SHUPYK

**THE COLLECTION  
OF SCIENTIFIC WORKS  
of the STAFF MEMBERS  
of P.L. SHUPYK  
NMAPE**

*EDITION 20  
BOOK 4  
(Part 2)*

Kyiv – 2011

---

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

<b>Профилактика невынашивания у женщин старших возрастных групп с варикозной болезнью нижних конечностей</b> <i>О.Н. Ищак</i> .....	9
<b>Влияние аномальной плацентации на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения</b> <i>С.А. Курицина</i> .....	13
<b>Первые роды в зависимости от возраста пациенток</b> <i>В.В. Маркевич</i> .....	19
<b>Миграция аномально расположенной плаценты – как фактор риска гестационных осложнений</b> <i>В.И. Бойко, Т.В. Шевченко</i> .....	22
<b>Рубец на матке после кесарева сечения: морфологические особенности и возможности самостоятельных родов</b> <i>И.М. Шлапак</i> .....	26
<b>Особливості післяпологового і неонатального періодів у жінок з метаболічним синдромом</b> <i>Н.И. Геник, В.Я. Скрипник</i> .....	32
<b>Аномалии родовой деятельности у многорожавших женщин</b> <i>С.Я. Ткачик</i> .....	37
<b>Причини аномального розташування плаценти</b> <i>Н.О. Урсаки</i> .....	40
<b>Особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу при маловодді на тлі внутрішньоутробного інфікування</b> <i>Н.И. Геник, І.О. Басюга</i> .....	43

## ГІНЕКОЛОГІЯ

<b>Діагностичні причини звичного невиношування</b> <i>А.Д. Вітюк, М.Б. Бурган</i> .....	47
<b>Современные аспекты лечения урогенитальных микоплазмозов у женщин репродуктивного возраста</b> <i>Г.А. Барановская</i> .....	50
<b>Болевой синдром у женщин с наружным генитальным эндометриозом</b> <i>Е.Н. Бойко</i> .....	55
<b>Эффективность различных методов лечения генитального эндометриоза</b> <i>В.И. Бойко, О.В. Чирва</i> .....	62

---

---

<b>Влияние естественной менопаузы на медико-социальные аспекты</b> <i>И.Т. Кишакевич</i> .....	67
<b>Гормональная контрацепция у женщин с сердечно-сосудистой патологией</b> <i>Д.С. Ледин</i> .....	71
<b>Сравнительные аспекты генитальной патологии у женщин с аутоиммунным тиреоидитом</b> <i>Е.О. Литвак</i> .....	75
<b>Нарушения менструальной функции у женщин с аденомиозом</b> <i>Б.М. Лысенко</i> .....	80
<b>Возможности лечения ановуляции и бесплодия у пациенток с функциональной гиперпролактинемией</b> <i>О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик</i> .....	85
<b>Патология пубертатного периода у девочек, родившихся с задержкой развития</b> <i>О.В. Наустинная</i> .....	90
<b>Современные аспекты патогенеза предменструального синдрома</b> <i>Л.В. Пахаренко</i> .....	97
<b>Особенности репродуктивной функции женщин с лейомиомой матки</b> <i>О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда</i> .....	103
<b>Вплив соматичної захворюваності на розвиток вегетативних порушень у жінок перименопаузального періоду</b> <i>О.В. Горбунова, О.Г. Саченко</i> .....	108
<b>Медико-социальные аспекты развития фиброзно-кистозной болезни молочных желез</b> <i>М.С. Шельгин</i> .....	111
<b>Взаимосвязь между условиями труда и заболеваемостью женщин – медицинских работников</b> <i>А.С. Шельгин</i> .....	117
<b>Взаимосвязь между состоянием тиреоидной системы и наличием лейомиомы матки с гиперплазией эндометрия</b> <i>Е.В. Степанова</i> .....	124
<b>Сравнительные аспекты информативности различных методов диагностики осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки</b> <i>В.С. Страховецкий</i> .....	128

---

---

---

<b>Ускладнення лапароскопічного лікування апоплексії яєчника</b> <i>А.А. Волошин</i> .....	133
<b>Основні аспекти діагностики та лікування безпліддя трубного походження</b> <i>А.Д. Вітюк</i> .....	136
<b>Эндоскопические операции в ургентной гинекологии при наличии спаечной болезни</b> <i>А.А. Процепко, Оебанджи Самюель</i> .....	147
<b>Роль лютеїнізуючого гормону в фолікулогенезі</b> <i>Г.В. Стрелко</i> .....	151
<b>Медико-соціальна характеристика подружніх пар пізнього репродуктивного віку</b> <i>І.І. Чермак</i> .....	158
<b>Особенности функционального состояния молочных желез в динамике менструального цикла</b> <i>О.А. Полюлях</i> .....	173
<b>Комплексна оцінка стану ендометрію та яєчників з аналізом оваріального резерву у жінок із безпліддям</b> <i>П.О. Галайко</i> .....	178
<b>Гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція у жінок при ановуляторному безплідді</b> <i>Н.В. Гафійчук</i> .....	184
<b>Функція гормонального гомеостазу при синдромі виснажених яєчників у жінок із безпліддям</b> <i>Р.Г. Гафійчук</i> .....	188
<b>Дискутабельные вопросы внутриматочной контрацепции после консервативной миомэктомии</b> <i>М.Л. Куземенская</i> .....	192
<b>Основні аспекти діагностики хронічної ановуляції при безплідді</b> <i>А.Д. Вітюк, Н.І. Бурко</i> .....	196



---

# Профилактика невынашивания у женщин старших возрастных групп с варикозной болезнью нижних конечностей

**О.Н. Ищак**

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

---

Изучены клиничко-лабораторные и функциональные особенности у женщин старшего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей, что позволило усовершенствовать лечебно-профилактическую методику. Как показали результаты проведенных исследований, с целью снижения частоты самопроизвольного прерывания беременности и преждевременных родов у обследованных женщин необходимо использовать предлагаемый лечебно-профилактический комплекс. Существенное снижение частоты преждевременных родов на фоне улучшения перинатальных исходов родоразрешения позволяет рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

*Ключевые слова:* невынашивание, профилактика.

Невынашивание и недонашивание беременности продолжают оставаться основными вариантами акушерской патологии, занимая значительное место среди причин неблагоприятных перинатальных исходов [1, 3]. Частота самопроизвольного прерывания беременности в ранние сроки и преждевременных родов не имеет тенденции к снижению, и на протяжении последних двух десятилетий стабильно составляет 5–25% [2, 4]. Недоношенные дети вносят основной «вклад» в показатели перинатальной заболеваемости и смертности. На их долю приходится 60–70% ранней неонатальной смертности и 65–75% – младенческой, а мертворождаемость наблюдается в 8–10 раз чаще по сравнению со срочными родами [1–4]. Перинатальные потери среди недоношенных новорожденных в 30 раз выше, чем у доношенных. Кроме того, среди них отмечается высокий уровень заболеваемости и инвалидизации с детства.

Среди различных групп высокого риска невынашивания и недонашивания особое место занимают первородящие старших возрастных групп (после 30 лет), среди которых имеет место высокий уровень варикозной болезни нижних конечностей.

Несмотря на значительное число предлагаемых лечебно-профилактических методик у женщин с высоким риском невынашивания и недонашивания, их эффективность остается недостаточно высокой, что указывает на необходимость поиска новых решений данной научной проблемы.

**Целью исследования** было снижение частоты невынашивания и преждевременных родов у женщин старших возрастных групп с варикозной болезнью нижних конечностей на основе разработки и внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В соответствии с целью научного исследования было проведено комплексное клинико-функциональное и лабораторное обследование 50 женщин старшего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей, которые были разделены на две группы:

- 25 женщин, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия – I группа;

- 25 женщин, проведенных по разработанной нами методике профилактики преждевременных родов с использованием антиагрегантов и антикоагулянтов – II группа.

Контрольную группу составили 25 первородящих без акушерской и соматической патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия проводились согласно рекомендаций [3] и включали использование гормональной коррекции; коррекции микробиоценоза половых путей; спазмолитиков и метаболических препаратов.

Предлагаемая нами методика основана на дополнительном использовании в лечебно-профилактическом комплексе с использованием антиагрегантов и антикоагулянтов в следующие сроки беременности: 8–12, 20–24, 26–30 и 32–36 нед.

Среди дополнительных методов исследования были использованы эхографические, доплерометрические, эндокринологические, кардиотокографические, микробиологические и статистические.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Основными факторами риска невынашивания и недонашивания у женщин обеих групп являются возраст старше 30 лет (I группа –  $31,8 \pm 2,6$  года и II –  $32,1 \pm 2,9$  года) и наличие варикозной болезни нижних конечностей. При изучении длительности заболевания отмечено преимущественно длительное течение основной соматической патологии более 3 лет (по 74,0% в обеих группах).

Как свидетельствуют полученные данные существенные различия между I и II группами по частоте основных осложнений в 1 половине беременности заключаются в снижении частоты самопроизвольного прерывания беременности (I группа – 12,0% и II – 4,0%). После 20 нед беременности следует указать, что при использовании предлагаемой нами методики произошло снижение частоты плацентарной дисфункции (I группа – 40,0% и II – 28,0%); преэклампсии (I группа – 16,0% и II – 8,0%) и гестационной анемии (I группа – 58,0% и II – 42,0%).

Одним из основных подтверждений эффективности предлагаемой методики является снижение частоты преждевременных родов у женщин II группы (I группа – 16,0% и II – 4,0%), а также изменение сроков развития преждевременных родов. Если на фоне общепринятых лечебно-профилактических мероприятий в каждом втором

случае это происходило в 28–32 нед (50,0%), то во II группе более чем в половине наблюдений преждевременные роды развивались в 35–36 нед (57,1%), что с перинатальных позиций является более благоприятным моментом. При изучении характера развития преждевременных родов существенных различий не отмечено, и в обеих группах основной причиной был преждевременный разрыв плодных оболочек (I группа – 75,0% и II – 85,7%) по сравнению со стремительными родами (I группа – 16,7% и II – 14,3%) и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (только в I группе 8,3%). Сравнивая клиническое течение II половины беременности и характер преждевременных родов следует указать на наличие взаимосвязи между частотой плацентарной дисфункции и уровнем преждевременных родов у женщин старшего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей.

В дальнейшем, при своевременном родоразрешении женщин, получавших различные лечебно-профилактические методики установлены существенные различия в частоте и характера возникающих осложнений. Особенно наглядно это просматривалось в уровне преждевременного разрыва плодных оболочек (I группа – 58,0% и II – 38,0%); дистресса плода (I группа – 24,0% и II – 12,0%); аномалий родовой деятельности (I группа – 20,0% и II – 8,0%) и акушерских кровотечений (I группа – 16,0% и II – 12,0% соответственно).

Аналогичная закономерность сохранялась и при оценке перинатальных исходов родоразрешения. На фоне общепринятых лечебно-профилактических мероприятий значительно выше была частота асфиксии новорожденных (I группа – 24,0% и II – 12,0%); респираторного дистресс-синдрома (I группа – 20,0% и II – 8,0%); интраамниального инфицирования (I группа – 12,0% и II – 4,0%) и родового травматизма (I группа – 8,0% и II – 4,0% соответственно).

Подтверждением вышеперечисленных клинических особенностей являются результаты дополнительных лабораторных, функциональных и гемостазиологических методов исследования.

Резюмируя результаты проведенных исследований по изучению функционального состояния фетоплацентарного комплекса следует отметить, что использование предлагаемой нами лечебно-профилактической методики позволяет предупредить плацентографические, доплерометрические и фетометрические изменения. Сохраняющиеся дисгормональные изменения со стороны плацентарных гормонов (хорионический гонадотропин и плацентарный лактоген) на фоне одновременного усиления функции надпочечников свидетельствуют о достаточно глубоких эндокринологических нарушениях у женщин старшего репродуктивного возраста с варикозной болезнью нижних конечностей, устранить которые с помощью направленной гормональной коррекции не представляется возможным. Вместе с тем, полученные результаты позволяют объяснить снижение частоты преждевременных родов у обследованных женщин в результате улучшения функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, с целью снижения частоты невынашивания и преждевременных родов у женщин старшего репродуктивного возраста и варикозной болезнью нижних конечностей необходи-

мо использовать предлагаемый лечебно-профилактический комплекс. Существенное снижение частоты невынашивания и преждевременных родов на фоне улучшения перинатальных исходов родоразрешения позволяет рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

### **Профілактика невиношування у жінок старшого репродуктивного віку з варикозною хворобою нижніх кінцівок**

**О.Н. Іщак**

Вивчені клініко-лабораторні і функціональні особливості у жінок старшого репродуктивного віку з варикозною хворобою нижніх кінцівок, що дозволило удосконалити лікувально-профілактичну методику. Як показали результати проведених досліджень, з метою зниження частоти мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів у обстежених жінок необхідно використовувати запропонований лікувально-профілактичний комплекс. Істотне зниження частоти передчасних пологів на тлі поліпшення перинатальних результатів розродження дозволяє рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *невиношування, профілактика.*

### **Preventive maintenance of spontaneous interruption of pregnancy at women of the senior reproductive age with varicose illness of the bottom finitenesses**

**O.N. Ishak**

Clinical-laboratory and functional features at women of the senior reproductive age with varicose illness of the bottom finitenesses that has allowed to improve a treatment-and-prophylactic technique are investigated. As have shown results of the lead researches, with the purpose of decrease in frequency of spontaneous interruption of pregnancy and premature birth at the surveyed women it is necessary to use an offered treatment-and-prophylactic complex. Essential decrease in frequency of premature birth on a background of improvement perinatal outcomes delivery allows to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** *spontaneous interruption of pregnancy, preventive maintenance.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). – М., 2007. – 188 с.
2. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні // Перинатологія та педіатрія. – 2006. – № 1. – С. 3–4.
3. Голота В.Я., Беник В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 2007. – № 1–2. – С. 32–35.
4. Andrews W.W., Goldenberg R.L., Hauth J.C. Preterm labor: emerging role of genital tract infections // Infect. Agents Dis. – 2006. – V. 4, № 4. – P. 196–211.

# Влияние аномальной плацентации на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения

**С.А. Курицина**

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности при аномальной плацентации сопровождается высокой частотой раннего токсикоза (32,0%); преэклампсии (20,0%); плацентарной дисфункции (55,0%); преждевременных родов (26,0%) и аномалий родовой деятельности (34,0%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма тактики ведения беременности и родов у пациенток этой группы.

*Ключевые слова:* аномальная плацентация, акушерские и перинатальные аспекты.

Одной из основных проблем современного акушерства является разработка эффективных мер профилактики материнской и перинатальной смертности. Среди причин, оказывающих влияние на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), т.е. локализацию ее в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода [1–3].

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса сохранения или пролонгирования беременности при кровотечениях, возникающих вследствие АРП [3]. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности [1, 2]. Однако многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

**Цель исследования** – изучить акушерские аспекты аномальной плацентации.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно обследованы 100 женщин (основная группа) с АРП. При ультразвуковом скрининге, в 16 нед беременности у данного контингента наблюдаемых плацента располагалась на расстоянии менее 2 см от внутреннего зева шейки матки. Проведен анализ клинических характеристик периода гестации и родов в зависимости от локализации плаценты и реализации процесса миграции:

I подгруппа – 20 пациенток с предлежанием плаценты (миграция отсутствовала);

II подгруппа – 37 женщин с низким расположением плаценты вследствие незавершенной/неполной миграции (нижний край плаценты ниже 5 см от внутреннего зева);

III подгруппа – 43 беременных, у которых в результате завершенной/полной миграции плацента переместилась в верхние отделы матки (нижний край плаценты на

5 см выше зева). В качестве контрольной группы обследованы 50 практически здоровых беременных с нормальной плацентацией.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Аномалии плацентации чаще определялись по задней стенке матки, но случаев прикрепления плаценты на передней стенке было больше ( $40,0 \pm 2,0\%$ ;  $p < 0,001$ ), чем в контрольной группе ( $26,0 \pm 1,6\%$ ). По передней стенке матки миграция плаценты отмечена у 75,0% пациенток, из них у 30,0% процесс был завершённым, у 45,0% – незавершённым. По задней стенке матки миграция наблюдалась в 82,0% случаях, из них у 48,0% женщин выявлен завершённый вариант, у 35,0% – незавершённый.

Итак, зависимости процесса миграции от локализации плаценты на стенках матки нами не обнаружено ( $t=1,07$ ;  $p > 0,05$ ). В то же время полная миграция чаще реализовалась по задней стенке матки, чем при ее локализации по передней (соответственно 48,0% и 30,0%;  $p < 0,05$ ). Неполная миграция плаценты чаще зафиксирована по передней стенке матки ( $p < 0,05$ ), что, возможно, связано с более ранней и выраженной структурной перестройкой формирующегося нижнего сегмента матки – истончение миометрия, снижение кровоснабжения.

Проведен анализ скорости процесса перемещения плацент в зависимости от локализации на стенках матки и варианта миграции (завершённая/незавершённая). При расположении плаценты на передней стенке процесс миграции начинался в 16 нед беременности; до 20 нед скорость составляла 0,15–0,27 см/нед (медленный тип). Наиболее выраженное перемещение плаценты отмечено в 21–28 нед беременности. Так, скорость миграции в 22 нед составила 0,33 см/нед, достигая наивысшей интенсивности в 24 нед – 0,52 см/нед ( $p < 0,05$ ). В 25–28 нед постепенно снижается активность процесса миграции от 0,44 до 0,32 см/нед (умеренный тип), завершающегося к 32 нед.

Зафиксирована корреляционная связь скорости миграции плаценты и осложнённой беременности: интенсивный темп процесса миграции плаценты в 22–24 нед (быстрый тип) сопровождался симптомами рецидивирующей угрозы прерывания (зависимость прямая, сильная, достоверная;  $r_{xy} = +0,92$ ,  $p < 0,001$ ).

По задней стенке матки плацента мигрировала в 18–35 нед беременности. Темп миграции наиболее выражен с 24 до 30 нед; скорость процесса составила 0,32 и 0,27 см/нед соответственно, максимум в 25–26 нед – 0,37 см/нед (умеренный тип). По задней стенке матки скорость миграции плаценты была в 1,5–2 раза меньше, чем по передней, и достоверно ниже в сроке гестации 22–28 нед ( $p < 0,05$ ); перемещение плаценты имело методичный характер, его этапы (нарастание, максимум, снижение скорости) были последовательными и более продолжительными.

Процесс незавершённой миграции плаценты отмечен, начиная с 17–18 нед беременности; заканчивался он в 29–30 нед. Максимальная скорость (0,51 см/нед) соответствовала быстрому типу миграции и регистрировалась она в 22–24 нед гестации ( $p < 0,05$ ). Резкая смена темпа (отсутствие умеренного типа миграции), скачкообразные, короткие этапы нарастания и снижения скорости миграции проявлялись выраженной клиникой с доминирующим симптомом мажущих кровянистых выделений.

Выявлено неблагоприятное сочетание локализации плаценты и варианта ее перемещения – неполная миграция по передней стенке матки; у данных пациенток регист-

ривались максимальные показатели скорости миграции – 0,65 см/нед (22–24 нед) и более тяжелая симптоматика с наличием кровотечений, рецидивирующей угрозой прерывания беременности. Бессимптомно процесс протекал при завершенной миграции по задней стенке матки; темп был максимален в 29–31 нед и соответствовал медленному и умеренному типу – 0,38 см/нед.

Итак, выявлены факторы, влияющие на миграцию плаценты: локализация относительно стенок матки и вариант процесса. Более интенсивно плацента перемещается по передней стенке. При неполном/ незавершенном варианте процесса имеет место быстрый тип миграции. Все этапы (нарастание, пик и снижение скорости) полной/ завершенной миграции происходят по умеренному и медленному типу. Неблагоприятным процессом перемещения плаценты является незавершенный вариант ее миграции по передней стенке матки; при этом регистрировалась максимальная скорость миграции и более тяжелая симптоматика.

Во время гестационного периода в основной группе наблюдаемых нарастала частота и тяжесть угрозы прерывания беременности, рецидивов кровянистых выделений; наиболее выраженными были осложнения при предлежании плаценты и низком расположении. У каждой третьей пациентки (32,0%) отмечался ранний токсикоз, у каждой пятой (20,0%) – преэклампсия. Обращает внимание значимая доля обострений хронической инфекции мочевыделительной системы и ОРВИ у наблюдаемых с предлежанием и низким расположением плаценты ( $p < 0,05$ ). Обострения болезней ЛОР-органов, ОРВИ встречались чаще в I (9,0%;  $p < 0,01$ ) и II (8,0%;  $p < 0,05$ ) триместрах гестации; урологическая патология (пиелонефрит, цистит) с большей частотой диагностировалась во II (4,0%) и III (4,0%) триместрах.

Анализ исходного спектра возбудителей у беременных с АРП обнаружил высокий уровень инфекции, передаваемых половым путем, в виде ассоциированных форм при микроскопическом (56,0%), бактериологическом (46,0%) исследовании и методом полимеразной цепной реакции (39,0%). У пациенток с выявленной инфекцией имело место бессимптомное течение процесса и преобладали герпетическая, цитомегаловирусная, хламидийная, уреа-микоплазменная формы инфекции.

Нарушения системы гемостаза в основной группе выявлены у 34,0% пациенток во II триместре, у 56,0% – в III триместре беременности и при сравнении с показателями контрольной группы они были более выражены при предлежании и низком расположении плаценты. Обнаружено преобладание коагуляционного потенциала крови: снижение времени кровотечения ( $p < 0,05$ ), времени свертывания ( $p < 0,01$ ), толерантности плазмы к гепарину ( $p < 0,01$ ). Параллельно имела место активация фибринолитической составляющей гемостаза: увеличение протромбинового времени и индекса ( $p < 0,05$ ), снижение активированного частичного тромбопластинового времени ( $p < 0,05$ ), значений фибриногена ( $p < 0,01$ ). Уменьшение количества тромбоцитов ( $p < 0,05$ ) свидетельствует об изменениях сосудисто-тромбоцитарного звена. Выявлены маркеры внутрисосудистого свертывания крови и фибринолиза – положительный этаноловый тест и выраженные значения продуктов деградации фибрина ( $p < 0,01$ ).

Следовательно, изменения в системе гемокоагуляции указывают на хроническую форму ДВС синдрома, приводят к нарушению агрегационных свойств крови, патологии микроциркуляции и в итоге – к неполноценной инвазии трофобласта в стенку спиральных артерий матки. Это, в свою очередь, способствует нарушению кровотока в

бассейне маточных артерий и раннему развитию плацентарной недостаточности при данной акушерской патологии.

В связи с неоднородными изменениями концентрации гормонов и белков фето-плацентарного комплекса при АРП нами выделены четыре варианта эндокринного статуса этой системы: нормофункция (содержание гормонов соответствует норме); гиперфункция (содержание одного/ряда гормонов повышено); дисфункция (разнонаправленные изменения концентрации гормонов); гипофункция (содержание одного/ряда гормонов снижено). Результаты гормонального скрининга основной группы пациенток свидетельствуют о снижении функциональной активности плаценты, что является патологическим типом адаптации плода и доклиническим маркером нарушения его состояния. Вариант АРП оказывает непосредственное влияние на состояние фето-плацентарного комплекса: выраженные изменения имеют место при низкой локализации плаценты ( $p < 0,01$ ), являясь косвенным доказательством гипоксии плода.

При оценке степени созревания аномально расположенных плацент у 50,0% пациенток выявлено запоздалое и у 12,0% – преждевременное их созревание. При низкой плацентации запоздалое созревание отмечалось чаще (67,0%;  $p < 0,01$ ), чем при предлежании (41,0%) и полной миграции плаценты (37,0%), т.е. нарушения созревания плаценты могут определять варианты ее миграции.

Задержка внутриутробного развития плода в основной группе наблюдаемых выявлена только при преждевременном/запоздалом созревании плаценты. Более выраженная задержка внутриутробного развития плода отмечена при низкой плацентации на фоне запоздалого созревания плаценты (22,0%;  $p < 0,01$ ), в сравнении с данными на фоне преждевременного ее созревания (7,0%).

Наиболее значимы изменения биофизического профиля плода были при низком расположении плаценты ( $7,2 \pm 0,9$ ), менее выраженные – при предлежании ( $8,6 \pm 1,2$ ) и полной миграции плаценты ( $9,7 \pm 0,7$ ).

По данным кардиотокографии самый низкий суммарный балл ( $5,9 \pm 0,9$ ) выявлен у беременных с низкой плацентацией, тогда как в контроле он составил  $9,4 \pm 0,6$ . Наибольшая балльная оценка среди кардиотокограмм основной группы была при завершнном процессе миграции ( $8,3 \pm 0,6$ ). По нарастанию частоты и степени тяжести изменений показатели распределились следующим образом: базальная частота, частота осцилляций, амплитуда осцилляций, акцелерации, децелерации.

Нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохраненном плодово-плацентарном отмечено у  $55,0 \pm 3,2\%$  женщин основной группы (I А степень плацентарной недостаточности), нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном – у 32 ( $35,0 \pm 1,9\%$ ) пациенток (I Б степень плацентарной недостаточности). Нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока при сохранении положительно направленного диастолического компонента определялись у  $7,0 \pm 1,2\%$  обследованных (II степень плацентарной недостаточности); критическое нарушение плодово-плацентарного кровотока (ретроградное направление диастолического компонента) – у  $2,0 \pm 0,1\%$  женщин основной группы (III степень плацентарной недостаточности).

Наиболее выраженные гемодинамические изменения наблюдались у 17,0% пациенток при задержке внутриутробного развития плода (зависимость прямая, сильная, достоверная;  $r_{xy} = +0,89$ ;  $p < 0,01$ ). После 24 нед беременности регистрировалось сниже-



ние диастолического компонента кровотока в маточных артериях – ранний признак нарушения маточно-плацентарного кровотока. У пациенток с предлежанием плаценты выявлено умеренное снижение кровотока ( $p < 0,05$ ); при низкой плацентации – выраженное ( $p < 0,001$ ); при миграции плаценты имелись незначительные нарушения ( $p > 0,05$ ).

На фоне низкой плацентации/неполной миграции нарушение маточно-плацентарного кровотока чаще подтверждалось всеми углолнезависимыми показателями (СДО, ИР, ПИ) и больше отличалось от контрольных значений. Увеличение углолнезависимых индексов в артериях пуповины и аорте плода связано с увеличением сопротивления терминальной части плаценты и спазмом периферических сосудов плода (компенсаторная централизация кровообращения при снижении плацентарной перфузии).

Итак, описанные изменения свидетельствуют о патологии маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики и плацентарной недостаточности, степень выраженности и частота которых зависят от локализации/ миграции плаценты; при этом наибольшие нарушения имели место при низком расположении плаценты. По-видимому, триггером развития плацентарной недостаточности при АРП является снижение маточно-плацентарного кровотока, зависящее, в свою очередь, от нарушений плодово-плацентарного кровотока.

Интересно отметить, что патологические нарушения кровообращения коррелируют с параметрами плацентометрии. В 29,0% случаев диагностика плацентарной недостаточности по оценке кровотока опережала данные УЗИ и клинические проявления. Следовательно, раннее нарушение кровотока и его углолнезависимые индексы могут быть доклиническими маркерами плацентарной недостаточности на фоне АРП.

У пациенток основной группы зафиксирован высокий процент преждевременных родов (26,0%), наибольший при предлежании (41,0%) и низкой плацентации (33,0%). При преждевременном созревании плаценты и задержке внутриутробного развития плода (симметричной формы) преждевременные роды произошли в 28–33 нед беременности. При запоздалом созревании плаценты задержке внутриутробного развития плода (асимметричной формы) чаще развивается вторичная плацентарная недостаточность, в связи с чем, беременность прерывается позднее (34–37 нед).

Варианты АРП/ миграции определяли количество осложнений (2,1 на одну женщину) и оперативных вмешательств (1,2 на одну женщину) в родах. В 34,0% случаев имели место аномалии родовой деятельности. Так, для низкой плацентации более характерными были быстрые роды (36,0%;  $p < 0,01$ ) и дискоординированная родовая деятельность (13,0%); миграции плаценты свойственны больше дискоординация (15,0%) и слабость (12,0%) родовых сил.

Более чем у половины беременных основной группы (53,0%) роды были оперативными: у всех пациенток с предлежанием плаценты, у 58,0% – при низкой локализации и у 26,0% – при мигрирующей плаценте. Неотложные ситуации в родах (отслойка плаценты – 39,0%, кровотечение – 40,0%, гипоксия плода – 56,0%) явились показанием к операции кесарева сечения в экстренном порядке, причем 67,0% операций были выполнены в ургентном порядке.

У пациенток основной группы во время кесарева сечения в 16,0% случаев произведено расширение объема операции до тотальной/субтотальной гистерэктомии. Чаще эти оперативные вмешательства реализованы при предлежании плаценты (17,0%) и

неполной ее миграции (22,0%) в сопоставлении с данными на фоне завершеного процесса миграции плаценты (6,0%). Показаниями к расширению объема операции явились: истинное приращение плаценты у наблюдаемых с предлежанием (14,0%) и низким прикреплением плаценты (10,0%); лейомиома матки больших размеров или низкое расположение миоматозных узлов у пациенток с предлежанием (3,0%), низкой плацентацией (12,0%) и миграцией плаценты (6,0%).

### **ВЫВОДЫ**

Клиническое течение беременности при аномальной плацентации сопровождается высокой частотой раннего токсикоза (32,0%); преэклампсии (20,0%); плацентарной дисфункции (55,0%); преждевременных родов (26,0%) и аномалий родовой деятельности (34,0%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма тактики ведения беременности и родов у пациенток этой группы.

### **Вплив аномальної плацентації на акушерські і перинатальні результати розродження**

**С.А. Куріцина**

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності при аномальній плацентації супроводжується високою частотою раннього токсикозу (32,0%); преєклампсії (20,0%); плацентарній дисфункції (55,0%); передчасних пологів (26,0%) і аномалій пологової діяльності (34,0%). Отримані результати свідчать про необхідність розробки алгоритму тактики ведення вагітності і пологів у пацієнток цієї групи.

**Ключові слова:** аномальна плацентація, акушерські і перинатальні аспекти.

### **Influence abnormal placentation on obstetrical and perinatal outcomes of delivery**

**S.A. Kuritsina**

Results of the spent researches testify, that the clinical current of pregnancy at abnormal placentation is accompanied by high frequency of an early toxicosis (32,0%); preeclampsia (20,0%); placentary dysfunction (55,0%); premature birth (26,0%) and anomalies of patrimonial activity (34,0%). The received results testifies to necessity of working out of algorithm of tactics of conducting pregnancy and sorts at patients of this group.

**Key words:** abnormal placentation, obstetrical and perinatal aspects.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2004. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2007. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.

# Первые роды в зависимости от возраста пациенток

*В. В. Маркевич*

Медицинский институт Сумского государственного университета

Проведенные исследования дают основание включить юных и возрастных первородящих в группы высокого риска по развития акушерской и перинатальной патологии. Это диктует необходимость разработки дифференцированного подхода к тактике ведения этих женщин на этапе планирования семьи, в женской консультации и акушерском стационаре.

*Ключевые слова:* первые роды, возраст пациенток.

Беременность и роды в период становления и угасания репродуктивной функции является предметом научных изысканий, особенно в последние годы [1–4]. При этом отмечено, что в крайних возрастных группах чаще развиваются различные акушерские и перинатальные осложнения. Среди основных причин такой тенденции выделяют исходную эндокринопатию, обусловленную с одной стороны биологической неготовностью юного организма к материнству, а с другой – инволютивными процессами в репродуктивной системе после 30 лет. Несмотря на значительное число научных публикаций по данным направлениям нельзя считать все вопросы полностью решенными. На наш взгляд, в первую очередь это касается сравнительных аспектов акушерской и перинатальной патологии в различных возрастных группах.

**Цель исследования** – изучение сравнительных аспектов акушерской и перинатальной патологии при первых родах в различных возрастных группах.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 300 первородящих, разделенных на три группы : I – 100 первородящих в возрасте до 18 лет; II – 100 первородящих в возрасте после 30 лет и контрольная – 100 первородящих в возрасте 20–25 лет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст юных женщин I группы составил 16,8±1,2 года; II – 33,5±2,6 и контрольной – соответственно 22,6±1,8 года. Социальный состав I группы характеризовался преобладанием учащихся (72%); II – служащих (78%) и контрольной – домохозяйек (66%). Частота незарегистрированных браков была наиболее высокой (62%) среди юных первородящих, а среди возрастных этот показатель составил 28%, при том что в контрольной группе он был наиболее низким – 18%. Полученные данные позволяют обратить внимание и на социальные аспекты гестационно-го периода в различных возрастных группах.

Течение беременности у юных первородящих характеризуется более высокой по сравнению с контрольной группой частотой поздних гестозов (26% по сравнению с 7%); преждевременного разрыва плодных оболочек (32% против 11%); аномалий родовой деятельности (22% по сравнению с 8%) и клинически узкого таза (12% против 1%). В отличие от этого, у возрастных первородящих следует выделить значительный уровень отягощенного акушерского анамнеза и исходного бесплодия (21% по сравнению с 2%); фетоплацентарной недостаточности (56% против 11%) и острого дистресса плода в родах (25% по сравнению с 7%). Частота кесаревых сечений составила в I группе – 12%; во II – 32% и контрольной – соответственно 7%. Эта разница была обусловлена вышеперечисленными особенностями клинического течения гестационного периода.

Как показали результаты проведенных исследований, основными причинами высокого уровня акушерских осложнений у первородящих до 18 лет являются: социальная неустроенность, повышенная частота анатомически узкого таза в связи с незавершенностью процесса его формирования, более высокая распространенность генитальной инфекции и несовершенство регуляторных механизмов в репродуктивной системе девушек-подростков. По сравнению с этим у возрастных первородящих следует указать на следующие особенности: повышенная частота экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, более частое родоразрешение путем операции кесарева сечения из-за перинатальных аспектов и анатомо-физиологические особенности половой системы, связанные с предстоящим возрастным исключением репродуктивной функции.

Анализируя непосредственно перинатальные исходы родоразрешения можно отметить, что показатель перинатальной смертности составил в I группе 30%; во II – 40% и в контрольной соответственно 10%. Среди основных причин плодовых потерь следует указать на наличие тяжелой пневмопатии на фоне глубокой недоношенности (3 из 8 случаев во всех группах); врожденную инфекцию (2 из 8 случаев) и по одному наблюдению острой интранатальной асфиксии, аспирации околоплодными водами и врожденного порока развития, своевременно не диагностированного.

При морфометрических исследованиях плацент юных первородящих обнаружены более высокие, чем в контрольной группе, значения относительной площади сосудов ворсин, индексов регенерации синцития и контакта синцития с материнским кровотоком. В плацентах возрастных первородящих выявлены более высокие показатели относительных площадей межворсинчатого пространства и сосудов ворсин, в то же время, меньше значения относительной площади синцитиальных узелков и индекса регенерации синцития.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, проведенные исследования дают основание включить юных и возрастных первородящих в группы высокого риска по развитию определенной акушерской и перинатальной патологии. Это диктует необходимость разработки дифференцированного подхода к тактике ведения этих женщин на этапе планирования семьи, в женской консультации и акушерском стационаре.

### **Перші пологи залежно від віку пацієнок В.В.Маркевич**

Проведені дослідження дають основу включити юних і вікових первородящих в групи високого ризику по розвитку акушерської і перинатальної патології. Це диктує необхідність розробки диференційованого підходу до тактики ведення цих жінок на етапі планування сім'ї, в жіночій консультації і акушерському стаціонарі.

**Ключові слова:** *перші пологи, вік пацієнок.*

### **The first childbirth depending on age of patients V.V. Markevich**

The carried out researches give the basis to include young and age первородящих in groups of high risk on developments obstetrical and perinatal pathologies. It dictates necessity of working out of the differentiated approach to tactics of conducting these women at a stage of planning of a family, in female consultation and obstetrical hospital.

**Key words:** *the first childbirth, age of patients.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Кіяшко Г.П. Порівняльні аспекти розродження жінок з гіпертензивними порушеннями // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 5, № 2–3. – С. 23–26.
2. Хаща І.І., Трещак І.І., Козодой А.В. Особенности гормонального статусу в період лактогенезу первородящих старше 30 лет// Зб. наук. праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – Вип. 5. – Київ–Луганськ. – 2008. – С. 119–121.
3. Шадлун Д.Р. Частота і структура перинатальної смертності на сучасному етапі // Одеський медичний журнал. – 2007. – № 3. – С. 97–103.
4. Яковлева Э.Б. Юный возраст матери и состояние здоровья ребенка // Педиатрия. – 2005. – № 3. – С. 62–65.

# Миграция аномально расположенной плаценты – как фактор риска гестационных осложнений

*В.И. Бойко, Т.В. Шевченко*

Медицинский институт Сумского государственного университета

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/ миома/ аномалии).

Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершенный (полная миграция) и незавершенный вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

*Ключевые слова:* аномальное расположение плаценты, факторы риска, миграция.

Одной из основных проблем современного акушерства является разработка эффективных мер профилактики материнской и перинатальной смертности. Среди причин, оказывающих влияние на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), т.е. локализацию ее в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода [1–3].

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса сохранения или пролонгирования беременности при кровотечениях, возникающих вследствие АРП [3]. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности [1, 2]. Однако многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

**Цель исследования** – выявить факторы риска, выделить сроки и варианты миграции аномально расположенной плаценты.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно обследованы 100 женщин (основная группа) с АРП. При ультразвуковом скрининге, в 16 нед беременности у данного контингента наблюдаемых плацента располагалась на расстоянии менее 2 см от внутреннего зева шейки матки. Проведен анализ клинических характеристик периода гестации и родов в зависимости от локализации плаценты и реализации процесса миграции: I подгруппа –

20 пациенток с предлежанием плаценты (миграция отсутствовала); II подгруппа – 37 женщин с низким расположением плаценты вследствие незавершенной/ неполной миграции (нижний край плаценты ниже 5 см от внутреннего зева); III подгруппа – 43 беременных, у которых в результате завершенной/ полной миграции плацента переместилась в верхние отделы матки (нижний край плаценты на 5 см выше зева). В качестве контрольной группы обследованы 50 практически здоровых беременных с нормальной плацентацией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Аномалии плацентации чаще определялись по задней стенке матки, но случаев прикрепления плаценты на передней стенке было больше ( $40,0 \pm 2,0\%$ ;  $p < 0,001$ ), чем в контрольной группе ( $26,0 \pm 1,6\%$ ). По передней стенке матки миграция плаценты отмечена у 75,0% пациенток, из них у 30,0% процесс был завершенным, у 45,0% – незавершенным. По задней стенке матки миграция наблюдалась в 82,0% случаях, из них у 48,0% женщин выявлен завершенный вариант, у 35,0% – незавершенный.

Итак, зависимости процесса миграции от локализации плаценты на стенках матки нами не обнаружено ( $t=1,07$ ;  $p > 0,05$ ). В то же время полная миграция чаще реализовалась по задней стенке матки, чем при ее локализации по передней (соответственно 48,0% и 30,0%;  $p < 0,05$ ). Неполная миграция плаценты чаще зафиксирована по передней стенке матки ( $p < 0,05$ ), что, возможно, связано с более ранней и выраженной структурной перестройкой формирующегося нижнего сегмента матки – истончение миометрия, снижение кровоснабжения.

Проведен анализ скорости процесса перемещения плацент в зависимости от локализации на стенках матки и варианта миграции (завершенная/незавершенная). При расположении плаценты на передней стенке процесс миграции начинался в 16 нед беременности; до 20 нед скорость составляла 0,15–0,27 см/нед (медленный тип). Наиболее выраженное перемещение плаценты отмечено в 21–28 нед беременности. Так, скорость миграции в 22 нед составила 0,33 см/нед, достигая наивысшей интенсивности в 24 нед – 0,52 см/нед ( $p < 0,05$ ). В 25–28 нед постепенно снижается активность процесса миграции от 0,44 до 0,32 см/нед (умеренный тип), завершающегося к 32 нед.

Зафиксирована корреляционная связь скорости миграции плаценты и осложнений беременности: интенсивный темп процесса миграции плаценты в 22–24 нед (быстрый тип) сопровождался симптомами рецидивирующей угрозы прерывания (зависимость прямая, сильная, достоверная;  $r_{xy} = +0,92$ ,  $p < 0,001$ ).

По задней стенке матки плацента мигрировала в 18–35 нед беременности. Темп миграции наиболее выражен с 24 до 30 нед; скорость процесса составила 0,32 и 0,27 см/нед соответственно, максимум в 25–26 нед – 0,37 см/нед (умеренный тип). По задней стенке матки скорость миграции плаценты была в 1,5–2 раза меньше, чем по передней, и достоверно ниже в сроке гестации 22–28 нед ( $p < 0,05$ ); перемещение плаценты имело методичный характер, его этапы (нарастание, максимум, снижение скорости) были последовательными и более продолжительными.

Процесс незавершенной миграции плаценты отмечен, начиная с 17–18 нед беременности; заканчивался он в 29–30 нед. Максимальная скорость (0,51 см/нед.) соответствовала быстрому типу миграции и регистрировалась она в 22–24 нед гестации

( $p < 0,05$ ). Резкая смена темпа (отсутствие умеренного типа миграции), скачкообразные, короткие этапы нарастания и снижения скорости миграции проявлялись выраженной клиникой с доминирующим симптомом мажущих кровянистых выделений.

Выявлено неблагоприятное сочетание локализации плаценты и варианта ее перемещения – неполная миграция по передней стенке матки; у данных пациенток регистрировались максимальные показатели скорости миграции – 0,65 см/нед (22–24 нед) и более тяжелая симптоматика с наличием кровотечений, рецидивирующей угрозой прерывания беременности. Бессимптомно процесс протекал при завершённой миграции по задней стенке матки; темп был максимален в 29–31 нед и соответствовал медленному и умеренному типу – 0,38 см/нед.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/ лейомиома/ аномалии).

Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершённый (полная миграция) и незавершённый вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

### **Міграція аномально розташованої плаценти – як чинник ризику гестаційних ускладнень В.І. Бойко, Т.В. Шевченко**

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічної течії гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції урогенітального тракту; структурні порушення матки (рубець/ міома/ аномалії).

Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначені три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більше 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

**Ключові слова:** аномальне розташування плаценти, чинники ризику, міграція.

### **Migration it is abnormal the located placenta – as a risk factor gestational complications V.I. Boyko, T.V. Shevchenko**

Results of the spent researches testify, that risk factors of a pathological current gestation at abnormal placentation are: the age is more senior 30 years; high parity; infections urogenital path; structural infringements of a uterus (a hem / an anomaly myoma). The basic criteria of



migration of a placenta are: localisation concerning uterus walls, speed and a process variant. Three types of speed of moving of a placenta are defined: slow – less 0,3sm/w; moderated – from 0,3 to 0,5sm/w; fast – more 0,5sm/w. Are allocated also finished (full migration) and not complete variant (incomplete migration) moving process. The received results are necessary for using by working out of tactics of conducting pregnancy at patients of this group.

**Key words:** *an abnormal arrangement of a placenta, risk factors, migration.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2004. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы II научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2007. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.

# **Рубец на матке после кесарева сечения: морфологические особенности и возможности самостоятельных родов**

**И.М. Шлапак**

Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при оценке состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе диагностическая точность трансабдоминального ультразвукового исследования составила 70,0%, трансвагинального ультразвукового исследования – 78,0%, магнитно-резонансной томографии – 60,0%, доплерометрии – 56,0%; при несостоятельности рубца на матке клинические признаки имели место в 47,0% случаев. При морфологической оценке нижнего сегмента не выявлено зависимости морфологической структуры нижнего сегмента матки от временного интервала между операциями.

**Ключевые слова:** повторное кесарево сечение, нижний сегмент.

По данным ряда авторов [1–5] рубец на матке в настоящее время является одним из основных показаний к кесареву сечению, составляя от 18,2% до 37,0%. Основным мотивом для проведения повторного кесарева сечения служит опасность разрыва матки в родах с неблагоприятным исходом для матери и плода. Данные, приводимые различными авторами о несостоятельности поперечного рубца на матке, имеют большой разброс – от 22% до 50% [2, 3]. Частота разрывов матки в родах колеблется от 0,7% до 1,5%, во время беременности – от 1,1 до 3% [1, 4].

Наиболее информативные методы диагностики и критерии полноценности рубца на матке еще не определены. Во время беременности практически единственным методом оценки состояния рубца является ультразвуковое исследование (УЗИ), точность которого колеблется по различным источникам в достаточно широких пределах – от 57,5% до 83% [4]. Весьма перспективным, но практически не изученным методом в отношении диагностики состояния нижнего сегмента матки у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, представляется магнитно-резонансная томография.

Исследований, направленных на изучение морфологического состава тканей из области предыдущего разреза при повторном кесаревом сечении, немало. Однако до сих пор не существует единого мнения о том, зависит ли состояние рубца от времени, прошедшего между операциями, и каков оптимальный срок наступления последующей беременности.

Увеличение в настоящее время частоты абдоминального родоразрешения и желание практически каждой женщины иметь двух и более детей делает актуальной проблему повторного кесарева сечения. Возрастающее число женщин с

рубцом на матке, планирующих впоследствии беременность, требует совершенствования методов диагностики состояния нижнего сегмента матки как во время, так и вне беременности, что подтверждает актуальность настоящего научного исследования.

**Цель исследования** – изучить эхографические и морфологические особенности состояния рубца при повторном кесаревом сечении с помощью современных методов исследования.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование 100 женщин с кесаревым сечением в анамнезе (1 группа – основная), которые наблюдались на протяжении всей беременности и в течение года после абдоминального родоразрешения, а также их новорожденные. Группу сравнения (2 группа) составили 50 женщин, впервые родоразрешенные путем кесарева сечения по различным показаниям и их новорожденные. Критериями исключения явились: тяжелая экстрагенитальная патология, корпоральное кесарево сечение в анамнезе, многоплодная беременность.

При первичном обращении беременной подробно собирали общий и специальный анамнез, уделяя особое внимание технике предшествующей операции и возможным интра- или послеоперационным осложнениям. При осмотре женщины обращали внимание на состояние послеоперационного рубца на передней брюшной стенке: его расположение, размеры, плотность, подвижность, ощущения женщины при пальпации.

Беременным женщинам УЗИ проводили в I, II, III триместрах. Производили фетометрию, плацентометрию с определением локализации плаценты по отношению к внутреннему маточному зеву и к зоне предполагаемого рубца на матке. Для оценки состояния нижнего маточного сегмента трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ проводили при наполненном мочевом пузыре в динамике с 35–36 нед беременности и накануне операции. К эхографическим признакам несостоятельности нижнего маточного сегмента относили: толщину нижнего маточного сегмента менее 2 мм и более 8 мм; кратерообразное истончение рубца; гиперэхогенные включения в области предполагаемого рубца. Для оценки кровотока в области нижнего маточного сегмента применялась доплерометрия. Гемодинамику в «околорубцовой» зоне считали удовлетворительной при условии равномерного распределения цветовых сигналов и наличии диастолической составляющей в конечной скорости кровотока обнаруженных сосудов.

Магнитно-резонансная томография проводилась без введения контрастных средств в сроки беременности 38–39 нед. Главной целью исследования являлась диагностика состояния нижнего сегмента матки. Измеряли толщину стенки матки в области предполагаемого рубца, обращая внимание на ее равномерность, наличие каких-либо включений, дефектов.

Для морфологического исследования биоптаты иссекали при первом и повторном кесаревом сечении из верхнего и нижнего краев разреза, фиксировали в 10% растворе формалина на 24 ч и проводили по обычной схеме. Окрашивали препараты гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, а также использовали окраску по Маллори для оценки состояния соединительной ткани.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст обследованных женщин в 1-й группе колебался от 21 до 43 лет, составляя в среднем  $32,0 \pm 5,7$  года, более половины женщин (56,0%) находились в возрасте 25–34 года; во 2-й группе – от 18 до 40 лет, в среднем  $27,5 \pm 5,2$  года ( $p > 0,5$ ).

В 1-й группе в анамнезе одну операцию кесарева сечения перенесли 75% женщин, две – 20%, три или четыре операции – 5% женщин. Интервал между предшествующим кесаревым сечением и настоящей беременностью составил 1–2 года у 27,0% женщин, 3–5 лет – у 30,0%, больше 5 лет – у 43,0% женщин.

В анамнезе более чем у половины пациенток основной группы (58,0%) были медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, нередко их сочетание. Высокий процент наступления беременностей в течение 1–2-го года после операции (40,0%), каждая четвертая из которых заканчивалась медицинским аборт. Достоверного отрицательного влияния внутриматочных вмешательств между операциями на состояние рубца на матке выявлено не было.

Во 2-й группе 30,0% женщин имели в анамнезе роды, 70,0% являлись первородящими.

Среди показаний к первому кесареву сечению в основной группе в 32,0% случаев послужили: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в сочетании с возрастом женщины, беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), экстрагенитальная патология. В остальных 67,0% случаев показания были проходящими (аномалии родовой деятельности, тазовое предлежание, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая гипоксия плода и т.д.).

Предыдущая операция и послеоперационный период у большинства пациенток (92,0%) протекали без осложнений.

Анализ показал, что одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин с кесаревым сечением в анамнезе являлась угроза прерывания беременности, которая в первой половине беременности имела место у каждой второй женщины, во второй – у каждой пятой. Частота этой патологии в I и II триместре достоверно выше в основной группе (50,0% и 32,0%,  $p \leq 0,05$ ). Вторым по частоте осложнением беременности являлась несостоятельность нижнего сегмента матки, подтвержденная на операции, составив 28,0%. У каждой пятой женщины основной группы (20,0%) беременность протекала на фоне хронической плацентарной недостаточности, тогда как в группе сравнения ее частота составляла лишь 8,0% ( $p \leq 0,05$ ).

Комплексную оценку состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе мы давали на основании клинических данных и результатов инструментальных методов исследования: УЗИ, МРТ, доплерометрия.

Клинические признаки несостоятельности рубца в виде неприятных ощущений в эпигастрии, тошноты, рвоты, боли в области нижнего сегмента матки, локальной болезненности при пальпации в области рубца, болезненного шевеления плода определялись у 28,0% беременных. Из них несостоятельность рубца подтвердилась на операции у 69,6% женщин. В то же время из 72,0% беременных с отсутствием клинических проявлений у 18,0% рубец оказался несостоятельным. Итак, у 52,9% женщин с подтвержденной на операции несостоятельностью рубца на матке, она носила бессимптомный характер.

Трансабдоминальное УЗИ было проведено всем 120 беременным основной группы. Состоятельный нижний сегмент матки был диагностирован у 79,0,0% женщин, которые были родоразрешены путем кесарева сечения в плановом порядке. На операции у 21,0% пациенток рубец оказался несостоятельным, причем в 4 случаях имело место полное расхождение рубца. Несостоятельность рубца была заподозрена у 18,0% беременных, но подтвердилась на операции лишь у 10,0% пациенток.

Точность трансабдоминального ультразвукового исследования составила 70,0%, чувствительность – 29,4%, специфичность – 86,0%, ложноположительные результаты имели место в 10,0% случаев, ложноотрицательные – в 20,0% случаев; прогностическая ценность положительного результата – 45,5%, прогностическая ценность отрицательного результата – 75,5%.

Трансвагинальное УЗИ было проведено всем беременным. Нижний сегмент матки был расценен как неизмененный у 76,0% пациенток, но на операции у 14,0% женщин обнаружили резкое его истончение. Подозрение на несостоятельность рубца возникло у 24,0% пациенток. Подтвердился на операции диагноз у 16,0% женщин.

Таким образом, совпадение ультразвукового и интраоперационного диагнозов имело место в 78,0% случаев, ложноположительные результаты получены в 8,0%, ложноотрицательные в 14,0%; чувствительность метода 53,3%, специфичность – 88,5%, прогностическая ценность положительного результата – 66,7%, прогностическая ценность отрицательного результата – 81,5%.

Доплерометрическое исследование кровотока в области нижнего маточного сегмента провели у беременных на сроке 37–39 нед. В подгруппе пациенток (20 женщин), где регистрировался хороший кровоток, результаты распределились поровну между состоятельными и несостоятельными рубцами. В подгруппе женщин (12 пациенток) со сниженным кровотоком в 66,7% случаев выявлена несостоятельность рубца. Следовательно, сниженный кровоток может в некоторой степени служить прогностическим критерием несостоятельности рубца на матке у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Точность исследования составила 56,3%. Но придавать данному методу особое значение не стоит, поскольку высок риск ошибочного измерения кровотока в стенке мочевого пузыря, а не в стенке матки из-за их тесного прилегания.

С помощью МРТ были обследованы 30 беременных. Из 8 случаев диагностированной несостоятельности рубца на матке (равномерное или локальное истончение менее 2 мм) подтвердился диагноз лишь у 2 пациенток. В то же время у 6 из 22 пациенток с рубцом равномерной толщины от 2 до 5 мм по результатам МРТ нижний сегмент оказался несостоятельным. Полученные результаты совпали с интраоперационными данными в 18 случаях – 60,0%, ложноположительные и ложноотрицательные результаты распределились поровну, составив по 20,0%; чувствительность метода – 25,0%, специфичность – 72,7%, прогностическая ценность положительного результата – 25,0%, прогностическая ценность отрицательного результата – 72,7%.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в настоящее время не существует безошибочного метода диагностики состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе. Обследование должно носить

комплексный характер с учетом клинических данных и результатов инструментальных методов.

Морфологическая картина при макроскопической несостоятельности рубца характеризовалась врастанием грубоволокнистой соединительной ткани в окружающий миометрий, которая, проникая вглубь между отдельными мышечными пучками, лишала их необходимой компактности. Характерной особенностью биоптатов миометрия данной группы женщин было частое выявление (в 93,0% случаев) выраженного миолиза в составе мышечных пучков, исходом которого было либо замещение фрагментов погибших пучков фиброзной тканью, то есть расширение зоны рубца, либо извращенная регенерация миометрия.

Попытка выявить зависимость динамики формирования рубцовой ткани и окружающего миолиза от времени, прошедшего между операциями, не привела к убедительным результатам.

При макроскопически неизменном нижнем маточном сегменте в микропрепаратах при редкости выявления грубой рубцовой ткани обнаружена значительная дезорганизация составляющих фрагментов миометрия в виде характерных «сетчатых» структур (в 80,0% случаев). Очаги миолиза выявлялись редко, поскольку процесс коллагенизации миоцитов в составе пучков вызывал резкую атрофию мышечных клеток, но диффузный характер распространения соединительной ткани в межмышечных прослойках создавал определенную механическую прочность миометрия в зоне рубцов.

## **ВЫВОДЫ**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при оценке состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе диагностическая точность трансабдоминального ультразвукового исследования составила 70,0%, трансвагинального ультразвукового исследования – 78,0%, магнитно – резонансной томографии – 60,0%, доплерометрии – 56,0%; при несостоятельности рубца на матке клинические признаки имели место в 47,0% случаев. Несостоятельность рубца на матке выявлена у 28,0% женщин, плацентация в области рубца ? у каждой десятой женщины (10,0%). Структура ткани нижнего сегмента матки при несостоятельности рубца характеризуется тотально распространенным миолизом в 93,0%, исходом которого является либо расширение зоны рубца, либо извращенная регенерация миоцитов без формирования компактных пучков; при визуальном неизменном нижнем сегменте матки в 80,0% случаев преобладает атрофия миоцитов и «сетчатый» характер коллагенизации. Не выявлено зависимости морфологической структуры нижнего сегмента матки от временного интервала между операциями.

### **Рубец на матці після кесарева перерізи: морфологічні особливості і можливості самостійних пологів** ***И. М. Шлапак***

Результати проведених досліджень свідчать, що при оцінці стану нижнього сегменту матки у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі діагностична точність трансабдоминального ультразвукового дослідження склала 70,0%, трансвагінального ультразвукового

дослідження – 78,0%, магнітно-резонансної томографії – 60,0%, доплерометрії – 56,0%; при неспроможності рубця на матці клінічні ознаки мали місце в 47,0% випадків. При морфологічній оцінці нижнього сегменту не виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегменту матки від тимчасового інтервалу між операціями.

**Ключові слова:** *повторне кесареве переріз, нижній сегмент.*

## **Hem on a uterus after cesarean sections: morphological features and possibilities of independent sorts**

***I.M. Shlapak***

Results of the spent researches testify, that at an estimation of a condition of a condition of the bottom segment of a uterus at pregnant women with a Cesarean section in the anamnesis diagnostic accuracy transabdominal ultrasonic research has made 70,0%, transvaginal ultrasonic research – 78,0%, magnite-resonant tomography – 60,0%, dopplerometria – 56,0%; at a hem inconsistency on a uterus clinical signs took place in 47,0% of cases. At a morphological estimation of the bottom segment it is not revealed dependences of morphological structure of the bottom segment of a uterus on a time interval between operations.

**Key words:** *a repeated cesarean section, the bottom segment.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Васильченко О.Н. Влияет ли количество кесаревых сечений в анамнезе на течение последующей беременности, операции и послеоперационного периода? // «Мать и дитя»: материалы I Регионального форума (20–22 марта, 2007 г.) – Казань, 2007. – С. 35–36.
2. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение // «Мать и дитя»: материалы VII Российского Форума (11–14 окт. 2005 г.). – М., 2005. – С. 52–53.
3. Комиссарова Л.М. Особенности течения беременности, операции и послеоперационного периода у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
5. Чернуха Е.А. Вопрос диагностики состояния рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе не решен // «Репродуктивное здоровье семьи»: материалы II международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2008. – С. 81–82.

# Особливості післяпологового і неонатального періодів у жінок з метаболічним синдромом

*Н.И. Геник, В.Я. Скрипник*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

---

Аналіз отриманих даних показав, що перебіг раннього неонатального періоду у новонароджених, таких, що народилися від жінок з метаболічним синдромом, ускладнювався в більшому ступеню, чим у здорових новонароджених. Причому частота ускладнень прямо пропорційна ступеню тяжкості ожиріння матері і відповідно до кількості компонентів, що входять до складу метаболічного синдрому. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з метаболічним синдромом.

*Ключові слова:* метаболічний синдром, післяпологовий період, новонароджені.

У останнє десятиліття значно зріс інтерес учених всього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і ростом серцево-судинних захворювань. Так, ожиріння і цукровий діабет типу-2 визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями нашого часу у зв'язку з широкою поширеністю серед населення, високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю.

Відомо, що ожиріння – надмірне відкладення жиру в організмі – може бути або самостійним захворюванням, або синдромом. Актуальність проблеми ожиріння полягає ще і в тому, що кількість осіб, що мають надмірну масу тіла, прогресивно збільшується, а приріст за останні 10 років склав 10%. У економічно розвинених країнах, включаючи Україну, 30% населення мають надмірну масу тіла.

У дослідженнях акушерів [1–3] є багато робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому. Враховуючи, що ожиріння, особливо висцелярна форма, грає велику роль в патогенезі метаболічного синдрому, метою нашого дослідження було вивчення частоти метаболічного синдрому у жінок з ожирінням і вплив його на течію післяпологового періоду і стан новонароджених.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під наглядом знаходилися 120 вагітних жінки з порушенням жирового обміну та 120 їх новонароджених з моменту народження і до виписки із стаціонару. Контрольну групу склали 25 вагітних без ожиріння. Критеріями включення в дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла (ІМТ) у них склав  $> 30 \text{ кг/м}^2$ .

Критеріями виключення були:

- ендокринний генез ожиріння (консультація і обстеження ендокринологом);
- хронічна серцева недостатність;



- цукровий діабет;
  - захворювання щитовидної залози;
  - використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.
- 120 вагітних були розділені на три групи залежно від ступеня ожиріння :
- I групу склали 49 вагітних з I ступенем ожиріння (ІМТ від 30,0 до 34,9);
  - II групу – 41 вагітна з II ступенем ожиріння (ІМТ від 35 до 39,9);
  - III групу – 30 вагітних з III ступенем ожиріння (ІМТ > 40).

У комплекс проведених досліджень були включені антропометричні показники, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – ІМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>;
- артеріальна гіпертонія – систолічний тиск > 140 мм рт.ст. і діастола – > 90 мм рт.ст.
- гіпердисліпідемія – рівень в сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – понад 2 ммоль/л; загальний холестерин (ЗХ) – більше 5 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/д.
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго < 0,33.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики обстежених жінок, найбільше їх число в основних і контрольній групах було у віці 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше в групі вагітних з ожирінням III ступеня.

Маса тіла жінок з ожирінням коливалася від 76 до 137 кг. Слід зазначити, що при індивідуальному аналізі виявилось, що маса тіла збільшувалася залежно від тривалості ожиріння, що особливо було помітно при зіставленні з ступенем ожиріння. Так, при I ступені тривалість ожиріння склала 8,0±0,6 року; при II – 10,6±1,0 року і при III – 13,6±1,2 року.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, звертало на себе увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); шлунково-кишкового тракту (14,3%), частота яких була майже однакова в усіх трьох групах жінок з ожирінням.

З анамнезу було з'ясовано, що майже кожна п'ята жінка – 23,3% перехворіла хронічним сальпінгофоритом; 27,1% – лікувалися з приводу ерозії шийки матки; у 15,8% були дисфункціональні маткові кровотечі; первинне безпліддя було у 5,0%, а 2,5% – оперовані з приводу доброякісних утворень яєчників.

Вік менархе коливався від 11 до 16 років і не мав відмінності у жінок з ожирінням залежно від ступеня ожиріння. Регулярний менструальний цикл був у 101 жінки (84,2%); у 5 (4,2%) відзначалася олігоменорея із затримками до 3 міс; у 15 (12,6%) в анамнезі були дисфункціональні кровотечі; у 5 з них (4,2%) було проведено діагностичне вискоблювання з подальшою гормональною корекцією порушень менструальної функції.

Аналізуючи генеративну функцію можна зробити висновок, що більшість жінок були повторновагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням III ступеня в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 разу частіше, ніж у жінок з I і II ступенем ожиріння мали місце мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок з III ступенем ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням I ступеня і в 2,5 разу частіше, ніж у пацієток без ожиріння.

Частота ускладнень впродовж попередніх вагітностей значно вище була у жінок з ожирінням III ступеня. Також звертає на себе увагу високий відсоток прееклампсії і, мабуть, як його наслідок гіпотрофії плоду, яка може ще пояснюватися значною частотою загрози переривання вагітності, що у результаті призвело до порушення матково-плацентарного і плодового кровообігу. На 3,3% більше у жінок основної групи пологи відбувалися раніше терміну, чим у породіль контрольної групи; на 20,2% частіше були пологи оперативними (кесарів розтин і акушерські щипці), крім того, у 2,5% породіль основної групи був розрив промежини III ступеня; у 19,6% – слабкість пологової діяльності, проти 6,5% в контрольній групі.

Результати проведених досліджень свідчать, що частота метаболічного синдрому у вагітних з ожирінням складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює із ступінь ожиріння. Частота інсулінорезистентності у вагітних з I ступенем ожиріння складає 18,4%; з II ступенем – 29,3% і з III ступенем – 70,0%.

Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у вагітних з III ступенем ожиріння; з II ступенем – у 48,8% і з I ступенем – тільки у 18,4% обстежених.

Течія вагітності і пологів у жінок з метаболічним синдромом протікає з ускладненнями, частота і ступінь тяжкості яких залежить від числа компонентів метаболічного синдрому. Частота кесарева перерізи у породіль з метаболічним синдромом склала 33,6% (проти 10–12% загальнопопуляційного показника).

Отже, результати цього етапу нашої наукової роботи підтверджують існування взаємозв'язку між ожирінням, інсулінорезистентністю, дисліпідемією, артеріальною гіпертензією і свідчать про те, що ожиріння можливо є найважливішим механізмом або катализатором, що запускає розвиток інсулінорезистентності і досить часто поєднується з атерогенною дисліпідемією і артеріальною гіпертензією.

Отримані нами дані свідчать, що незважаючи на заходи, що проводяться, по профілактиці кровотеч зі збільшенням ступеня ожиріння, тобто зі збільшенням кількості компонентів метаболічного синдрому, відзначається зростання частоти акушерських кровотеч, причому у породіль 3 групи частота кровотеч в порівнянні з породільми 1 групи підвищується в 1,7 разу і в 1,4 разу в порівнянні з 2 групою.

Почастішання кровотеч призводить до збільшення числа ручного обстеження порожнини матки, яке проводилося в усіх випадках. Слід також вказати на високий материнський травматизм, що проявляється в підвищенні частоти розривів шийки матки, особливо в 2 і 3 групах. В той же час розриви промежини відзначалися практично однаково часто в усіх групах, за винятком 1 групи.

Звертає на себе увагу висока частота порушення скорочувальної здатності матки у жінок з метаболічним синдромом, не лише в ранньому, але і в пізньому післяпологовому періодах. Так, дуже частою патологією післяпологового періоду є субінволюція матки, яка особливо часто зустрічається у пацієток 3 групи і перевищує таку в контрольній групі в 3,3 разу. Слід зазначити, що діагноз субінволюції матки підтверджувався на підставі цих УЗД, проведених на 3–4 доби післяпологового періоду, проте породіллі з цим діагнозом не пред'являли яких-небудь скарг.

До ускладнень післяпологового періоду, що часто зустрічаються, можна віднести і розбіжність, нагноєння післяопераційних швів і швів промежини, які також в найбільшій

кількості випадків зустрічалися в 3 групі, що, мабуть, пов'язано з низьким статусом імунітету у жінок з метаболічним синдромом.

Гіпогалакція зустрічалася у 15 породіль 1 групи (30,6%); 12 породіль – 2 групи (29,3%), а в 3 групі – практично кожній другій породіллі (46,7%) проводилися медикаментозні і немедикаментозні заходи для стимуляції лактації.

Отже, у породіль з метаболічним синдромом післяпологовий період протікає з великим числом ускладнень, причому їх частота корелює з кількістю компонентів метаболічного синдрому.

Глибокий інтерес представляє вивчення стану дітей при народженні у матерів з метаболічним синдромом. У 120 обстежених жінок народилося 120 живих дітей; у контрольній групі також народилося 25 живих дітей від 25 здорових породіль. Випадків перинатальної смертності зафіксовано не було. Стан новонароджених оцінювався за шкалою Апгар на 1 і 5-й хвилині після народження. Згідно з отриманими результатами, найбільш високі оцінки за шкалою Апгар отримали новонароджені контрольною і 1 групи, тоді як в 3 групі найбільша кількість дітей оцінювалася в 7 і менш балів.

Одним з важливих показників стану плоду є його маса. Аналізуючи отримані дані можна відмітити, що пологи великим плодом (масою більше 4000 г) в обстежених групах зустрічаються в 3–4 рази частіше, ніж в контрольній групі. Слід зазначити, що з наростанням кількості компонентів метаболічного синдрому зростає і частота народження великих плодів, яка була максимальною у породіль 3 групи (36,7%).

Не можна не відмітити і той факт, що разом з великою кількістю народження великих дітей, в 3 групі також простежується найбільше число пологів з масою тіла плоду менше 3000 г, а в 1 випадку (3,3%) спостерігалось народження дитини з масою менше 2500 г. Це, мабуть, пов'язано з результатами їх внутрішньоутробного страждання, внаслідок порушення матково-плацентарного кровооттоку у жінок з максимальною ступенем ожиріння, тобто з максимальними порушеннями метаболізму.

При розрахунку середньої маси новонароджених виявилось, що в 1 групі вона складала  $3672,1 \pm 48,2$  г; у 2 –  $3802,3 \pm 54,7$  г і в 3 групі –  $3718,1 \pm 34,2$  г. Якщо порівнювати ці цифри з середньою величиною маси новонароджених контрольної групи –  $3436,1 \pm 54,5$  г, то вони достовірно вище, ніж в основних групах ( $p < 0,05$ ).

Згідно з нашими даними, великі новонароджені мали більше виражену втрату маси тіла з тривалішим періодом її відновлення, хоча відсоток втрати маси тіла був фізіологічним в усіх групах. До моменту виписки із стаціонару, відновлення початкової маси спостерігалось у 55,1% новонароджених 1 групи; у 43,9% в 2 групі і у 30,0% – в 3 групі. Максимальні порушення у відновленні первинної втрати маси новонароджених в 3 групі можна пояснити пізнім прикладанням до грудей (2–3 доби), і є ще одним чинником, що характеризує стан новонародженого і вказує на несприятливу течію періоду постнатальної адаптації.

Дуже показовим є той факт, що у обстежуваних новонароджених відзначалися різні ускладнення впродовж раннього неонатального періоду. Так, найчастіше зустрічався дизадаптаційний синдром – у 52 новонароджених (43,3%), таких, що народилися в задовільному стані, було констатовано погіршення стану у вигляді периорального ціанозу, тремора, зниження фізіологічного м'язового тону та ін., що свідчить про швидке виснаження енергетичних можливостей і про неспроможний адаптаційний механізм цих дітей в постнатальному періоді.

## **ВИСНОВКИ**

Таким чином, аналіз отриманих даних показав, що перебіг раннього неонатального періоду у новонароджених, таких, що народилися від жінок з метаболічним синдромом, ускладнювалося більшою ступенем, чим у здорових новонароджених. Причому частота ускладнень прямо пропорційна ступеню тяжкості ожиріння матері і відповідно до кількості компонентів, що входять до складу метаболічного синдрому. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з метаболічним синдромом.

### **Особенности послеродового и неонатального периодов у женщин с метаболическим синдромом** *Н.И. Геник, В.Я. Скрипник*

Анализ полученных данных показал, что течение раннего неонатального периода у новорожденных, родившихся от женщин с метаболическим синдромом, осложнялось в большей степени, чем у здоровых новорожденных. Причем частота осложнений прямо пропорциональна степени тяжести ожирения матери и соответственно количеству компонентов, входящих в состав метаболического синдрома. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у женщин с метаболическим синдромом.

**Ключевые слова:** *метаболический синдром, послеродовой период, новорожденные.*

### **Features postnatal and neonatal the periods at women with a metabolic syndrome** *N.I. Genik, V.Ja. Skripnik*

The analysis of the received data has shown, that current early neonatal period at the newborns who have been born from women with a metabolic syndrome, was complicated in the greater degree, than at healthy newborns. And frequency of complications is directly proportional to a degree of weight of adiposity of mother and according to quantity of the components included in a metabolic syndrome. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions at women with a metabolic syndrome.

**Key words:** *a metabolic syndrome, postpartum period, newborns.*

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В., Панова Л.Ю. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 6. – С. 64–65.
3. Стрижова Н.В., Гавриленко А.С., Саркисова А.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 27–31.

# Аномалии родовой деятельности у многорожавших женщин

*С.Я. Ткачик*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований показали, что основными факторами риска нарушений сократительной деятельности матки у многорожавших женщин являются: возраст старше 34 лет, гестационная анемия, ожирение, сердечно-сосудистая патология, хронический пиелонефрит, сочетанные формы поздних гестозов, фетоплацентарная недостаточность и преждевременный разрыв плодных оболочек. Для снижения частоты и степени выраженности аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин необходимо разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

*Ключевые слова:* многорожавшие женщины, аномалии родовой деятельности.

Патология сократительной деятельности матки остается одной из основных проблем акушерства и проявляется аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями и другими осложнениями в родах и послеродовом периоде. К группе высокого риска по развитию данной патологии относятся многорожавшие женщины, беременность и роды у которых активно изучаются на протяжении последнего времени [1, 2, 4]. Однако в литературе имеются лишь отдельные научные сообщения [3] посвященные сократительной деятельности матки у многорожавших женщин, а также отсутствуют практические рекомендации по эффективной профилактике и лечению аномалий родовой деятельности у пациенток этой группы.

**Целью исследования** явилось изучение основных особенностей сократительной деятельности матки у многорожавших женщин.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было изучено клиническое течение беременности и родов у 190 женщин, которые были разделены на три группы: в 1 группу вошли 63 (33,1%) родильниц, роды у которых закончились через естественные родовые пути без слабости родовой деятельности; во 2 группу включены 60 (31,6%) женщин, прооперированных в плановом порядке без родовой деятельности и в 3 группу – 67 (35,3%) родильниц, прооперированных в экстренном порядке по поводу слабости родовой деятельности. Из общего числа женщин 65 (34,2%) были перворожающими; 64 (33,7%) – повторно, 61 (32,1%) – многородящими.

С целью установления факторов, способствующих развитию нарушений сократительной активности матки изучали возраст, рост, вес, характер становления менструальной функции, соматический, гинекологический и акушерский анамнез, детально анализировали сведения о предыдущих беременностях и родах. Подробно изучали течение и осложнения данной беременности, родов, показания к операции

кесарева сечения, послеоперационные осложнения, определялась кровопотеря в родах и во время операции. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар, фиксировали рост и массу тела новорожденных

Для изучения особенностей сократительной деятельности матки составляли и анализировали партограммы. С целью более глубокого изучения патогенеза нарушений сократительной деятельности матки были проведены биохимические и морфологические исследования миометрия.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Средний возраст всех обследованных колебался от 20 до 36 лет. Анализ клинического течения беременности выявил следующие особенности: в 3 группе ранние гестозы у первородящих были в 81,8% случаев; у повторнородящих – в 42,2% и у многоорожающих – в 23,1% наблюдений. Гестационная анемия в 2 раза чаще была у многоорожающих (80,0%) по сравнению с перво- (40,9%) и в 1,5 раза чаще, чем у повторнородящих (60,3%). Угроза прерывания беременности чаще встречалась у первородящих (59,1%), чем у повторно- (38,4%) и многоорожающих (15,4%). Поздний гестоз отмечен в 2 раза чаще у многоорожающих (65,4%) по сравнению с перво- (36,4%) и в 1,5 раза чаще, чем у повторнородящих (42,2%) женщин. Причем, в основном, наблюдались сочетанные формы позднего гестоза на фоне экстрагенитальной патологии. Также необходимо отметить, что у многоорожающих женщин чаще развивалась фетоплацентарная недостаточность и в 23,1% случаев родились дети с тяжелой гипотрофией.

Анализ клинического течения родов выявил, что в 1 группе одинаково часто встречался преждевременный разрыв плодных оболочек. Так, в 3 группе у первородящих это осложнение наблюдалось в 2 раза чаще (59,1%) по сравнению с повторно- и многоорожающими (31,6% и 30,8% соответственно). Слабость родовой деятельности имела место у первородящих в 77,3% случаев; у повторнородящих – в 57,9% и у многоорожающих – в 34,6% наблюдений. У многоорожающих женщин гораздо чаще наблюдалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 30,8%, что в 3 раза выше чем у повторно- и в 6 раз чаще по сравнению с первородящими.

Для женщин 2 группы, прооперированных в плановом порядке без родовой деятельности показания к операции были следующие: у первородящих – пожилой возраст в сочетании с крупным плодом и тазовым предлежанием (43,5%); пороки сердца (34,7%). У повторнородящих – рубец на матке (70,8%) и пороки сердца (20,8%), а у многоорожающих – пороки сердца (38,5%) и в равных соотношениях рубец на матке, крупный плод и тазовое предлежание (по 13,4%).

В 3 группе женщин основными показаниями были: у первородящих слабость родовой деятельности (77,3%); у повторнородящих – аномалии сократительной деятельности матки (57,9%), несостоятельность рубца на матке (21,0%) и преждевременная отслойка плаценты (10,5%); у многоорожающих – слабость родовой деятельности (34,6%); преждевременная отслойка плаценты (30,8%) и клинически узкий таз (15,4%).

Осложнения в послеоперационном периоде встречались в 11,2% случаев, из них в 61,1% – у многоорожающих. У первородящих было по одному случаю частичного расхождения послеоперационных швов на передней брюшной стенке и эндо-

метрита. У повторнородящих имело место по одному случаю субинволюции матки и эндометрита, а у многоорожающих – парез кишечника (10,3%), перитонит (5,1%), а также по одному случаю поздних кровотечений и метроррагии.

Оценка новорожденных по шкале Апгар колебалась в пределах 6–7 баллов во всех группах.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, основными факторами риска нарушений сократительной деятельности матки у многоорожающих женщин являются: возраст старше 34 лет, гестационная анемия, ожирение, сердечно-сосудистая патология, хронический пиелонефрит, сочетанные формы поздних гестозов, фетоплацентарная недостаточность и преждевременный разрыв плодных оболочек. Для снижения частоты и степени выраженности аномалий родовой деятельности у многоорожающих женщин необходимо разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

### Аномалії пологової діяльності у багатонароджуючих жінок С.Я. Ткачик

Результати проведених досліджень показали, що основними чинниками ризику порушень скорочувальної діяльності матки у багатонароджуючих жінок є: вік понад 34 роки, гестаційна анемія, ожиріння, серцево-судинна патологія, хронічний піелонефрит, поєднані форми пізніх гестозів, фетоплацентарна недостатність і передчасний розрив плодових оболонок. Для зниження частоти і міри вираженості аномалій пологової діяльності у багатонароджуючих жінок необхідно розробити комплекс лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** багатонароджуючі жінки, аномалії пологової діяльності.

### Anomalies of patrimonial activity at multigiving birth women S.J. Tkachik

Results of the spent researches have shown, that major factors of risk of infringements activity of a uterus at multigiving birth women are: the age is more senior 34 years, гестационная an anaemia, adiposity, a cardiovascular pathology, a chronic pyelonephritis, complex forms of preeclampsia, placentary dysfunction and premature rupture amnion covers. At multigiving birth women it is necessary to develop a complex of treatment-and-prophylactic actions for decrease in frequency and degree of expressiveness of anomalies of patrimonial activity.

**Key words:** multigiving birth women, anomalies of patrimonial activity.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белази Н. Порівняльні аспекти акушерської та перинатальної патології у жінок, які повторно- і багато народжують // Галицький лікарський вісник. – 2001. – № 1. – С. 90–91.
2. Закиров И.З., Кенжаев Ш.О. Течение и исход беременности и родов у многоорожавших женщин // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С. 31–34.
3. Петров А.М. Клиника и патогенез нарушений сократительной деятельности матки у многоорожавших женщин // Сб. науч. тр., посв. 15-летию ИОЗМР АМН Туркменистана. – Ашгабат. – 2004. – С. 27–35.
4. Хамидов М.Х. Исход беременности и родов для плода и новорожденного у перво-, повторно- и многоорожавших // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 7. – С. 44–46.

# Причини аномального розташування плаценти

*Н.О. Урсаки*

Національна медична академія післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

---

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічної течії гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції уrogenітального тракту; структурні порушення матки (рубець/ міома/ аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначені три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менш 0,3 см/тиж; помірний - від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більше 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнок цієї групи.

**Ключові слова:** аномальне розташування плаценти, чинники ризику, міграція.

Однією з основних проблем сучасного акушерства є розробка ефективних заходів профілактики материнської і перинатальної смертності. Серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її в області нижнього сегменту матки, частково або повністю частині плоду, що нижче передлежить [1–3].

Акушерський аспект проблеми полягає у вирішенні питання збереження або пролонгації вагітності при кровотечах, що виникають внаслідок АРП [3]. У перинатології ця проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плоду і передчасного переривання вагітності [1, 2]. Проте багато питань етіології, патогенезу, течії вагітності і пологів, стану плоду і новонародженого при АРП залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими.

**Мета дослідження** – виявити чинники ризику, виділити терміни і варіанти міграції аномально розташованої плаценти.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно обстежені 100 жінок (основна група) з АРП. При ультразвуковому скринінгу, в 16 тиж вагітності у них плацента розташовувалася на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. Проведений аналіз клінічних характеристик періоду гестації та пологів залежно від локалізації плаценти і реалізації процесу міграції: I підгрупа – 20 пацієнок з передлежанням плаценти (міграція була відсутня); II підгрупа – 37 жінок з низьким розташуванням плаценти внаслідок незавершеної/ неповної міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву); III підгрупа – 43 вагітних, у яких в результаті завершеної/ повної міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищій за зів). В якості контрольної групи обстежені 50 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією.



## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аномалії плацентациї частіше визначалися по задній стінці матки, але випадків прикріплення плаценти на передній стінці було більше ( $40,0 \pm 2,0\%$ ;  $p < 0,001$ ), ніж в контрольній групі ( $26,0 \pm 1,6\%$ ). По передній стінці матки міграція плаценти відмічена у 75,0% пацієток, з них у 30,0% процес був завершеним, у 45,0% – незавершеним. По задній стінці матки міграція спостерігалася в 82,0% випадках, з них у 48,0% жінок виявлений завершений варіант, у 35,0% – незавершений.

Отже, залежності процесу міграції від локалізації плаценти на стінках матки нами не виявлено ( $t=1,07$ ;  $p > 0,05$ ). В той же час повна міграція частіше реалізувалася по задній стінці матки, чим при її локалізації по передній (відповідно 48,0% і 30,0%;  $p < 0,05$ ). Неповна міграція плаценти частіше зафіксована по передній стінці матки ( $p < 0,05$ ), що, можливо, пов'язано з більше ранньою і вираженою структурною перебудовою нижнього сегменту матки, що формується, – стоншування міометрія, зниження кровопостачання.

Проведений аналіз швидкості процесу переміщення плацент залежно від локалізації на стінках матки і варіанту міграції (завершена/незавершена). При розташуванні плаценти на передній стінці процес міграції починався в 16 тиж вагітності; до 20 тиж швидкість складала  $0,15-0,27$  см/тиж (повільний тип). Найбільш виражене переміщення плаценти відмічене в 21–28 тиж вагітності. Так, швидкість міграції в 22 тиж складала  $0,33$  см/тиж, досягаючи найвищої інтенсивності в 24 тиж –  $0,52$  см/тиж ( $p < 0,05$ ). У 25–28 тиж поступово знижується активність процесу міграції від  $0,44$  до  $0,32$  см/тиж (помірний тип), що завершується до 32 тиж.

Зафіксований кореляційний зв'язок швидкості міграції плаценти і ускладнень вагітності: інтенсивний темп процесу міграції плаценти в 22–24 тиж (швидкий тип) супроводжувався симптомами рецидивуючої загрози переривання (залежність пряма, сильна, достовірна;  $r_{xy} = +0,92$ ,  $p < 0,001$ ).

По задній стінці матки плацента мігрувала в 18–35 тиж вагітності. Темп міграції найбільш виражений з 24 до 30 тиж; швидкість процесу складала  $0,32$  і  $0,27$  см/тиж відповідно, максимум в 25–26 тиж –  $0,37$  см/тиж (помірний тип). По задній стінці матки швидкість міграції плаценти була в 1,5–2 рази менше, ніж по передній, і достовірно нижче в терміні гестації 22–28 тиж ( $p < 0,05$ ); переміщення плаценти мало методичний характер, його етапи (наростання, максимум, зниження швидкості) були послідовними і тривалішими.

Процес незавершеної міграції плаценти відмічений, починаючи з 17–18 тиж вагітності; закінчувався він в 29–30 тиж. Максимальна швидкість ( $0,51$  см/тиж) відповідала швидкому типу міграції і реєструвалася вона в 22–24 тиж гестації ( $p < 0,05$ ). Різка зміна темпу (відсутність помірного типу міграції), стрибкоподібні, короткі етапи наростання і зниження швидкості міграції проявлялися вираженою клінікою з домінуючим симптомом кров'яних виділень, що масться.

Виявлено несприятливе поєднання локалізації плаценти і варіанту її переміщення – неповна міграція по передній стінці матки; у цих пацієток реєструвалися максимальні показники швидкості міграції –  $0,65$  см/тиж (22–24 тиж) і важча симптоматика з наявністю кровотеч, рецидивуючою загрозою переривання вагітності. Безсимптомно процес протікав при завершеній міграції по задній стінці матки; темп був максимальний в 29–31 тиж і відповідав повільному і помірному типу –  $0,38$  см/тиж.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічної течії гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції уrogenітального тракту; структурні порушення матки (рубець/ лейоміома/ аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначені три типи швидкості переміщення плаценти: повільний – менш 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більше 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

### Причини аномального розположення плаценти

***N.O. Ursaki***

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска патологического течения гестации при аномальной плацентации являются: возраст старше 30 лет; высокий паритет; инфекции урогенитального тракта; структурные нарушения матки (рубец/ миома/ аномалии). Основными критериями миграции плаценты являются: локализация относительно стенок матки, скорость и вариант процесса. Определены три типа скорости перемещения плаценты: медленный – менее 0,3 см/нед; умеренный – от 0,3 до 0,5 см/нед; быстрый – более 0,5 см/нед. Выделены также завершённый (полная миграция) и незавершённый вариант (неполная миграция) процесса перемещения. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики ведения беременности у пациенток этой группы.

***Ключевые слова:*** аномальное расположение плаценты, факторы риска, миграция.

### The reasons of an abnormal arrangement of a placenta

***N.O. Ursaki***

Results of the spent researches testify, that risk factors of a pathological current gestation at abnormal placentation are: the age is more senior 30 years; high parity; infections urogenital path; structural infringements of a uterus (a hem / an anomaly myoma). The basic criteria of migration of a placenta are: localisation concerning uterus walls, speed and a process variant. Three types of speed of moving of a placenta are defined: slow – less 0,3 sm/w; moderated – from 0,3 to 0,5 sm/w; fast – more 0,5 sm/w. Are allocated also finished (full migration) and not complete variant (incomplete migration) moving process. The received results are necessary for using by working out of tactics of conducting pregnancy at patients of this group.

***Key words:*** an abnormal arrangement of a placenta, risk factors, migration.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2004. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2007. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.

# Особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу при маловодді на тлі внутрішньоутробного інфікування

*Н.И. Геник, І.О. Басюга*

Івано-Франківський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з маловоддям і високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень в системі «мати–плацента–плід», причому поєднаного генезу. Враховуючи недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів показана розробка нового комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на адекватну корекцію порушень в системі мати-плацента-плід і профілактику маловоддя.

*Ключові слова:* фетоплацентарний комплекс, маловоддя, внутрішньоутробне інфікування.

Провідна роль внутрішньоутробних інфекцій серед причин несприятливих перинатальних результатів визначила характер усебічного вивчення цієї проблеми [3]. Наявність у вагітної жінки осередку інфекції завжди є чинником ризику для розвитку патологічних станів плода, інфекційних захворювань, плацентарної недостатності з маловоддям, мертвонародження, невиношування, вроджених вад та ін. [1, 2].

Враховуючи неспецифічність клінічних проявів інтраамніальної інфекції і внутрішньоутробного інфікування під час вагітності, їх діагностика у більшості випадків ускладнена і можлива лише в результаті поєднання клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження, а одним з ехографічних маркерів є маловоддя. Окрім інфекційного чинника основними патогенетичними механізмами порушення стану плода при внутрішньоутробному інфікуванні є дисфункція фетоплацентарного комплексу і порушення імунної системи матері і плода, а також зміни мікробіоценозу статевих шляхів [1–4].

Незважаючи на значне число наукових повідомлень з проблеми плацентарної дисфункції на тлі маловоддя і внутрішньоутробного інфікування не можна вважати усі питання повністю вирішеними. На наш погляд, в першу чергу це стосується особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу при маловодді і внутрішньоутробному інфікуванні. Усе вищевикладене свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

**Мета дослідження** – вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету і мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з маловоддям і внутрішньоутробним інфікуванням.

## **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Відповідно до поставленої мети нами було обстежено 100 пацієнток, серед яких 50 – з маловодим і високим ризиком внутрішньоутробного інфікування (1 група), 50 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи – склали контрольну групу.

До основних чинників ризику внутрішньоутробного інфікування ще до вагітності ми відносили згідно останніх рекомендацій літератури [2] наступні: наявність урогенітальної інфекції; хронічні запальні процеси бруньок і репродуктивної системи; репродуктивні втрати в анамнезі інфекційного генезу.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, мікробіологічні, вірусологічні і статистичні методи дослідження.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику маловоддя і внутрішньоутробного інфікування є: урогенітальна інфекція до вагітності (60,0%); хронічні запальні процесів репродуктивної системи (38,0%) і бруньок (20,0%), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу: невиношування, передчасні або термінові пологи мертвим плодом (22,0%).

Течія вагітності у жінок з маловоддям і високим ризиком внутрішньоутробного інфікування характеризується високою частотою плацентарної дисфункції (82,0%), в структурі якої переважає компенсована (58,5%) і субкомпенсована форми (34,1%), а також значним рівнем гестаційної анемії (52,0%); загострення урогенітальної інфекції (32,0%); порушення мікробіоценозу статевих шляхів (30,0%) і преєклампсії (18,0%).

Розродження жінок з маловоддям і високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою передчасних пологів (10,0%); передчасного розриву плодових оболонок (34,0%); аномалій пологової діяльності (26,0%); дистрес-плода (18,0%) і акушерські кровотечі (12,0%), що призводить до значного рівня пологозбуджень і пологовикликань (22,0%), а також кесаревих розтинів (28,0%).

Перинатальні результати розродження патологія при маловодді і високому ризику внутрішньоутробного інфікування характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода по асиметричній формі (60,0%); інтранатальної асфіксії (34,0%), інтраамніального інфікування (22,0%), постгіпоксичної енцефалопатії (26,0%), геморагічного синдрому (8,0%) і гіпербілірубінемії (8,0%), що призводить до значного рівня перинатальних втрат (40,0%).

Зміни у фетоплацентарному комплексі при маловодді і високому ризику внутрішньоутробного інфікування супроводжуються значним рівнем порушень з боку функціонального стану плода (зміни серцевого ритму (16,0%); дихальної (20,0%) і рухової активності плода (26,0%), а також його тонуусу (10,0%)), плаценти (передчасне дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентарції (28,0%) і поєднання стоншування плаценти з випередженням дозрівання (10,0%)) на тлі виражених гемодинамічних (посилення кровотоку в

артерії пуповини і в маткових артеріях при одночасному зниженні в середньомозковій артерії) і ендокринологічних (зниження вмісту естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену на тлі збільшення рівня кортизолу) порушень.

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з маловоддям і високим ризиком внутрішньоутробного інфікування характеризується упродовж гестаційного періоду прогресивним зниженням кількості лактобацил (з 80,0% до 48,0%), біфідобактерій (з 62,0% до 40,0%) і молочнокислих стрептококів (з 40,0% до 30,0%) на тлі одночасного росту рівня штамів стафілокока (з 40,0% до 80,0%) і інших мікроорганізмів (уреа- і мікоплазми, хламідії, ешерихії і протей).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розродження жінок з маловоддям і високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою перинатальної патології внаслідок значного рівня порушень в системі «мати-плацента-плід», причому поєднаного генезу. Враховуючи недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів показана розробка нового комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на адекватну корекцію порушень в системі мати-плацента-плід і профілактику маловоддья.

### **Особенности функционального состояния фетоплацентарного комплекса при маловодии на фоне внутриутробного инфицирования**

*Н.И. Геник, И.О. Басюга*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что родоразрешение женщин с маловодием и высоким риском внутриутробного инфицирования сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе «мать–плацента–плод», причем сочетанного генеза. Учитывая недостаточную эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий показана разработка нового комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на адекватную коррекцию нарушений в системе мать-плацента-плод и профилактику маловодия.

**Ключевые слова:** *фетоплацентарный комплекс, маловодие, внутриутробное инфицирование.*

### **Features of a functional condition fetoplacental complex at not enough amniotical waters against prenatal infection**

*N.I. Genik, I.O. Basyuga*

Results of the spent researches testify, that delivery women with not enough amniotical waters and high risk prenatal infection is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to considerable level of infringements in system «mother-placenta-born», and complex genesis. Considering insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic

actions working out of a new complex of the treatment-and-prophylactic actions directed on adequate correction of infringements in system mother-placenta-born and preventive maintenance not enough amniotical waters is shown.

**Key words:** *fetoplacental complex, not enough amniotical waters, prenatal infection.*

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Дурова А.А., Симакова М.Г., Смирнова В.С. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 9–12.
2. Запорожан В.М., Даниленко А.І., Макулькін Р.Ф. Плацентарна недостатність і її вплив на плід // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 4 (54). – С. 82–84.
3. Евсюкова И.И. Роль инфекционного фактора в развитии перинатальной патологии плода и новорожденного // Вести. Росс. ассоц. акуш.-гин. – 2007. – № 4. – С. 24–26.
4. Коломийцева А.Г. Применение препарата «Хофитол» при лечении фетоплацентарной недостаточности // Перинатальні втрати та TORCH-інфекції, Матеріали науково-практичної конференції, Київ. – 2006. – С. 39–41.

# Діагностичні причини звичного невиношування

**А.Д. Вітюк, М.Б. Бурган**

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ  
Український державний інститут репродуктології, кафедра акушерства,  
гінекології та перинатології

Звичне невиношування вагітності, зумовлене поєднанням декількох причин. Прогестеронова недостатність дуже рідко веде до переривання вагітності в I триместрі, а генетичні порушення є причиною невиношування та переривання. Серед інфекційних причин невиношування герпесвірусна інфекція має основне значення.

**Ключові слова:** переривання вагітності, герпесвірусна інфекція, генетичні аберації.

За даними вітчизняних і закордонних вчених частота безпліддя становить на сьогодні від 15 до 20% [1, 2]. Безплідний шлюб спричиняє погіршення демографічної ситуації, зниження соціальної активності, збільшення кількості розлучень, формування в пацієнток комплексу психологічної неповноцінності [2, 3]. Відповідно до нормативів ВООЗ, потреба проведення циклів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) на 1 млн населення становить від 800 до 1000 на рік. Несприятлива демографічна ситуація в нашій країні та великий відсоток втрат бажаної вагітності в жінок із безпліддям, зумовлюють не тільки медичну, але й соціальну значимість даної проблеми. Порушення репродуктивної системи, які супроводжуються порушенням фолікулогенезу, можуть спричинити до збільшення числа аномальних гамет та хромосомних аберацій. Найбільш летальні вади розвитку зародку в перший триместр – 50,6%. (II триместр – 2,4%, в III триместр – 2,1%). Питома вага хромосомних аномалій ембріону становить 18% випадків. Ендокринні порушення становлять 68,5%.

В останні роки з'явилося багато робіт, присвячених вивченню ролі аутоімунних процесів, особливо, антифосфоліпідного синдрому в патогенезі ранніх втрат вагітності. Зміни імунного статусу у жінок з ранніми втратами вагітності не є однотипними, а в першу чергу пов'язані з причиною втрати плоду.

Мета дослідження – оцінити частоту репродуктивних втрат після допоміжних репродуктивних втрат.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Всього було обстежено 189 вагітних із загрозою самовільного переривання вагітності в терміни вагітності від 5 до 12 тиж. Вік пацієнток коливався в межах  $24,8 \pm 0,4$  року. Не вдалося зберегти вагітність у 61 вагітної, що склало 32,3% випадків. Варто звернути Вашу увагу на те, що під час УЗ дослідження, на першу добу перебування в стаціонарі, виявили вагітність, що не розвивається в 37 (19,6%). Тобто, відсоток вагітностей, що перервалися становить – 12,7% випадків.

Провели дослідження 58 ембріонів і тканин хоріону на предмет виявлення ознак інфекцій, генетичних, імунних та гормональних порушень.

Для виявлення інфекцій використовували імуногістохімічний, імунофлуоресцентний методи та полімеразну ланцюгову реакцію в поєднанні. Генетичні порушення виявляли шляхом каріотипування клітин, що діляться та FISH-діагностика клітин, які перебувають в інтерфазі.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Генетичні дефекти, такі як трисомія, мозаїцизм, тетраплоїдія, моносемія і т.д., були виявлені в 23 (44,3%) випадках. Врахували виражену тенденцію до збільшення частоти генетичних дефектів при вагітності, яка не розвивалася до вагітності, які перервалися під час лікування в стаціонарі: 24 (64,9±11,8%) та 11 (45,8±7,3%) відповідно.

Генетичні порушення в поєднанні з інфекціями виявлені в 17 (73,9%) обстежених жінок. Інфекції (цитомегаловірусна, мікоплазменна, герпетична, хламідійна, уреоплазменна) в 47 (77,05%) обстежених жінок. Під час аналізу інфекційного складу звертає на себе увагу поєднання інфекційних агентів мікст-інфекція – 25 (53,2%) випадків. Найбільший відсоток випадків діагностується при поєднанні 2 збудників 9 (35,0%). Серед збудників перше місце займає вірус простого герпесу типу 2 – 38 (80,1%), цитомегаловірусна інфекція – 21 (44,7%), хламідії – 9 (19,1%), уреоплазма – 11 (23,4%), мікоплазми – 10 (21,3%).

З гормональних порушень виявлено тільки прогестеронову недостатність в 9 (14,7%), але серед випадків вагітності, що не розвивалася цей показник становив – 2 (22,2%) випадки при поєднаному генетичному чиннику. Імунні порушення діагностовані в 6 (9,8%) спостереженнях. В якості ізольованої причини вони зустрічались в 2 (30,0%) випадках при вагітностях, які перервалися на фоні лікування. Імунні порушення в поєднанні з гормональними порушеннями реєструвалися в 1 випадку, в поєднанні з інфекціями – в 2, в поєднанні з інфекціями та генетичними порушеннями – в 1, тільки з генетичними порушеннями – в 1 випадку.

Звертає на себе увагу те, що в 2/3 спостережень виявлено поєднання декількох причин переривання вагітності. Серед причин переривання вагітності переважають інфекції – 46,8% випадків, що склало 36,1% від всієї кількості спостережень. Однак, розглядати інфекційний агент в якості єдиною причини переривання вагітності в I триместрі – питання, яке потребує подальшого вивчення. Після оцінки отриманих результатів основне значення має не інфікованість, а наявність і ступінь загострення герпесвірусної інфекції в I триместрі та інші фактори, які не мають морфологічних еквівалентів фактори – психоемоційний стрес, перенавантаження.

### **ВИСНОВКИ**

До переривання вагітності ведуть декілька факторів. Найчастіше поєднується інфекційні та генетичні порушення. Генетичні порушення проявляються синдромом вагітності, що не розвивається. Мікоплазменна інфекція не має самостійного значення для переривання вагітності в I триместрі.



### Перспективи подальших досліджень

Рациональний підхід до лікування виявлених змін у жінок із звичним невиношуванням потребує альтернативного підходу до лікувального комплексу у обстежених жінок.

### Диагностические причины привычного невынашивания А.Д. Витюк, М.Б. Бурган

Привычное невынашивание беременности обусловлено сочетанием нескольких причин. Прогестероновая недостаточность очень редко ведет к прерыванию беременности в I триместре, а генетические нарушения являются причиной невынашивания и прерывания. Среди инфекционных причин невынашивания герпесвирусная инфекция имеет основное значение.

**Ключевые слова:** прерывание беременности, герпесвирусная инфекция, генетические aberrации.

### Diagnostics causes recurrent miscarriage after assisted reproductive losses A.D. Vitiuk, M.B. Burgan

Recurrent miscarriages during pregnancy are caused by a combination of causes. Progesterone insufficiency very rarely leads to termination of pregnancy in the 1st trimester, while genetic disorders cause miscarriages and pregnancy termination. The herpes virus infection is among major infectious causes.

**Key words:** termination of pregnancy, herpes virus infection, genetic aberrations.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Родзинский В.Е. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности / Родзинский В.Е., Запертова Е.Ю., Мисник В.В. Акуш. и гинекол. – 2005. – № 6. – С. 24–29.
2. Тапильская Н.И. Вынашивание беременности: патогенез, клиника, фармакологическая коррекция. – СПб., 2002. – 96 с.
3. Линде В.А. О причинах самопроизвольного прерывания беременности в I триместре/ Линде В.А., Романова О.А, Лебедева Н.Е. // Проблемы репродукции. – № 2, том 15. – 2009. – С. 87–89.
4. Hwang J.H., Park M.I., Hwang Y.Y. et al. Exp Mol Med 2002; 34:3: 194–200.

# Современные аспекты лечения уrogenитальных микоплазмозов у женщин репродуктивного возраста

*Г.А. Барановская*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

---

Результаты проведенных исследований показали, что лечение уrogenитального микоплазмоза, как свежих, так и рецидивирующих форм является достаточно сложным процессом и требует индивидуализированного подхода. Основным в подборе лечения помимо эффективной антибактериальной терапии является подбор эффективного иммуномодулятора с учетом основных изменений системного и местного характера. Выполненная нами научная работа позволяет повысить эффективность лечения данной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

*Ключевые слова:* уrogenитальный микоплазмоз, клиника, лечение.

В настоящее время в сложившейся тенденции изменения структуры заболеваний, передающихся половым путем, все большее значение приобретает ранее неизвестные, а также считающиеся безопасными микроорганизмы, патогенные потенции которых не учитывались ранее практическими врачами [2, 4]. К таким малоизученным заболеваниям относится микоплазменная инфекция уrogenитального тракта, удельный вес которой среди всех заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) составляет 15–40% (ВООЗ, 2010). Уrogenитальный микоплазмоз (УГМ) относится к наиболее распространенным заболеваниям мочеполового тракта у женщин репродуктивного возраста, приводящим к самым разнообразным поражениям, начиная от бессимптомного носительства до развития уретритов, циститов, вульвовагинитов, бартолинитов, эндоцервицитов с последующими осложнениями в виде микоплазменных эндометритов, сальпингитов и оофоритов [1, 3, 5]. Кроме того, отмечена значительная УГМ в развитии нарушений менструального цикла и вторичного бесплодия. Особую опасность представляют микоплазмозы у беременных, что нередко приводит к инфицированию плодных оболочек плода [1]. Вместе с тем до настоящего времени не существует общепринятой концепции патогенеза уrogenитального микоплазмоза, позволяющей объединить достаточно обширный фактический материал, что в значительной степени объясняет несовершенство методов его лечения и профилактики рецидивов заболевания.

Клиническая эффективность лечения УГМ с применением современных этиотропных препаратов с учетом чувствительности возбудителя составляет по данным разных авторов 65–80% [1–5], что послужило основанием для широкого применения неспецифических иммуномодуляторов. Включение в комплекс лечебных мероприятий иммунопрепаратов, несколько повысило эффективность терапии, од-

нако не решило проблемы полностью. Это связано с отсутствием принципов дифференцированного направленного назначения иммуномодуляторов, подбор которых проводится в основном эмпирически, а также ограниченностью представлений о реакции местных иммунных механизмов слизистых мочеполовой системы на эти воздействия.

Все вышеизложенное явилось для нас основанием к проведению научных исследований в данном направлении, что позволит существенно снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

**Цель** настоящего научного исследования – снижение частоты патологии репродуктивной системы у женщин с урогенитальным микоплазмозом на основе изучения клинико-иммунологических и микробиологических особенностей, а также усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленных задач нами были обследованы 210 пациенток. С целью выяснений особенностей диагностики, патогенеза и лечения микоплазменной инфекции урогенитального тракта нами обследованы 164 больных женщин с данной патологией, из них, 84 пациентки с моноинфекцией различными видами микоплазм и 80 больных с ассоциациями различных видов микоплазм. 46 женщин составили контрольную группу. У всех пациенток женщин при обследовании не было выявлено гонококков, трихомонад, хламидий, вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типа.

Проведенные исследования показателей местного и системного иммунитета, а также данные цитохимического обследования соскобов из уретры и цервикального канала не показали достоверных отличий в зависимости от инфекций, вызванных различными видами микоплазм, поэтому основное внимание в дальнейшем было обращено на исследование указанных параметров в зависимости от стадии заболевания. Свежим считался процесс с давностью заболевания до 2 мес, хроническим – свыше 2 мес соответственно.

Для более детальной общей характеристики обследованных пациенток мы выделили среди 164 больных с микоплазменной инфекцией 2 группу – 60 больных со свежим урогенитальным микоплазмозом и 3 группу – 104 женщины с хроническим процессом. В 1 группу вошли обследованные контрольной группы. 4 группу составили 24 пациентки из 2 и 3 групп, у которых, несмотря на проведенное общепринятое лечение, развился рецидивирующий урогенитальный микоплазмоз.

Как свидетельствуют полученные нами данные, наиболее часто (82,0%) урогенитальным микоплазмозом болеют женщины сексуально-активного возраста (20–40 лет), причем распределение пациенток по возрастным категориям было идентичным во 2 и 3 группах. Более половины пациенток во 2 (60,0%) и в 3 группе (60,6%) были замужем.

Исходя из данных анамнеза, в прошлом среди больных 2 и 3 группы перенесли гонорею и трихомониаз 12 (20,0%) и 7 (6,7%) пациенток. Занимались самолечением или принимали различные антибактериальные препараты по поводу соответствующих заболеваний 9 (15,0%) больных 2 и 39 (37,5%) 3 группы. Это, по-видимому, способствовало переходу воспалительного процесса в торпидную и хрониче-

скую форму. Лечение обычно проводилось неадекватными разовыми и курсовыми дозами антибактериальных препаратов, что способствовало поздней обращаемости пациентов за квалифицированной врачебной помощью.

Обследование шейки матки проводилось при осмотре женских половых органов в зеркалах и с использованием кольпоскопии. Изменения шейки матки в виде эрозии и псевдоэрозии наблюдались у 29 (48,3%) пациенток 2 и 62 (59,6%) – 3 группы.

В соответствии с данными клинического, топического и этиологического диагнозов конкретно для каждой больной составлялся план комплексной терапии. Все обследованные были разделены на три вышеописанные группы.

Для этиологической терапии обеих групп использовали антибактериальные средства, чувствительность к которым на данный момент обладают большинство штаммов урогенитальных микоплазм.

Для лечения острого микоплазмоза (2 группа) нами была использована следующая схема лечения:

- офлоксацин по 400 мг 2 раза в день на протяжении 10 дней;
- иммунофан № 10 внутримышечно через 2 дня.

При хроническом микоплазмозе мы применяли:

- иммунофан № 10 внутримышечно через 2 дня;
- фромилд по 500 мг 2 раза в день на протяжении 7 дней;

- офлоксацин по 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней, причем антибиотики использовали поочередно.

При рецидивирующем микоплазмозе была использована следующая схема:

- иммунофан № 10 внутримышечно через 2 дня;

- полиоксидоний местно в свечах ректально или вагинально 3 курса – 1 мес использования и 1 мес перерыв;

- фромилд по 500 мг 2 раза в день на протяжении 14 дней;

- доксибене по 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, причем антибиотики использовали поочередно.

Одновременно с базовой терапией больным проводилось патогенетическое лечение (противовоспалительное, гепатопротекторы, профилактика спаечного процесса, терапия дисбиоза влагалища и витаминотерпия).

В комплекс проведенных исследований было включено определение следующим параметров: ФАЛ – фагоцитарная активность лейкоцитов; ФИ – фагоцитарный индекс; ФЧ – фагоцитарное число; CD (СД) – маркер кластера дифференцировки лимфоцитов; IFN $\gamma$  –  $\gamma$ -интерферон; IL – интерлейкины и TNF $\alpha$  – фактор некроза опухоли.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В результате проведенных нами исследований установлено, что клинические проявления урогенитального микоплазмоза наблюдаются у 65,0% больных свежим и 51,9% хроническим процессом. В их структуре преобладали жалобы на выделения из половых путей в повышенном количестве (95,0 и 96,1%) слизистого (48,3 и 64,4%) и слизисто-гнойного характера (46,7 и 31,7%), субъективные ощущения при мочеиспускании (10,0 и 17,3%), болезненность полового акта (46,6 и 57,6%),

боли различного характера в нижних отделах живота (23,3 и 28,8%) и альгоменорею (5,0 и 17,3%). При объективном обследовании имели место изменения слизистых, характерные для патологии шейки матки (эндоцервицита и эрозии шейки матки – 56,7 и 40,4%), воспалительные процессы внутренних половых органов (36,1 и 54,9%), лейкоцитоз в мазках из уретры и цервикального канала.

При микробиологическом обследовании женщин с урогенитальным микоплазмозом установлено, что как при свежем процессе, так и при хроническом распределение больных в зависимости от вида микоплазменной инфекции была примерно одинаковым. При этом *U. u.* выявлена у 33 (20,1%) больных, из них свежий микоплазмоз – у 12 (20,0%), хронический – у 21 (20,2%) пациентки. *M. h.* была обнаружена у 26 (15,9%) обследованных (16,7% – при свежем и 15,4% – при хроническом процессе); *M. g.* – у 27 (16,5%) больных (15,0% – при свежем и 17,3% – при хроническом процессе). Различные сочетания вышеперечисленных видов микоплазм наблюдались у 78 (47,6%) пациенток (48,4% – при свежем и 47,1% – при хроническом процессе).

Урогенитальный микоплазмоз у женщин сопровождается не выходящими за пределы физиологических параметров, но достоверными по сравнению с контрольной группой, дисфункциональными изменениями со стороны системного иммунитета, заключающимися в снижении количества CD4+; соотношения CD4+/CD8+; бактерицидной активности нейтрофильных лейкоцитов и небольшим увеличением концентрации IgA и IFN $\gamma$  в сыворотке крови.

При урогенитальном микоплазмозе у женщин наблюдаются выраженные дисфункциональные изменения со стороны местной иммунной системы слизистой мочеполовой зона, заключающиеся в снижении CD4+; соотношения CD4+/CD8+; CD25+ при одновременном увеличении CD19+; CD16+; CD56+A и CD69+; небольшой активацией макрофагов, тестированной по цитохимически выявляемой активности ферментов, в особенности  $\alpha$ -нафтилбутират эстеразы, а также значительным повышением концентрации IL-1 $\beta$ ; IL-6 и TNF- $\alpha$  в цервико-вагинальной слизи.

При лечении урогенитального микоплазмоза с использованием современной традиционной терапии в значительном количестве (10–18%) отмечены рецидивы заболевания, обусловленные местной дисфункцией иммунной системы, приведшей к секвестрации живых микоплазм в очагах с низкой проницаемостью для антибиотиков и недостаточной активацией систем элиминации данного патогена.

Основным механизмом резистентности к микоплазмам является местная активация Th-1, стимуляция синтеза регуляторных и эффекторных цитокинов с последующим лимфокинзависимым увеличением функциональной активности клеток мононуклеарно-фагоцитарной системы, лимфокинактированных киллеров и NK-клеток, что приводит к повышению проницаемости тканей для антибиотиков, эффективной элиминации возбудителя путем фагоцитоза, а также лизису клеток, несущих на своей поверхности антигены микоплазм и клеток с секвестрированными микоплазмами. Распространение процесса с повреждением тканей вероятно обусловлено постоянной гиперпродукцией TNF- $\alpha$ , что приводит к патологическому апоптозу эпителиальных клеток слизистых и серозных оболочек, нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов, местным нарушениям кровообращения с повышением

проницаемости сосудистой стенки, некробиотическим изменениям мышечных клеток и дисгормональным нарушениям.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, лечение урогенитального микоплазмоза, как свежих, так и рецидивирующих форм является достаточно сложным процессом и требует индивидуализированного подхода. Основным в подборе лечения помимо эффективной антибактериальной терапии является подбор эффективного иммуномодулятора с учетом основных изменений системного и местного характера. Выполненная нами научная работа позволяет повысить эффективность лечения данной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

### **Сучасні аспекти лікування урогенітальних мікоплазмозів у жінок репродуктивного віку** **Г.А. Барановська**

Результати проведених досліджень показали, що лікування урогенітального мікоплазмозу, як свіжих, так і рецидивуючих форм є досить складним процесом і вимагає індивідуалізованого підходу. Основним в підборі лікування окрім ефективної антибактеріальної терапії являється підбір ефективного імуномодулятора з урахуванням основних змін системного і місцевого характеру. Виконана нами наукова робота дозволяє підвищити ефективність лікування цієї патології і понизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

**Ключові слова:** *урогенітальний мікоплазмоз, клініка, лікування.*

### **Modern aspects of treatment urogenital mycoplasmoses at women of reproductive age** **G.A. Baranovskaya**

Results of the lead researches have shown, that treatment urogenital a mycoplasmosis as fresh, and rezidive forms is complex enough process and demands the individualized approach. The basic in selection treatments besides effective antibacterial therapy is selection effective immunomodulatore in view of the basic changes of system and local character. The scientific work executed by us allows to raise efficiency of treatment of the given pathology and to lower disease of women of reproductive age.

**Key words:** *urogenital mycoplasmosis, clinic, treatment.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Басимакова М.А. Микоплазменные инфекции генитального тракта человека // Вестник АМН. – 2008. – № 2. – С. 13–16.
2. Мавров Г.И. Нарушение репродуктивной функции при воспалительных процессах хламидийной и уреоплазменной этиологии // Дерматология и венерология. – 2009. – № 2. – С. 67–69.
3. Соколов Е.И. Клиническая иммунология. – М.: Медицина, 2004. – 264 с.
4. Фейзулла М.Ф. Клинико-иммунологические данные при уреоплазменной инфекции у женщин // Вопросы охраны материнства и детства. – 2009. – № 8. – С. 42–44.
5. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунология и иммунопатология воспалительных заболеваний. – К.: Здоровья. – 2008. – 205 с.

# Болевой синдром у женщин с наружным генитальным эндометриозом

*Е. Н. Бойко*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований показали, что основной причиной хронического болевого синдрома у женщин репродуктивного возраста является наружный эндометриоз. Для этих пациенток помимо болевого синдрома характерны диспареуния, дисменорея, вегетативные и психоэмоциональные нарушения, а также изменение качества жизни. При выборе конкретного варианта гормонотерапии необходимо учитывать наличие клинических проявлений и результаты дополнительных методов исследований.

**Ключевые слова:** *наружный генитальный эндометриоз, синдром хронической тазовой боли.*

В настоящее время возрос интерес к вопросам патогенеза, диагностики и лечения наружного генитального эндометриоза, который представляет важную медицинскую и социальную проблему [1–7].

Для наружного генитального эндометриоза характерна тазовая боль, возникающая преимущественно во вторую фазу менструального цикла и перивультарный период, дисменорея и диспареуния, а также редкие болевые симптомы – боль при дефекации и дизурические расстройства [1, 4]. Длительное существование болевых ощущений приводит к снижению трудоспособности и развитию неврозов [6–7], а генез боли до конца не выяснен. Некоторые авторы [3, 4] считают, что при данной патологии большую роль играет гиперпродукция аллогенных веществ в иммунопатологических реакциях, при асептическом воспалении, а также нарушения метаболизма простагландинов. Одним из наиболее неизученных вопросов является психологические и функциональные результаты обследования женщин данной группы, что позволит своевременно провести коррекцию лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Цель** настоящего научного исследования – изучение клинико-функциональных особенностей болевого синдрома у женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ результатов обследования и динамического наблюдения за 304 пациентками с хронической тазовой болью в возрасте от 18 до 40 лет с длительностью болевого синдрома от 4 мес до 7 лет (в среднем  $2,3 \pm 0,2$  года). Основную группу составили 84 пациентки с болевым синдромом на фоне наружного генитального эндометриоза различной локализации. Контрольную группу – 15 женщин, не страдающих гинекологическими или хроническими экстрагенитальными заболеваниями, проходивших профилактический осмотр.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические, функциональные, психологические, морфологические и статистические методы.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Наружный генитальный эндометриоз был выявлен у 84 пациенток с хронической тазовой болью, дисменореей, диспареунией (эти симптомы встречались отдельно и в различных сочетаниях).

При оценке частоты различной локализации очагов наружного эндометриоза было установлено, что наиболее часто в основной группе были диагностированы эндометриоидные кисты яичников (изолированно или в сочетании с гетеротопиями другой локализации). Изолированные «малые» формы наружного эндометриоза были диагностированы в 26,5% наблюдений, а позадишеечный эндометриоз и эндометриоз крестцово-маточных связок – в 10,7% соответственно.

В группе обследованных пациенток стадии НГЭ по классификации American Fertility Society Revised Classification of Endometriosis (r-AFS-85) распределились следующим образом: стадия 1 («minimal») диагностирована у 32,1% пациенток; стадия 2 («mild») – у 25,0%; стадия 3 («moderate») – у 34,5% и стадия 4 («severe») – у 8,4% больных. При детальном осмотре серозного покрова органов брюшной полости ни у одной пациентки не было обнаружено участков, подозрительных на наличие эндометриоидных гетеротопий (экстрагенитальная локализация патологического процесса). Так, у одной пациентки с позадишеечным эндометриозом выявлено поражение прямой кишки. Ведущими жалобами у этой больной были боли внизу живота, крестце и пояснице, тенезмы и примесь крови в кале во время менструации. При ректороманоскопии была произведена биопсия подозрительного участка (синюшной слизистой). Обнаружена ткань, состоящая из стромального и железистого компонентов, расцененная как эндометриоидная при морфологическом исследовании.

Эндометриоидные кисты были самым распространенным видом эндометриоидных поражений. Они диагностированы у 61,9% пациенток с НГЭ с синдромом хронической тазовой боли. У обследованных больных при лапароскопии на брюшине и яичниках визуализировались как типичные (пороховидные, сине-черные или темно-коричневые поражения, белые бляшки), так и практически все виды известных атипичных поражений. Так, встречались гетеротопии в виде желто-коричневых пятен. Эндометриоидные железы и строма были обнаружены в участках гипervasкуляризованной или петехиальной брюшины, участках брюшины, напоминавших языки пламени, в дефектах брюшинного покрова, в белых железистых наложениях, напоминавших нормальный эндометрий, ткани субовариальных сращений. Типичные гетеротопии обнаружены у 50,0% больных и атипичные – у 46,4%. Встречались гетеротопии в виде желто-коричневых пятен. Эндометриоидные железы и строма были обнаружены в участках гипervasкуляризованной или петехиальной брюшины, участках брюшины, напоминавших языки пламени, в дефектах брюшинного покрова, в белых железистых наложениях, напоминавших нормальный эндометрий, ткани субовариальных сращений. Типичные гетеротопии обнаружены у 50,0% больных и атипичные – у 46,4%. Поражения, которые большинством



исследователей признаются «молодыми» и биохимически активными – белые железистые, напоминающие эндометрий, и красные – встретились у 22,6% больных. В большинстве наблюдений при этом отмечалось сочетание нескольких видов гетеротопий (как правило, сочетались с атипичными и эндометриоидными кистами).

Болевые ощущения у обследованных больных отличались значительной вариабельностью проявлений и различной интенсивностью. К доминирующим болевым симптомам относились стойкая тазовая боль, а также эпизодические болевые симптомы – диспареуния и дисменорея. Согласно полученным результатам, боль в межменструальный период в области малого таза, нижних отделах живота, крестце, поясничной области возникала преимущественно во вторую фазу менструального цикла, продолжалась от 3 до 21 дня и наблюдалась в 96,4%. Характерной была иррадиация в промежность, прямую кишку и нижние конечности. У одной больной с эндометриоидными гетеротопиями на тазовой брюшине и эндометриозом яичников боль локализовалась в околопупочной области.

В целом, не отмечено связи между локализацией и иррадиацией боли, с одной стороны, и локализацией очагов наружного эндометриоза, а также стадией патологического процесса – с другой стороны.

Пациентки характеризовали боль как «дискомфорт» или «слабую» в 4,9% наблюдений; «умеренную» – в 64,2%; «сильную» и «очень сильную» – в 29,6% и «непереносимую» – в одном наблюдении. Боль была менее интенсивной при изолированных эндометриоидных кистах. Обычно такие пациентки характеризовали болевые ощущения как «дискомфорт», «слабые» или «умеренные» (100,0% больных с изолированными эндометриоидными кистами). При наличии «малых» форм эндометриоза яичников и/или тазовой брюшины сила боли становилась весьма вариабельной и значительной. Именно пациентки с «малыми» формами наружного эндометриоза испытывали «сильные» и «очень сильные» болевые ощущения. Сила боли при «малых» формах не коррелировала со стадией НГЭ по г-AFS-85 и расположением гетеротопий. 76,2% больных отмечали, что интенсивность боли практически не изменяется от одного менструального цикла к другому. У 23,8% пациенток такое изменение силы боли имело место. Больные этой группы в периоды возникновения особенно сильных болей неоднократно находились на стационарном обследовании и лечении с диагнозом обострения хронического воспалительного процесса внутренних половых органов.

При длительности заболевания до 1,5 лет в 75,0% наблюдений болевые ощущения были связаны с фазами менструального цикла и редко провоцировались какими-либо экзогенными воздействиями. При длительном существовании болевого синдрома боль возникала в половине наблюдений не только в связи с фазами менструального цикла (перивульгаторный период, фаза желтого тела), но и при переохлаждении, физической нагрузке, при переутомлении и нервном перенапряжении. 84,5% пациенток сообщили о закономерном или эпизодическом применении анальгетических препаратов с целью купирования боли, эффект практически у всех больных был непродолжительным и частичным. 8,3% принимали транквилизаторы или снотворные средства в связи с пониженным фоном настроения и нарушениями сна.

С начало менструации характер боли изменялся – она или уменьшалась и прекращалась, или сохранялась. Жалобы на дисменорею предъявляли 82,6% обследо-

ванных больных. Выраженность дисменореи в 2/3 наблюдений также варьировала от одной менструации к другой. Очевидно, не у всех пациенток болезненная менструация была проявлением основного заболевания. Так, 3,6% женщин страдали дисменореей по т.н. «перепончатому» механизму, т.е. боли были связаны с «рождением» слепка нефрагментированного эндометрия и кровяных сгустков через ригидный шейный канал и были сильнее при более обильной менструации. В этих наблюдениях отмечался хороший эффект спазмолитической терапии.

Диспареуния была выявлена у 77,4% пациенток. В эту подгруппу вошли в том числе все больные с поражением крестцово-маточных связок, позадишеечным эндометриозом, выраженным спаечным процессом в области прямокишечно-маточного углубления. У 56,0% больных половая активность была снижена в связи с диспареунией, частота которой достоверно возростала при длительности заболевания более 1,5 лет. У одной больной с эндометриозом тазовой брюшины, и, в том числе, с расположением гетеротопий на брюшине, покрывающей дно мочевого пузыря, отмечены дизурические симптомы, сопровождающие каждую менструацию. Пациентка отмечала болезненное мочеиспускание, а также императивные позывы на мочеиспускание.

В структуре заболевания у пациенток основной группы важное место занимали вегетативные и психоэмоциональные расстройства. Один или более симптом этой группы отмечался у всех пациенток. При этом у больных с длительностью болевого синдрома более 1,5 лет, в 50,0% мы выявили более 4 симптомов описываемого ряда. Так, чаще других встречались эмоциональная лабильность (54,9%); лабильность сердечного ритма и артериального давления (50,0%); склонность к гипотонии и обморочным состояниям, вегето-сосудистые кризы (42,9%); общая слабость, астения (35,7%); тревожность, чувство беспокойства и страха (30,9%). Все остальные вегетативные и психоэмоциональные расстройства имели место гораздо реже.

При тестировании по шкале Вейна наличие большого количества симптомов вегетативной дисфункции нашло отражение в высокой балльной оценке (во всех случаях более 25). В подгруппе больных с наружным эндометриозом с синдромом хронической тазовой боли средняя сумма баллов составила  $54,3 \pm 6,1$ , что свидетельствует о наличии синдрома вегетативной дистонии.

ЧСС у большинства пациенток имела тенденция к брадикардии, у 19 больных – была повышенной в сравнении с возрастной нормой. При проведении ортостатической пробы только у 17,9% больных отмечалась адаптивная реакция сердечно-сосудистой системы. ЧСС возрастала на 25–28 уд/мин. У остальных пациенток отмечалось либо снижение реактивности и резервных возможностей (ЧСС увеличивалась на 6–10 уд/мин), либо признаки хронического стресса (избыточное вегетативное обеспечение деятельности: ЧСС возрастала на 38–45 уд/мин). У 5 больных на фоне ортостаза отмечен срыв процессов адаптации в кардиоваскулярной системе, что проявилось в продроме коллапса. У 29,8% женщин частота дыхания (ЧД) снижалась на 30 дых/мин. У одной трети пациенток отмечалось нарушение ритма и глубины дыхания. СД и/или ДД снижалось на 5–10 мм рт.ст. у 51,2% женщин, а у остальных не изменялось.

При анализе электроэнцефалограмм (ЭЭГ) у всех больных наблюдались изменения активности интегративных структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Разнообразие рисунков ЭЭГ было велико, однако оказалось возможным условно разделить больных по характеру электрической активности головного мозга до лечения на две подгруппы. Так, у 50,0% больных (ЭЭГ 1-го типа) во всех областях регистрировалась полиритмичная активность: участки плохо модулированного неустойчивого по частоте среднеамплитудного (не более 60–65 мкВ) альфа-ритма перемежались участками бета-активности высокого (24–32 Гц) и низкого (16–18 Гц) спектров частот амплитудой от 20 до 25 мкВ для низкого спектра и менее 10 мкВ для высокого спектра частот. Индекс альфа-ритма не превышал 45–48%, пространственное распределение альфа-ритма было сохранено (т.е. альфа-ритм был лучше выражен в задних отделах мозга). Чаще в передне-центральных областях, реже – генерализованно и билатерально отмечались группы тета-активности 5–8 Гц амплитудой до 45–55 мкВ и группы тета-активности сложной структуры с заостренными вершинами, включающими острую волну – медленную волну.

На ритмическую фотостимуляцию в диапазоне 3–6–9 Гц отмечалась либо реакция активации, либо реакция с трансформацией ритма (утроение или удвоение), а в диапазоне 12–15–18–21 Гц наблюдалась реакция активации. При открытии глаз при первом и последующем применении регистрировался устойчивый неспецифический ответ на включение раздражителя и реакция активации с длительным последствием. На фоне гипервентиляции возрастало количество альфа-ритма во всех областях, но зональное распределение альфа-ритма оставалось правильным, увеличивалась амплитуда колебаний по всему спектру частот; возрастало количество групп тета-активности, которые преимущественно регистрировались генерализованно. Большинство электроэнцефалограмм пациенток этой группы можно классифицировать, как принадлежащие к 3-му типу – «десинхронные», а также – к 4-му типу – «деорганизованные с преобладанием альфа-активности», а по степени дезорганизации альфа-ритма, как незначительно или умеренно нарушенные.

Вторую подгруппу (50,0%) составили женщины в ЭЭГ которых во всех областях доминировал альфа-ритм плохо модулированный: неустойчивый по частоте (9–13 Гц), амплитудой от 30 до 90 мкВ, перемежающийся бета-активностью низкого и высокого спектров частот амплитудой не более 25 мкВ, диффузными медленными волнами тета-диапазона (4–7 с) амплитудой от 40 до 80 мкВ (тета-активность имела в ряде случаев пароксизмальный характер). По данным гистографического анализа ЭЭГ задних и передних областей выявлено, что в задних отделах мозга индекс альфа-ритма колебался от 47,0 до 65,8%; в передних – от 52,2 до 70,0%, т.е. пространственное распределение альфа-ритма было либо не отчетливо, либо в ряде случаев нарушено. Бета-активность соответственно составила 38,6–25,0%; 17,8–31,6%. Тета-активность колебалась от 12,5 до 14,5% в задних отделах мозга и от 14,4 до 16,5% в передних. Обращало внимание, что в затылочных областях 54,6% альфа-колебаний расположено в диапазоне 1–11 Гц, а в передних отделах мозга 68,6% располагалось в диапазоне 8–10 Гц, т.е. в передних отделах мозга частота альфа-ритма была на 1–1,5 Гц ниже чем в задних. У всех больных генерализованно и билатерально регистрировались вспышки заостренного тета-ритма амплитудой 60–80 мкВ. На ритмичную фотостимуляцию в низком диапазоне частотой 3–6 Гц отмечались отдельные группы колебаний в ритме раздражения; на 9–12 Гц – во всех областях регистрировалась у 3/4 женщин генерализованная ре-

акция усвоения 45–55% в задних отделах мозга и не более 30% в передних. В диапазоне 15–20 Гц у всех больных наблюдалась реакция активации, которая проявлялась в снижении амплитуды фоновой активности.

При открывании глаз при одном применении увеличивалось количество бета-активности высокого спектра частот и блокада альфа-ритма, при втором и последующем применении снижалась амплитуда фоновой активности. На фоне гипервентиляции возрастала амплитуда колебаний по всему спектру регистрируемых частот, увеличивалось количество вспышек генерализованной тета-активности, частота составляющих вспышку колебаний замедлялась. Большинство ЭЭГ этой группы можно отнести к типу 2 «гиперсинхронных» и умеренно нарушенным.

Итак, при наружном генитальном эндометриозе с синдромом хронической тазовой боли возникают два варианта изменений на электроэнцефалограмме: 1 тип характеризуется дезорганизацией альфа-ритма, вплоть до исчезновения, снижением его индекса и увеличением бета-ритма низкой амплитуды; 2 тип – увеличение амплитуды и индекса альфа-ритма. Эти изменения отражают нарушения активности интегративных структур лимбико-ретикулярного комплекса.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как показатели результаты проведенных исследований, основной причиной хронического болевого синдрома у женщин репродуктивного возраста является наружный эндометриоз. Для этих пациенток помимо болевого синдрома характерны диспареуния, дисменорея, вегетативные и психоэмоциональные нарушения, а также изменение качества жизни. При выборе конкретного варианта гормонотерапии необходимо учитывать наличие клинических проявлений и результаты дополнительных методов исследований.

### **Больвовий синдром у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом О.М. Бойко**

Результати проведених досліджень показали, що головною причиною хронічного болювального синдрому у жінок репродуктивного віку є зовнішній ендометріоз. Для таких пацієнток окрім болювального синдрому характерні диспареунія, дисменорея, вегетативні і психоемоційні порушення, а також зміни якості життя. При виборі конкретного варіанту гормонотерапії необхідно враховувати наявність клінічних проявів і результати додаткових методів досліджень.

**Ключові слова:** зовнішній генітальний ендометріоз, синдром хронічного тазового болю.

### **Painful syndrome at women with external genital endometriosis E.N. Boyko**

Results of the lead researches have shown, that a principal cause of a chronic painful syndrome at women of reproductive age is external the endometriosis. For these patients it is characteristic besides a painful syndrome, presence dyspareunia, dysmenoreia, vegetative and psychoemotional infringements, and also changes of quality of a life. At a choice concrete a variant

gomonotherapy it is necessary to take into account presence of clinical displays and results of additional methods of researches.

**Key words:** *external genital endometriosis, a syndrome chronic pelvic pains.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 5. – С. 120–121.
3. Бурлев В.А., Волков Н.И., Стыгар Д.А. Значение факторов роста в патогенезе эндометриоза // Вестн. Росс. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2009. – № 1. – С. 51–56.
4. Венцківський Б.М., Жегулович В.Г., Яроцький М.Є. Оперативні ендоскопічні втручання на органах малого таза у жінок // Одеський мед. журн. – 2007. – № 2. – С. 39–40.
5. Воробій В.Д., Сніжко Т.Б., Босацький Я.В. Лапароскопічне лікування доброякісних новоутворень яєчників у жінок репродуктивного віку // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2007. – С. 110–111.
6. Гладчук І.З. Лапароскопічна консервативна хірургія та «Золадекс» (Zepesa) в лікуванні неплідних хворих з ендометріозом III, IV стадії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 1. – С. 104–106.
7. Запорожан В.М. Ендоскопічна хірургія в гінекології // Журн. АМН України. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 44–52.

# Эффективность различных методов лечения генитального эндометриоза

*В.И. Бойко, О.В. Чирва*

Медицинский институт Сумского государственного университета

---

Результаты проведенных исследований показали, что использование различных методов лечения эндометриоза приводит к изменению частоты и степени выраженности основных клинических проявлений данной патологии, причем для каждого варианта лечения характерны свои специфические особенности. Полученные результаты позволяют использовать дифференцированный подход для каждой конкретной пациентки с учетом возможных осложнений как консервативного, так и оперативного лечения эндометриоза.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, лечение, эффективность.

В настоящее время эндометриоз является одним из самых распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–9]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7 до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 9].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза [1–9], до сих пор остаются невыясненными многие вопросы этиологии и патогенеза заболевания, особенности клинической картины в зависимости от локализации процесса. Кроме того отсутствуют данные о сравнительной информативности отдельных методов диагностики заболевания и выявления рецидивов, эффективности различных методов лечения и мониторинга, включая консервативные и оперативные методы лечения.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучаемой проблемы, а именно о сравнительных аспектах различных методов лечения генитального эндометриоза.

**Цель** исследования – изучение сравнительных аспектов различных методов лечения генитального эндометриоза.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 175 больных с генитальным эндометриозом различной локализации и степени выраженности, которые были разделены на две группы в зависимости от используемых методов лечения:

1-я группа – 64 пациентки, получавшие различные варианты консервативного лечения до 6 мес (гестагены, аналоги лютеинизирующего релизинг-гормона);

2-я группа – 111 больных, перенесших различные варианты оперативного лечения (от односторонней аднексэктомии до экстирпации матки с придатками).

В сравнительном аспекте мы изучали следующие моменты: частота болевого синдрома; состояние менструальной функции, нарушения генеративной функции и расстройства соседних органов (кишечника и мочевыводящих путей), а также частота нейро-вегетативного, психоэмоционального и обменно-эндокринного симптомокомплексов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении частоты болевого синдрома у всех обследуемых мы выясняли наличие следующих проявлений: альгоменорея (болевые ощущения во время менструации), диспареуния (болезненность при половых отношениях) и боль в области таза, не связанная с менструацией и половым актом.

Частота альгеморении у пациенток 1 группы составила 28,1% (от 20,0% при лечении агонистами до 33,3% – при использовании гестагенов). На болезненность полового акта жаловались 29,7% женщин этой же группы (от 37,5% – при использовании гестагенов до 20,0% – при применении агонистов). По сравнению с этим, боль в области таза, не связанная с менструацией и половым актом, была выявлена только у 9,4% (от 6,7% – при использовании агонистов до 12,5% – при применении гестагенов).

Среди женщин, перенесших различный объем оперативного вмешательства, болевой компонент менструации отмечали только 8,1% пациенток, у которых объемом операции был ограничен односторонней аднексэктомией. В отличие от этого, диспареуния была выявлена более чем у половины (69,4%) больных 2 группы (от 83,9% – после гистерэктомии до 40,0% – после односторонней аднексэктомии). Жалобы на боль в области таза, не связанная с менструацией и половым актом, предъявляли 15,3% женщин, перенесших оперативное лечение (от 10,7% – после минимального объема до 20,0% – после максимального объема операции).

Следовательно, у больных с эндометриозом болевой синдром проявляется, в основном, в виде альгоменореи и/или диспареунии, в то время как болевые ощущения в области малого таза, не связанные с менструацией и половым актом, наблюдаются гораздо реже. Все проанализированные нами методы консервативного лечения (от гестагенов до агонистов) обладают недолговременным эффектом в отношении альгеморении и практически не влияют на частоту других проявлений болевого синдрома при эндометриозе. В свою очередь, односторонняя аднексэктомия также незначительно снижает частоту альгоменореи, тогда как более радикальные операции, вызывающие хирургическую менопаузу, обуславливают полное и необратимое исчезновение данного симптома, однако, по мере увеличения объема оперативного вмешательства на органах малого таза нарастает частота диспареунии, обусловленной очевидно уже не столько эндометриозом, сколько развивающейся в результате удаления яичниковой ткани недостаточностью половых стероидов, а кроме того, после хирургического лечения (независимо от его объема) увеличивается частота не связанных с менструацией и половым актом болевых ощущений в области малого таза, что, вероятно, объясняется наличием спаечного процесса.

Состояние менструальной функции изучалось нами с учетом основных характеристик менструального цикла: продолжительности и объема менструального кровотечения, а также межменструального интервала.

Среди больных 1 группы после проведенной консервативной терапии расстройства менструальной функции выявлены у 64,0% (от 87,5% – при использовании гестагенов до 53,3% – при применении агонистов) со следующей структурой: полименорея – 23,4%; гиперменорея – 10,9%; меноррагия – 7,8%; метроррагия – 3,1%; олиго-, гипо- и опсоменорея – у 9,4%, 4,7% и 4,7% соответственно.

У пациенток, перенесших одностороннюю аднекэктомию нарушения менструального цикла обнаружены у 95,0% со следующие структурой: гипо-, опсо- и олигоменорея – у 35,0%, 25,0% и 15,0% соответственно; аменорея – у 5,0%; полименорея – у 5,0%; гиперменорея – у 5,0% и метроррагия – также у 5,0% пациенток. Во всех остальных случаях (радикальный объем оперативного вмешательства) больные отмечали хирургическую менопаузу.

Итак, состояние менструальной функции у больных эндометриозом характеризуется, в основном, наличием расстройств менструального цикла по типу гипер- и полименорей, а также циклических и ациклических маточных кровотечений. Вместе с тем применение традиционных гормональных методов лечения способствует лишь незначительной коррекции данных нарушений, в то время как радикальные оперативные вмешательства на органах малого таза приводят к угнетению менструальной функции от олиго-, гипо- и опсоменорей до аменорей и хирургической менопаузы (в зависимости от объема операции).

Изучение нарушений генеративной функции заключалось в диагностике первичного или вторичного бесплодия, а так же в ретроспективной регистрации и анализе исходов беременностей, наступивших после проведенного гормонального или оперативного лечения эндометриоза у бесплодных женщин.

В группе пациенток, получавших консервативное лечение, 15,6% были первично бесплодны и 15,6% – вторично. После окончания консервативного лечения эндометриоза 25,0% женщин этой группы забеременели самопроизвольно, а 9,4% и 7,8% – для наступления беременности потребовалось дополнительное проведение соответственно гормональной стимуляции или вспомогательных репродуктивных технологий. В итоге, беременность была зарегистрирована у 42,2% пациенток 1 группы, однако лишь у 7,8% она завершилась срочными родами, а у остальных 34,6% – самопроизвольными выкидышами или преждевременными родами.

Из прооперированных больных в связи с объемом выполненного хирургического вмешательства генеративная функция была выключена у 82,0%. Среди оставшихся пациенток беременность наступила только у 20,0% (у 10,0% – самопроизвольно и у 10,0% – после вспомогательных репродуктивных технологий), но к сожалению, у 10,0% – беременность прервалась самопроизвольно в ранние сроки и у 10,0% -- завершилась преждевременными родами.

Следовательно, эндометриоз оказывает неблагоприятное влияние на генеративную функцию у женщин репродуктивного возраста, способствуя развитию бесплодия. К сожалению, ни один из общепринятых методов консервативной гормональной терапии не гарантирует ни полного восстановления способности к оплодотворению, ни благополучного исхода беременности (при ее наступлении), в то время как все вышеуказанные радикальные оперативные вмешательства на органах малого таза, выполненные в репродуктивном возрасте, необратимо лишают женщин детородной функции.



Для изучения расстройств соседних органов у всех обследуемых мы выясняли частоту нарушений как со стороны желудочно-кишечного тракта (болевые ощущения по ходу кишечника, обстипация и диарея), так и со стороны мочевыводящих путей (цисталгия, болезненное и учащенное мочеиспускание).

Согласно полученным результатам среди больных 1 группы более половины (50,8%) отмечали нарушения состояния кишечного тракта и только 7,8% указывали на цисталгию, болезненное или учащенное мочеиспускание.

В группе женщин, перенесших хирургическое лечение по поводу эндометриоза, жалобы на дисфункцию кишечника предъявляла каждая третья больная (33,3%), а урологические расстройства имели место у 39,6% обследованных.

Итак, расстройство со стороны смежных органов у больных эндометриозом проявляется, в основном, в виде дисфункции кишечного (обстипация и диарея) и мочевыводящего (учащенное мочеиспускание) трактов, болезненности в области кишечника и мочевого пузыря, а также болезненных ощущений при мочеиспускании. Проведение всех вариантов консервативной терапии (от гестагенов до агонистов) сопровождается незначительной коррекцией урологических расстройств наряду с существенным ухудшением состояния пищеварительного тракта. В то время как радикальное хирургическое лечение приводит к усугублению уже имеющихся отклонений в состоянии смежных органов, причем частота урологической симптоматики резко нарастает по мере увеличения объема операции.

При изучении частоты нейро-вегетативного, психоэмоционального и обменно-эндокринного симптомокомплексов у всех пациенток проводилось выявление следующей симптоматики: головная боль, вестибулопатия, лабильность артериального давления, сердцебиение в покое, «приливы» жара, гипергидроз, снижение работоспособности, общая слабость, повышенная утомляемость, ухудшение памяти, раздражительность, ожирение, дисфункция щитовидной железы, мышечно-суставные боли, трофические изменения генитального аппарата.

Согласно полученным результатам, в группе пациенток, использующих консервативное лечение, выявлено наличие нейро-вегетативной симптоматики у 34,8%; психоэмоциональной – у 17,2% и обменно-эндокринной – соответственно у 21,9% пациенток.

Из 2 группы абсолютно у всех после радикального хирургического лечения (независимо от объема оперативного вмешательства), наблюдалось наличие нейро-вегетативных расстройств, той или иной степени выраженности, а симптомокомплексы психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений обнаружены соответственно у 85,6 и 56,8% пациенток.

Следовательно, у больных эндометриозом наиболее часто возникают расстройства психоэмоциональной сферы, а появление нейро-вегетативных и обменно-эндокринных нарушений является не характерным. При различных методах консервативной гормональной терапии эндометриоза наблюдается с одной стороны – существенное улучшение психоэмоционального состояния пациенток, а с другой – нарастание частоты нейро-вегетативных и обменно-эндокринных симптомокомплексов, тогда как проведение оперативного лечения осложняется развитием всех трех групп нарушений, прогрессирующих по мере увеличения объема хирургического вмешательства на органах малого таза.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, использование различных методов лечения эндометриоза приводит к изменению частоты и степени выраженности основных клинических проявлений данной патологии, причем для каждого варианта лечения характерны свои специфические особенности. Полученные результаты позволяют использовать дифференцированный подход для каждой конкретной пациентки с учетом возможных осложнений как консервативного, так и оперативного лечения эндометриоза.

### **Ефективність різних методів лікування генітального ендометріозу В.І. Бойко, О.В. Чирва**

Результати проведених досліджень показали, що використання різних методів лікування ендометріозу призводить до зміни частоти і міри вираженості основних клінічних проявів цієї патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з урахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування ендометріозу.

**Ключові слова:** *генітальний ендометріоз, лікування, ефективність.*

### **Efficiency various methods of treatment genital an endometriosis V.I. Boyko, O.V. Chirva**

Results of the lead researches have shown, that use of various methods of treatment of an endometriosis results in change of frequency and a degree of expressiveness of the basic clinical displays of the given pathology, and for each variant of treatment the specific features are characteristic. The received results allow to use the differentiated approach for each concrete patient in view of possible complications both conservative, and operative treatment of an endometriosis.

**Key words:** *genital endometriosis, treatment, efficiency.*

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. науч. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2009. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007 – V. 162, № 2. – P. 565–567.

# Влияние естественной менопаузы на медико-социальные аспекты

*И. Т. Кишакевич*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что медико-социальные особенности имеют большое значение в клиническом течении естественной менопаузы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** естественная менопауза, медико-социальные особенности.

Изменения демографической ситуации во всем мире и в Украине, характеризующиеся увеличением числа людей старшего возраста выводят менопаузальные расстройства в ряд первоочередных медицинских проблем. Менопаузу можно рассматривать как генетически запрограммированное явление, включающее в себя определенные стадии структурных и функциональных изменений. Угасание функции яичников оказывает влияние на все без исключения органы и системы организма. Физиологическое старение ассоциируется со снижением способности тканей к восстановлению, уменьшением их эластичности, повышенной жировой инфильтрацией, клеточной атрофией, дегенерацией нервных окончаний, снижением тонуса гладкой мускулатуры, уменьшением количества коллагеновых волокон в соединительной ткани связочного аппарата [1, 3, 5].

Треть жизни женщины приходится на постменопаузу, в это время происходит снижение адаптационных возможностей организма [2–4]. Наличие высокой социальной значимости повышения заболеваемости и смертности женщин после прекращения функции яичников послужили основой для изучения медико-социальных особенностей у женщин с естественной менопаузой.

**Цель исследования** – изучить медико-социальные особенности у женщин с естественной менопаузой.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ клинических наблюдений за 150 пациентками в возрасте от 50 до 70 лет с естественной менопаузой.

Группы составили практически здоровые женщины, которые перед обследованием, в течение последнего года, не принимали заместительную гормональную терапию (ЗГТ):

- в 1-ю группу вошли 50 пациенток в возрасте от 50 до 56 лет, средний возраст –  $51,6 \pm 1,6$  года;
- 2-я группа представлена 50 женщинами в возрасте от 57 до 65 лет, средний возраст –  $60,3 \pm 3,2$  года;
- 3-я группа состоит из 50 обследуемых женщин в возрасте от 66 до 70 лет, средний возраст –  $67,4 \pm 1,9$  года.

Средний возраст женщин составил  $63,1 \pm 5,2$  года (95% ДИ 70–50).

Средний возраст менархе в возрастной группе 50–56 лет –  $12,9 \pm 1,2$  года (95% ДИ 16–11); в 57–65 лет –  $13,7 \pm 1,6$  года (95% ДИ 17–11) и в группе 66–70 лет –  $13,6 \pm 1,5$  года (95% ДИ 18–11).

Средний возраст наступления менопаузы был  $49,1 \pm 5,9$  года. Средний возраст наступления менопаузы в 1-й группе пациенток –  $48,2 \pm 2,4$  года (95% ДИ 52–43), во 2-й –  $49,8 \pm 4,6$  года (95% ДИ 60–38) и в 3-й –  $48,7 \pm 4,8$  года (95% ДИ 56–35). Менопауза наступила в возрасте 35 лет у 0,8%, в 38–40 лет – у 3,8%, в 42–47 лет – у 18,5%, в 48–53 года – у 67,2%, в 54–60 лет – у 9,8% обследованных. В настоящее время доказано, что наступление ранней менопаузы связано с повышенным риском развития [1–5] сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза.

Анализ генеративной функции показал, что среднее соотношение беременностей, составило  $4,3 \pm 1,7$ ; родов в 1-й группе  $1,5 \pm 0,9$ ; во 2-й –  $1,3 \pm 1,6$ ; в 3-й –  $1,5 \pm 0,7$ .

Для оценки менопаузальных расстройств, качества жизни обследование женщин с естественной менопаузой проводилось с использованием традиционных методов исследования.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В настоящее время доказано, что метаболизм эстрогенов в постменопаузе претерпевает значительные изменения. Как известно, у женщин в постменопаузе наблюдаются заметные изменения массы тела. Нами изучены данные индекса массы тела (ИМТ) у пациенток в клинических группах и в различные сроки постменопаузы. Среднее значение ИМТ в 1-й группе  $31,8 \pm 5,4$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 39,6–24,3), во 2-й группе  $31,1 \pm 6,4$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 45,3–21,9), в 3-й группе  $31,1 \pm 7,5$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 48,1–19,8). Жировая ткань является важным местом внегонадного синтеза эстрогенов, определяя в постменопаузе эстрогенную насыщенность организма женщины. Избыточная масса тела была у каждой четвертой женщины с менопаузой после 40 лет, у каждой второй – с менопаузой в 49–52 года, у каждой пятой обследованной – с поздней менопаузой.

Анализ ИМТ у пациенток свидетельствует о том, что ожирение повышается с возрастом: у 22% женщин в возрасте 50–56 лет, у 26% , у в 57–65 лет и у каждой второй обследованной – в 66–70 лет. Выраженное ожирение значительно увеличивается с 12% в возрастной группе 50–56 лет до 37% в 56–65 лет и до 50% в 66–70 лет, что характеризует прогрессирование метаболического менопаузального синдрома

ИМТ повышается при длительности постменопаузы за счет перераспределения жировой ткани в сторону избыточного накопления висцерального жира. По нашим наблюдениям избыточная масса тела при постменопаузе до 5 лет была у 17%, при постменопаузе до 16 лет и более – у 58% женщин.

Установлено, что менопауза сопровождается развитием трех основных симптомокомплексов (нейровегетативного, психоэмоционального, метаболического). Слабая степень нейровегетативных расстройств преобладает у 44% обследованных пациенток в возрасте 50–56 лет по сравнению с возрастом 57–65 лет – 20%; умеренная степень у 40% – в 66–70 лет в отличие от возрастной группы 57–65 лет – 22%; тяжелая степень отмечена только во 2-й и 3-й группах – по 50%. Корреляции

онный анализ выявил, что чем больше беременностей имели женщины, тем выше степень нейровегетативных симптомов ( $r=0,90$ ;  $p<0,01$ ). Пациентки с высокой степенью нейровегетативных симптомов страдают тяжелыми психоэмоциональными расстройствами ( $r=0,77$ ;  $p<0,01$ ), что значительно снижает качество жизни.

Более тяжелые менопаузальные расстройства имеют обследованные в возрастной группе 66–70 лет – 42%, в отличие от женщин 57–65 лет – 18%, что подчеркивает нарастание системных нарушений с возрастом, связанное с дефицитом эстрогенов.

Качество жизни женщин связано как с особенностями личности, так и со степенью нейровегетативных, психоэмоциональных, метаболических расстройств. Среди многообразных реакций женского организма на наступление менопаузы решающими среди прочих причин являются социально-психологические факторы.

Сопоставляя семейное положение с величиной ММИ, можно заметить, что более тяжелые формы КС были среди женщин, которые никогда не состояли в браке.

Наряду с этим, вдовы и одинокие женщины отмечают более выраженные психоэмоциональные расстройства ( $r=0,76$ ;  $p<0,01$ ).

При дисперсионном анализе определены различия в семейном положении, а также во взаимоотношениях с мужем среди пациенток 49–56 лет и 57–65 лет ( $p<0,05$ ).

Необходимость оценки качества жизни женщин старшей возрастной группы, вызвана тем, что сумма клинико-лабораторных показателей не всегда дает возможность оценить субъективное состояние здоровья женщины, которое приближено к жизни, чем объективная оценка.

Говоря о здоровье женщин в постменопаузе, нас интересовало их отношение к необходимости лечиться, влияние менопаузальных расстройств на изменение состояния здоровья. Значительное влияние оказывает восприятие менопаузы как отчетливого признака старения, конца специфической биологической функции женского организма. Необходимость быть уверенным в собственном здоровье – психологическая составляющая хорошего качества жизни. В возрасте 50–56 лет считают себя здоровыми: «скорее да, чем нет» каждая вторая, «да» – каждая третья, «нет» – каждая пятая, «скорее нет, чем да» – каждая седьмая пациентка.

Проведенное исследование показало, что из-за необходимости лечиться «очень переживают» женщины 50–56 лет – 39% или им «это неприятно» – 50%, а «безразлично» в возрасте 66–70 лет уже – 77%. Заметно изменение оценки своего состояния здоровья женщинами в 66–71 год, чаще ощущают себя нездоровыми – 56%.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что более тяжелые менопаузальные расстройства имели пациентки в возрасте 66–70 лет – 42%, в отличие от 56–65 лет – 18%, что подчеркивает нарастание метаболических нарушений с длительностью постменопаузы. Качество жизни женщин связано как с особенностями личности, социальной адаптацией, так и со степенью выраженности менопаузальных расстройств. Страдают от одиночества женщины старше 66 лет – 40%, что ухудшает качество их жизни. Значительно ухудшает настроение необхо-

димість лечиться – «очень переживают» – 39% в возрасте 50–56 лет, это «неприятно» – 50%. Величина модифицированного менопаузального индекса выше у женщин, никогда не состоявших в браке ( $r=0,76$ ;  $p<0,01$ ).

### **Вплив природної менопаузи на медико-соціальні аспекти**

***I. T. Kishakevich***

Результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні особливості мають велике значення в клінічному перебігу природної менопаузи. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** *природна менопауза, медико-соціальні особливості.*

### **Influence natural menopause at women on medical-social aspects**

***I. T. Kishakevich***

Results of the spent researches testify, that medical-social features are of great importance in a clinical current natural menopause. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *natural menopause, medical-social features.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщин в климактерии. Монография. – М.: Литера, 2010. – 244 с.
2. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2008. – № 1. – С. 5–8.
3. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблемы климаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
4. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пери- і постменопаузальних порушень у жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 94–98.
5. Шмелева С.В. Метаболические изменения у женщин в климактерическом периоде // Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов. – 2005. – № 1 (2). – С. 7–10.

# Гормональная контрацепция у женщин с сердечно-сосудистой патологией

*Д. С. Ледин*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Как показали результаты проведенных исследований, сочетанное использование гормональных контрацептивов и фитотерапии у пациенток с нейроциркуляторной астенией позволяет достаточно эффективно проводить профилактику непланируемой беременности на фоне отсутствия ухудшений со стороны центральной и периферической гемодинамики. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

*Ключевые слова:* гормональная контрацепция, сердечно-сосудистая патология.

Проблемы планирования семьи, регуляции деторождения тесно связаны с вопросами контрацепции [1, 2]. В Украине, также как и в других развитых странах, наиболее часто используются гормональный и барьерный методы профилактики нежеланной беременности. В то же время влияние этих способов контрацепции на состояние центральной и периферической гемодинамики изучены недостаточно, а имеющиеся публикации носят противоречивый характер. Так, с одной стороны, половые стероиды предлагают для улучшения микроциркуляции, а с другой – гормональные контрацептивы способствуют контаминации влагалища различными микроорганизмами, в результате чего существенно изменяется состояние системного и местного иммунитета.

Проблема экстрагенитальной патологии у женщин репродуктивного возраста в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной репродуктологии, а частота ее колеблется в пределах 40–60% [3, 4]. В структуре соматической заболеваемости одно из ведущих мест занимает нейроциркуляторная астенция, уровень которой растет из года в год, а эффективность предлагаемых лечебно-профилактических методик остается недостаточно высокой.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме контрацепции за последние годы, вопросы профилактики нежеланной беременности у женщин с нейроциркуляторной астенией, практически не изучены, хотя их необходимость не вызывает сомнений.

**Цель исследования** – снизить частоту непланируемой беременности и побочных эффектов различных методов контрацепции у женщин с нейроциркуляторной астенией на основе разработки методики сочетанного использования гормональных контрацептивов и комплексных препаратов растительного происхождения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач было обследовано 30 соматически и гинекологически здоровых женщин репродуктивного возраста, которые использо-

вали для контрацепции механические средства – контрольная группа. Две основные группы составили 60 женщин репродуктивного возраста с нейроциркуляторной астенией:

I группа – 30 женщин, которые использовали механические средства контрацепции, биологический календарь и прерванный половой акт;

II группа – 30 женщин, использующих предложенную нами профилактику непланируемой беременности.

При разработке методики контрацепции у женщин с нейроциркуляторной астенией учитывали необходимость обеспечения высокого контрацептивного эффекта, устранение побочного влияния и улучшение состояния здоровья путем использования гормональной контрацепции в сочетании с фитотерапией.

Предлагаемый подход к профилактике непланируемой беременности у женщин с нейроциркуляторной астенией состоит из следующих моментов:

1. Оценка функционального состояния центральной и периферической гемодинамики для решения вопроса о конкретной методике контрацепции.

2. Назначение в течение первых 3 мес комбинированного орального контрацептива в циклическом режиме в сочетании с фитотерапией.

3. После 3 мес фитотерапия отменяется и проводится контроль после самостоятельного приема КОК и при отсутствии патологических изменений со стороны центральной и периферической гемодинамики прием КОК продолжается.

В качестве фитотерапии возможно использование отечественного препарата кратал, который содержит 0,867 г таурина; 0,043 г экстракта плодов боярышника густого и 0,087 г экстракта пустырника густого. Кратал обладает мягким антигипотензивным и антиагрегантным действием. Кроме того, препарат оказывает ингибирующее действие на ренин-ангиотензивную и калликреин-кининовую системы, положительное влияние на продукцию цАМФ и ингибирует процессы перекисного окисления липидов, а также улучшает функциональное состояние центральной и периферической гемодинамики.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Анализ клинического наблюдения за 30 пациентками с нейроциркуляторной астенией позволил установить, что контрацептивный эффект составил 100%, а коэффициент Перля – соответственно 1,96.

При оценке частоты и степени выраженности различных побочных эффектов была проведена их сравнительная оценка через 3, 6, 9 и 12 мес.

Полученные данные свидетельствуют, что частота тошноты через 3 мес от начала контрацепции составила 10,0%, однако в последующем отмечено прогрессивное снижение этого показателя до 3,3% по прошествии 12 мес от начала использования предлагаемой методики. Головная боль как побочное осложнение от используемых методик профилактики непланируемой беременности имела место через 3 мес на начала их использования в каждом десятом случае (10,0%), а по прошествии 9 и 12 мес сохранялась только у одной пациентки (3,3%). Аналогичная закономерность была отмечена и при анализе еще одного варианта побочной реакции – масталгия. Так, спустя 3 мес она наблюдалась у 6,7% пациенток, причем в 3,3% сохранилась и по прошествии 1 года. Одним из наиболее распро-



страненных побочных эффектов гормональной контрацепции является избыточная прибавка массы тела. Согласно полученным нами результатам через 3 мес от начала применения методики профилактики непланируемой беременности уровень данного параметра составил 13,3%, а в последующем отмечено постепенное снижение данного побочного эффекта – до 6,7% через 9 мес и до 3,3% – по прошествии 1 года. Относительно высокая частота межменструальных кровомазаний (13,3%) наблюдалась через 3 мес от начала проводимой контрацепции. В дальнейшем данный побочный эффект сохранился только при последнем варианте в единичных наблюдениях (9 мес – 6,7% и 12 мес – 3,3% соответственно). Еще одним вариантом побочных негативных реакций была эмоциональная лабильность. Полученные нами результаты указывают, что у 10,0% пациенток с гормональной методикой контрацепции отмечена данная побочная реакция. Вместе с тем, через 9 и 12 мес ее уровень постепенно снижался до 6,7% спустя 9 мес и до 3,3% – через 1 год.

Особый интерес представляют данные о суммарной частоте различных побочных реакций. Так, через 3 мес данный показатель составляет 26,7%, а по прошествии 6 мес это параметр снизился до 16,7%. В последующем (9 и 12 мес) уровень побочных эффектов составил по 10,0%.

Очень важным клиническим аспектом используемой методики профилактики непланируемой беременности у пациенток с нейроциркуляторной астенией является изменение частоты сопутствующей гинекологической заболеваемости. Так, если различные нарушения менструального цикла наблюдались до начала контрацепции в 40,0% наблюдений, то по прошествии 3 мес этот показатель снизился до 26,7%, а спустя 1 год – до 6,7%. Анализируя эти данные в зависимости от конкретного варианта используемой контрацепции можно указать, что все эти пациентки были проведены на гормональных контрацептивах. Аналогичная закономерность сохранялась и при оценке частоты воспалительных процессов (до – 23,3%; через 3 мес – 20,0% и спустя 12 мес – 10,0%), а также патологических изменений шейки матки (с 13,3% до 6,7%). Полученные результаты свидетельствуют о позитивном воздействии предлагаемой методики профилактики непланируемой беременности на исходную гинекологическую заболеваемость пациенток с нейроциркуляторной астенией.

Подтверждением эффективности предлагаемой методики профилактики непланируемой беременности у пациенток с нейроциркуляторной астенией являются результаты дополнительных функциональных и лабораторных методов исследования.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, сочетанное использование гормональных контрацептивов и фитотерапии у пациенток с нейроциркуляторной астенией позволяет достаточно эффективно проводить профилактику непланируемой беременности на фоне отсутствия ухудшений со стороны центральной и периферической гемодинамики. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Гормональна контрацепція у пацієнок  
з серцево-судинною патологією  
Д.С. Ледін**

Як показали результати проведених досліджень, поєднане використання гормональних контрацептивів і фітотерапії у пацієнок з нейроциркуляторною астенією дозволяє досить ефективно проводити профілактику непланованої вагітності на тлі відсутності погіршень з боку центральної і периферичної гемодинаміки. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *гормональна контрацепція, серцево-судинна патологія.*

**Hormonal contraception at patients with cardiovascular pathology  
D.S. Ledin**

As have shown results of the lead researches, combined use of a hormonal contraceptive and phytotherapy at patients with neurocirculatore astenia allows to carry out effectively enough preventive maintenance of not planned pregnancy on a background of absence of deterioration on the part of central and peripheral hemodynamice. The received results allow to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** *hormonal contraception, cardiovascular pathology.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К., Ерофеева Л.В., Тарасова М.А. Комбинированные оральные контрацептивы и факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы // Проблемы репродукции. – 2007. – № 3. – С. 63–67.
2. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства. – М., 2005. – 234 с.
3. Платонова О.В. Дифференцированный подход к использованию контрацепции у женщин с тиреоидной патологией // Здоровье женщины. – 2001. – № 4. – С. 49–51.
4. Семянив М.В. Профилактика непланируемой беременности у женщин с хроническим вирусным гепатитом // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 3.

# Сравнительные аспекты генитальной патологии у женщин с аутоиммунным тиреоидитом

*Е.О. Литвак*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основные гинекологические заболевания (миома матки, хронический сальпингоофорит и эндометриоз) имеют свои специфические особенности у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом. На основании полученных результатов разработан алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для практического здравоохранения.

*Ключевые слова:* гинекологическая заболеваемость, аутоиммунный тиреоидит.

Проблема аутоиммунного тиреоидита (АИТ) у женщин репродуктивного возраста в настоящее время представляет большой теоретический и практический интерес. Это связано не только с медицинскими (увеличение гинекологической заболеваемости), но и с социальными аспектами, так как гипотиреоидная фаза АИТ без своевременной коррекции приводит к рождению психически неполноценного потомства [1–4].

Рост числа заболеваний щитовидной железы многие авторы [1–4] связывают с влиянием таких неблагоприятных факторов, как последствия техногенных катастроф и ухудшение экологической обстановки. Применение неадекватных доз йода в зонах зобной эндемии, вирусные и бактериальные инфекции, большое количество стрессовых ситуаций способствуют снижению общего иммунитета и росту заболеваний щитовидной железы, в том числе и аутоиммунного генеза.

Частота АИТ, по данным разных авторов [2–4], колеблется от 5 до 50% от всей тиреоидной патологии, причем женщины в 10 раз чаще, чем мужчины, страдают от тиреоидных нарушений. Это во многом связано с особенностями женского гормонального статуса и ролью стероидов. В свою очередь изменение состояния щитовидной железы негативно отражается на менструальной и репродуктивной функции.

Подтверждением тесной взаимосвязи тиреоидной и репродуктивной систем является то, что в критические периоды жизни женщины (период полового созревания, беременность, лактация, климактерический период) отмечается увеличение щитовидной железы и изменение ее активности [2].

Однако, несмотря на наличие выраженной взаимосвязи между щитовидной железой и репродуктивной системой, доказанной рядом авторов, до настояще-

го времени нет единого мнения о характере этого взаимодействия и об уровне, на котором оно осуществляется [2, 3]. И если вопросы влияния нарушений функции щитовидной железы на половое созревание и овуляцию изучены в такой степени, что позволяют добиться успехов в лечении, остается практически нерешенной проблема совместного влияния половых и тиреоидных гормонов на органы-мишени при нарушениях в иммунной системе организма.

В ряде современных работ [2, 3] убедительно показано, что гипотиреоз и диффузный зоб могут быть причинами нарушений менструальной функции. Вместе с тем влияние функционального состояния щитовидной железы при АИТ на течение гинекологических заболеваний, когда в патологический процесс вовлечен ряд звеньев эндокринной и иммунной систем, остается невыясненным.

**Цель исследования** – изучение основных особенностей гинекологической заболеваемости у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В соответствии с поставленной целью была разработана программа исследований, предусматривающая проведение клинического анализа, комплекса гормональных и иммунологических методов исследований, сонографические исследования и математическую обработку полученных данных.

Всего нами было обследовано 200 женщин репродуктивного возраста, из которых 1-ю группу составили 90 пациенток с сочетанной генитальной патологией и аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), причем было выделено три подгруппы:

- 1.1. – 40 женщин с миомой матки на фоне АИТ;
- 1.2. – 30 пациенток с воспалительными заболеваниями придатков и АИТ;
- 1.2. – 20 женщин с генитальным эндометриозом на фоне АИТ.

2-ю группу составили также 90 женщин с аналогичной генитальной патологией, но без заболеваний щитовидной железы с выделением аналогичных трех подгрупп:

- 2.1. – 40 женщин с миомой матки;
- 2.2. – 30 пациенток с воспалительными заболеваниями придатков;
- 2.3. – 20 женщин с генитальным эндометриозом.

Контрольную группу составили 20 женщин репродуктивного возраста без генитальной патологии.

В настоящей работе были использованы следующие методы исследования:

- общеклинические;

- гормональные: ФСГ, ЛГ, Э, ПГ, Прл., ТТГ, Т3, Т4, антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) и микросомальному антигену (АТ-МАГ);

- иммунологические: CD3+; CD4+; CD8+; CD16+; CD20+ и CD23+.

- ультрасонографические: ультразвуковое исследование щитовидной железы; трансвагинальное и трансабдоминальное исследование матки и придатков; ультразвуковое исследование молочных желез;

- статистические.

На каждую пациентку была составлена индивидуальная карта, в которой зашифрован ряд признаков. Изучаемые параметры отражали паспортные данные,

сведения об образовании, о наличии профессиональных вредностей, перенесенных в детстве инфекциях, жалобы на момент осмотра. При сборе анамнеза обращали внимание на время появления первой менструации, на характер менструальной функции, регулярность и продолжительность цикла. Кроме того, учитывался возраст начала половой жизни, количество браков, перенесенные гинекологические заболевания (их длительность, течение и исход); детородная функция (сведения о каждой из предшествующих беременностей, паритет, интергенетический интервал, течение, исход для матери и плода). Экстрагенитальные заболевания выявлялись в результате комплекса клинических, лабораторных и функциональных исследований по специально разработанной программе.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что аутоиммунный тиреоидит оказывает негативное влияние на клиническое течение основных гинекологических заболеваний:

- при миоме матки чаще наблюдаются болевой синдром (в 1,4 раза) и анемия (в 1,3 раза);

- при хроническом сальпингоофорите возрастает частота ежегодных обострений процесса в 1,3 раза и нарушений микробиотоза половых путей – в 1,2 раза;

- при эндометриозе увеличивается в 1,2 раза уровень нарушений менструальной функции, болевого синдрома и функции смежных органов.

Суммарная частота основных клинических симптомов миомы матки на фоне аутоиммунного тиреоидита возрастает в 1,9 раза; при хроническом сальпингоофорите – в 1,8 раза и при эндометриозе – в 1,7 раза.

Наиболее характерными ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита были следующие:

- при миоме матки: увеличивается объем щитовидной железы; преобладают гиперэхогенные участки; имеет место сочетанная патология щитовидной железы (узлы, кисты и аденомы);

- при хроническом сальпингоофорите: увеличиваются размеры щитовидной железы и преобладают гипоэхогенные участки;

- при эндометриозе: соотношение гипо- и гиперэхогенных участков (1/1,5); локализованное расположение гипоэхогенных участков и высокий уровень узловатых образований.

При гинекологических заболеваниях на фоне аутоиммунного тиреоидита для пациенток с миомой матки характерен выраженный гипотиреоз; у больных с хроническим сальпингоофоритом – гипертиреоз и у женщин с эндометриозом – тенденция к гипотиреозу.

Сочетание гинекологической заболеваемости и аутоиммунного тиреоидита приводит к достоверным дисгормональным нарушениям:

- при миоме матки: увеличение содержания Э, ФСГ и Прл при одновременном снижении уровня ПГ и ЛГ;

- при хроническом сальпингоофорите: увеличение содержания ЛГ на фоне снижения уровня Прл; Э и ПГ;

- при ендометриозе: увеличение содержания Э и ФСГ при одновременном снижении уровня ЛГ и ПГ.

Нарушения системного иммунитета у больных с миомой матки и эндометриозом на фоне аутоиммунного тиреоидита характеризуются снижением относительного числа CD3<sup>+</sup>; CD4<sup>+</sup>; CD16<sup>+</sup> и CD20<sup>+</sup> на фоне увеличения числа CD8<sup>+</sup> и CD23<sup>+</sup>. При хроническом сальпингоофорите эти изменения носят более выраженный характер.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с гинекологическими заболеваниями (миома матки, хронический сальпингоофорит и эндометриоз) на фоне аутоиммунного тиреоидита на основе следующих моментов:

- у пациенток, наблюдающихся у врача гинеколога по поводу генитальной патологии, должна быть комплексно обследована тиреоидная система;

- всем больным с аутоиммунным тиреоидитом показано углубленное гинекологическое обследование для выявления болезней репродуктивной системы и гинекологических нарушений;

- ультразвуковое исследование щитовидной железы у женщин с гинекологическими заболеваниями обязательно должно включать оценку эхоструктуры как прогностический признак для диагностики фаз аутоиммунного тиреоидита;

- лечение аутоиммунного тиреоидита больных должно быть начато совместно с эндокринологом и включать гормональную коррекцию нарушений тиреоидной и репродуктивной систем, а также коррекцию иммунного статуса.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, основные гинекологические заболевания (миома матки, хронический сальпингоофорит и эндометриоз) имеют свои специфические особенности у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом. На основании полученных результатов разработан алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для практического здравоохранения.

### **Порівняльні аспекти генітальної патології у жінок з аутоімунним тиреоїдитом**

***Е. О. Літвак***

Результати проведених досліджень свідчать, що основні гінекологічні захворювання (міома матки, хронічний сальпінгоофорит і ендометріоз) мають свої специфічні особливості у пацієнок з аутоімунним тиреоїдитом. На підставі отриманих результатів розроблений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для практичної охорони здоров'я.

***Ключові слова:*** гінекологічна захворюваність, аутоімунний тиреоїдит.

**Comparative aspects genital pathologies  
at women with autoimmune thyroidite  
E. O. Litvak**

Results of the spent researches testify, that the basic gynecologic diseases (a uterus myoma, chronic salpingooforites and an endometriosis) have the specific features at patients with autoimmune thyroidite. On the basis of the received results the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions is developed for practical public health services.

**Key words:** *gynecologic disease, autoimmune thyroidite.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Богатирьова Р.В. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – Т. 2, № 1. – С. 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т. 2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2002. – С. 52–56.
4. Measure progress. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO, 2007. – P. 33–36.

# Нарушения менструальной функции у женщин с аденомиозом

**Б.М. Лысенко**

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре органических причин ургентных негравидарных метроррагий у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста и размерами матки не более 12 нед беременности, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи, аденомиоз встречается у  $58,3 \pm 6,4\%$  обследованных. Значительно больший удельный вес имеют различные гиперпластические процессы эндометрия ( $86,2 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,01$ ). Наименьший удельный вес имеют субмукозная и интрамурально-субмукозная миома матки ( $13,0 \pm 2,6\%$  пациенток,  $p < 0,001$  в сравнении с аденомиозом). Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических мероприятий.

**Ключевые слова:** аденомиоз, маточные кровотечения.

Аденомиоз является широко распространённым заболеванием, а частота его выявления в популяции варьирует от 10 до 53% [1–7]. Эта патология является одной из существенных, а по данным некоторых авторов, основной причиной альгодисменореи, гиперменореи и бесплодия. До 44% случаев маточных кровотечений, не связанных с патологией беременности, т.е. ургентных негравидарных метроррагий, ассоциированы с наличием аденомиоза [2, 6].

В настоящее время отмечается выраженная тенденция к гиподиагностике аденомиоза, причем частота диагностических ошибок составляет от 25 до 40% [3, 4, 7]. Выше 80% больных направляют в стационар без предположительного диагноза «аденомиоз» с указанием на другую патологию или отдельный симптом заболевания [1, 2]. Верифицировать диагноз аденомиоза можно только после морфологического исследования миометрия (препаратов удаленной матки, биоптатов миометрия), что не представляется возможным в ходе кюретажа полости матки, традиционно используемого с диагностической и лечебной целями при ургентных маточных кровотечениях.

**Цель исследования** – изучение роли аденомиоза в развитии маточных кровотечений.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое исследование, включающее в себя анализ историй болезни и данных обследования 100 пациенток в возрасте от 20 до 52 лет.

Критериями включения пациенток в исследование являлись: маточное кровотечение, как причина данной госпитализации; репродуктивный или перименопаузальный возраст пациентки.



Критериями отказа от включения в исследование являлись: связь маточного кровотечения с осложнениями беременности, злокачественными и воспалительными заболеваниями гениталий; размеры матки, превышающие 12 нед беременности; наличие геморрагического шока и наличие показаний к экстренной гистерэктомии.

При изучении основных вариантов экстрагенитальной патологии нами установлено, что в каждом третьем случае ( $33,0 \pm 3,6\%$ ) у пациенток наблюдалась сопутствующая доброкачественная тиреоидная патология.

Клинические методы включали общесоматическое, гинекологическое обследование, а также инструментальные методы: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, диагностическое выскабливание полости матки, гистероскопию, различные методы биопсии эндометрия. В лабораторные исследования входили: общеклинический анализ крови и мочи, световая микроскопия соскобов эндометрия и биоптатов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании проведенного исследования было установлено, что на догоспитальном этапе обследования женщин с ургентными негравидарными метроррагиями имеет место значительная гиподиагностика аденомиоза ( $у 97,2 \pm 1,3\%$  больных).

На стационарном этапе на основании анамнестических данных аденомиоз был заподозрен у  $28,1 \pm 3,6\%$  пациенток от общего числа обследованных. Из них в  $47,8 \pm 10,4\%$  случаях аденомиоз был гистологически подтвержден. По нашему материалу, чувствительность данных анамнеза в диагностике аденомиоза у пациенток с ургентными негравидарными метроррагиями составила  $0,23$ ; специфичность –  $0,4$ .

При оценке информативности физикального обследования получены следующие результаты. Достоверных различий средних размеров матки у пациенток с подтвержденным аденомиозом и миомой не выявлено (при аденомиозе –  $6,2 \pm 1,1$  нед беременности (нб), при лейомиоме –  $6,9 \pm 1,3$  нб. В то же время при нормальных размерах матки и ее увеличении в пределах  $5-6$  нб преобладали пациентки с гистологически подтвержденной гиперплазией эндометрия ( $91,6 \pm 2,8\%$  и  $58,5 \pm 5,0\%$  соответственно). При изолированном аденомиозе преобладало увеличение размеров матки до  $6-8$  нб –  $57,3 \pm 22,1\%$ , при сочетании аденомиоза и лейомиомы матки –  $8-10$  нб ( $у 18,2 \pm 11,1\%$ ), при лейомиоме матки и исключенном аденомиозе – свыше  $10$  нед ( $у 98,7 \pm 2,5\%$ ). Вышеуказанные различия статистически достоверны. Статистически достоверной разницы по тяжести метроррагии между общей выборкой и выборкой пациенток с аденомиозом в нашем исследовании не получено.

На основании данных объективного обследования, аденомиоз был заподозрен у  $32,5 \pm 3,7\%$  пациенток, госпитализированных в экстренном порядке по поводу негравидарной метроррагии. Аденомиоз был подтвержден у  $42,3 \pm 7,2\%$  из них. Доля ложноположительных результатов составила  $61,5\%$ .

Итак, доля ложноотрицательных результатов составила  $82,3\%$ . Чувствительность физикального метода обследования в диагностике аденомиоза составила  $0,43$ ; специфичность –  $0,72$ .

При ретроспективном анализе результатов лабораторных исследований достоверных различий по частоте встречаемости анемии в общей выборке и выборке па-

циенток с аденомиозом выявлено не было ( $36,9 \pm 6,3\%$  и  $42,9 \pm 13,2\%$  соответственно). Достоверных различий по тяжести анемии в данных выборках также не было обнаружено.

Ультразвуковое исследование при поступлении в стационар было выполнено  $31,8 \pm 3,3\%$  общего числа больных. Гиперпластические процессы эндометрия были обнаружены у  $82,4 \pm 5,4\%$  пациенток, в том числе у 19 в 1-й группе, у 10 – во 2-й и у 13 – в 3-й группе. Лейомиома матки выявлена у  $27,4 \pm 1,4\%$  пациенток, сонографические признаки аденомиоза были обнаружены у  $21,6 \pm 4,4\%$  пациенток.

Характерными ультразвуковыми симптомами аденомиоза, выявленными у обследованных нами больных, были:

- неровность границы базального слоя эндометрия ( $у 82,7 \pm 5,3\%$ );
- преобладание толщины задней стенки матки перед передней на  $15\%$  и более ( $у 73,4 \pm 6,2\%$ );
- наличие кистозно-расширенных структур в миометрии ( $у 53,8 \pm 7\%$ );
- наличие неоднородной эхогенности миометрия ( $у 48,6 \pm 6,9\%$ ).

По нашим данным, специфичность ультразвукового исследования в диагностике аденомиоза составила  $0,71$ , чувствительность –  $0,49$ .

В результате гистологического исследования соскобов эндометрия после фракционного кюретажа полости матки железистая и железисто-кистозная гиперплазии эндометрия были верифицированы у  $70,0 \pm 6,2\%$  больных. Полипы эндометрия (железистые, железисто-фиброзные и базальные) гистологически обнаружили у  $25,6 \pm 2,3\%$  пациенток, причем у  $18,1 \pm 1,3\%$  полипы сочетались с диффузной гиперплазией эндометрия. Лейомиома матки была гистологически выявлена у  $10,6 \pm 1,1\%$ , в том числе в сочетании с гиперплазией эндометрия у  $6,9 \pm 0,7\%$ .

В ходе выполнения диагностической гистероскопии различные формы гиперплазии эндометрия были обнаружены у  $66,7 \pm 8,6\%$  пациенток, в том числе у  $36,7 \pm 3,8\%$  – полипы эндометрия. Во всех случаях гистероскопические заключения были подтверждены гистологически. Расхождения клинических и гистологических диагнозов у  $3,1 \pm 0,3\%$  больных не имели принципиального значения и касались гистологической структуры полипов эндометрия (базальный, железисто-фиброзный, железистый).

Интрамурально-субмукозные и субмукозные узлы лейомиомы матки были обнаружены у  $13,3 \pm 1,5\%$  пациенток. В том числе узлы 0 типа у  $2,0 \pm 0,2\%$ , узел 1 типа – у  $1,0 \pm 0,1\%$ , 2 типа – у  $1,0 \pm 0,1\%$ . После гистологического исследования материала у  $1,0 \pm 0,1\%$  пациенток диагноз субмукозной миомы не подтверждён, а гистологически верифицирована подслизистая аденомиома. Внутриматочные синехии I степени выявлены у  $1,0 \pm 0,1\%$  больной.

Признаки аденомиоза были обнаружены у  $6,9 \pm 0,7\%$  пациенток, а именно:

- эндометриодные ходы в виде глазков темно-синюшного цвета или открытые, кровоточащие (визуализация была возможна только на фоне атрофии эндометрия и незначительного кровотечения) – у  $45,5 \pm 5,7\%$  пациенток (чувствительность в диагностике аденомиоза –  $0,53$ ; специфичность –  $0,15$ );

- неровный рельеф стенок полости матки в виде продольных или поперечных хребтов или разволокненных мышечных волокон – у  $81,8 \pm 12,2\%$  пациенток (чувствительность в диагностике аденомиоза –  $0,3$ ; специфичность –  $0,08$ );

- выбухання стенок полости матки различной величины без четких контуров, на поверхности которых могли визуализироваться эндометриоидные ходы, открытые или закрытые – у  $27,3 \pm 4,1\%$  пациенток (чувствительность в диагностике аденомиоза –  $0,13$ ; специфичность –  $0,08$ ).

В целом чувствительность гистероскопии в диагностике аденомиоза составила  $0,4$ , специфичность –  $0,32$ . Анализ полученных данных позволил предположить, что низкая информативность гистероскопии у обследованных нами больных была связана с частым сочетанием аденомиоза и гиперплазии эндометрия, а также с тем, что манипуляции производились на фоне продолжающегося маточного кровотечения. Выполнение гистероскопии после кюретажа полости матки было неинформативным по причине развития выраженного отека и имбибирования кровью базального слоя эндометрия. Совпадение сонографически- и гистероскопически-негативных форм аденомиоза отмечено у  $87,5 \pm 6,5\%$  больных.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре органических причин ургентных негравидарных метроррагий у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста и размерами матки не более 12 недель беременности, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи, аденомиоз встречается у  $58,3 \pm 6,4\%$  обследованных. Значительно больший удельный вес имеют различные гиперпластические процессы эндометрия ( $86,2 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,01$ ). Наименьший удельный вес имеют субмукозная и интрамурально-субмукозная лейомиома матки ( $13,0 \pm 2,6\%$  пациенток,  $p < 0,001$  в сравнении с аденомиозом). Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических мероприятий.

### Порушення менструальної функції у жінок з аденоміозом Б.М. Лисенко

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі органічних причин ургентних негравидарних метроррагій у жінок репродуктивного і перименопаузального віку і розмірами матки не більше 12 тижнів вагітності, госпіталізованих у багатопрофільний стаціонар швидкої допомоги, аденоміоз зустрічається у  $58,3 \pm 6,4\%$  обстежених. Значно більшу питому вагу мають різні гіперпластичні процеси ендометрія ( $86,2 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,01$ ). Найменшу питому вагу мають субмукозна і інтрамурально-субмукозна міома матки ( $13,0 \pm 2,6\%$  пацієнток,  $p < 0,001$  порівняно з аденоміозом). Отримані результати необхідно використати при розробці комплексу діагностичних заходів.

**Ключові слова:** аденоміоз, маткові кровотечі.

### Infringements menstrual functions at women with adenomyose B.M. Lysenko

Results of the spent researches testify, that in structure of the organic reasons urgent non-gravidare metrorragia at women reproductive and perimenopausal age and the sizes of a uterus no more than 12 weeks of pregnancy hospitalised in a versatile hospital of first aid, ade-

nomiyos meets at  $58,3 \pm 6,4\%$  surveyed. Considerably big various hyperplastic processes of endometrium ( $86,2 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,01$ ) have relative density. The least relative density have submucose and intramural-submucose a uterus myoma ( $13,0 \pm 2,6\%$  of patients,  $p < 0,001$  in comparison with adenomyose). The received results are necessary for using by working out of a complex of diagnostic actions.

**Key words:** *adenomyose, uterine bleedings.*

### ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2003. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2007. – 544 с.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судома И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

# Возможности лечения ановуляции и бесплодия у пациенток с функциональной гиперпролактинемией

*О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик*

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Как показали результаты проведенных исследований, функциональная гиперпролактинемия имеет сложный этиопатогенез с вовлечением всех звеньев оси гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников–яичник. У подавляющего большинства больных эти изменения носят скрытый характер и диагностируются лишь на фоне функциональных нагрузок. Высокая частота (97,6%) сопутствующих заболеваний органов малого таза и крайне лабильный характер секреции пролактина указывают на то, что диагноз функциональной гиперпролактинемии как самостоятельной причины заболевания, может быть поставлен только после двух-трехкратного определения уровня пролактина в плазме крови, проведения нагрузочных проб и исключения с помощью эндоскопического обследования других видов сопутствующих заболеваний органов малого таза.

Использование предлагаемой поэтапной методики реабилитации репродуктивной функции позволяет восстановить ее в каждом втором случае. Это дает нам право рекомендовать данную лечебно-диагностическую методику для использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** ановуляция, бесплодие, гиперпролактинемия.

Частота бесплодного брака по данным отечественных и зарубежных исследователей составляет от 10 до 20% [1-3]. В структуре женского бесплодия эндокринные факторы занимают второе место, причем, наиболее частой патологией является гиперпролактинемия, достигающая 40% [1-3]. Как свидетельствуют данные современной литературы в 50-60% случаев причинами стойкого повышения секреции пролактина и нарушения репродуктивной функции, являются пролактинсекретирующие опухоли гипофиза (микро- и макропролактиномы), а так называемая функциональная гиперпролактинемия выявляется у 30% пациенток [1-3].

В результате комплексной поэтапной терапии пациенток с синдромом гиперпролактинемии частота восстановления репродуктивной функции составляет от 20 до 40%, причем наиболее низкая эффективность лечения бесплодия на фоне применения различных агонистов дофамина отмечается именно при функциональном генезе заболевания [1-3]. По-видимому, столь низкая эффективность производных алкалоидов спорыньи у этих больных объясняется отсутствием до настоящего времени представления об истинных причинах бесплодия при функциональной гиперпролактинемии. Особенно, это касается пациенток с регулярным ритмом менструаций и незначительно повышенным уровнем пролактина, не превышаю-

щем 1000 мМе/л, у которых наступление беременности при лечении бромкриптином, отмечается только в единичных случаях [1-3].

В связи с вышеизложенным, представляет значительный интерес изучение этиопатогенеза и особенностей клинической картины заболевания при функциональной или идиопатической гиперпролактинемии, а полученные данные, возможно, позволяют определить наиболее рациональные подходы к лечению данной группы больных.

Все вышеизложенное является достаточным обоснованием актуальности выбранной научной задачи.

**Цель исследования** – снижение частоты нарушений репродуктивной функции у женщин с функциональной гиперпролактинемией на основе изучения клинико-функциональных особенностей и эндокринологического статуса, а также разработки и внедрения патогенетически обоснованной терапии с учетом генеза различных клинических форм заболевания.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Комплексное клинико-гормональное, рентгенологическое, ультразвуковое, эндоскопическое и морфологическое обследование проведено у 125 пациенток (основная группа) репродуктивного возраста, страдающих бесплодием и функциональной гиперпролактинемией. Полученные результаты позволили провести дифференциальный диагноз между органическим и функциональным генезом заболевания, а также изучить функциональное состояние различных звеньев репродуктивной системы и эндокринно-зависимых органов. Контрольную группу составили 50 фертильных женщин аналогичной возрастной группы с неизменной менструально-репродуктивной функцией.

Для оценки клинических методов анализировали данные анамнеза, особенности заболеваемости, профвредности, материально-бытовые условия женщин, тяжелые стрессовые ситуации, особенно в детстве и в период менархе. Кроме того, изучали наследственную и в частности, эндокринную патологию у ближайших родственников по линии матери и отца; особенности становления менструально-репродуктивной функции, причины и характер нарушений менструального цикла, связь с предшествующей терапией и особенно гормональными препаратами.

Для исключения органической патологии гипофиза всем пациенткам основной группы было произведено рентгенологическое исследование и компьютерная томография черепа и турецкого седла. Для оценки состояния молочных желез применяли бесконтрастную маммографию в двух проекциях: прямой и косой. Гистеросальпингографию производили для уточнения состояния полости матки и маточных труб. При обследовании окулистом изучали состояние глазного дна, полей зрения на белую и цветную метки с целью исключения супраселлярного роста опухоли гипофиза. Ультразвуковое исследование применяли для оценки состояния органов малого таза на установке фирмы «Toshiba» (Япония) в сагитальной и поперечной плоскостях. Лапароскопия и гистероскопия (по показаниям) были выполнены в основной группе с помощью аппаратуры фирмы «Karl Storz» (Германия) по общепринятой методике. По показаниям, при лапароскопии производили: биопсию и клиновидную резекцию яичников, эндокоагуляцию эндометриондных гетерото-

пий, разъединение спаек, удаление кист яичников и консервативную миомэктомию. В зависимости от данных гистероскопии, проводили диагностическое выскабливание или биопсию эндометрия. Морфологическому исследованию подвергали соскобы эндометрия, биоптаты яичников, капсулы кист и миоматозные узлы.

В комплекс используемой лечебно-профилактических мероприятий были включены следующие моменты:

- лечение препаратов парлодел (фирма «Sandoz», Швейцария) проводили в непрерывном режиме в течение 1–8 мес при начальной дозировке 1/4–1/2 таблетки в сутки. Максимальная доза составляла 5 мг. Увеличение дозы препарата зависело от уровня снижения Прл;

- лечение кломифеном проводилось по общепринятой методике при наличии поликистоза яичников, при нормализации уровня Прл и отсутствии овуляции;

- при выявлении гирсутизма и гиперандрогении проводили лечение дексаметазоном в дозе 0,25 мг в сутки в течение 6 мес с/без кломифена.

С учетом данных лапароскопического обследования и после микрохирургической коррекции выявленных патологических изменений органов малого таза начинали поэтапную дифференцированную терапию: пациенткам с наружным генитальным эндометриозом и миомой матки – препарат «Бусерелин» (Россия) в суточной дозе 900 мг в течение 6 циклов в непрерывном режиме. Пациенткам с постовспалительными изменениями органов малого таза – противовоспалительное и физиотерапевтическое лечение; пациенткам с поликистозом яичников, ранее безуспешное пролеченных парлоделом – клиновидная резекция яичников с последующей терапией парлоделом или парлоделом в сочетании с кломифеном по описанной выше схеме.

Особое внимание в наших исследованиях мы уделили новому препарату «Бусерелину» так как его активное вещество – синтетический аналог гонадотропин-рилизинг гормона включено в микросферы, а его постепенное высвобождение с их поверхности обеспечивает постоянную концентрацию препарата в крови в течение 28 дней. Кроме того, к позитивным свойствам данного препарата относятся отсутствие андрогенного эффекта, метаболических нарушений липидного и углеводного обменов и тромбозомболических осложнений.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для больных с бесплодием и функциональной гиперпролактинемией характерна высокая частота (97,6%) сопутствующих заболеваний органов малого таза при среднем уровне пролактина, не превышающего 2500 мМЕ/л. Частота регулярного ритма менструаций составляет 66,4% и олигоменореи – 33,6%.

Ведущими причинами бесплодия у женщин с функциональной гиперпролактинемии являются наружный генитальный эндометриоз (40,8%); воспалительные заболевания органов малого таза (21,6%) и полипы эндометрия на фоне секреторной трансформации слизистой эндометрия (9,6%) и хронические эндометриты (7,2%).

Диагностика функциональной гиперпролактинемии, как самостоятельного эндокринного заболевания, проводится при стабильном повышении базального уровня пролактина и положительной пробе с метоклопрамидом, после исключения органического поражения гипофиза по данным рентгенологических методов ис-

следования и сопутствующих заболеваний органов малого таза при эндоскопическом обследовании.

У пациенток с бесплодием и функциональной гиперпролактинемией нарушение секреции пролактина носит транзиторный характер в 59,2% случаев, при этом характерна высокая частота органической патологии органов малого таза (100%) на фоне регулярного ритма менструальной функции (73,3%). Устойчивая гиперпролактинемия диагностируется в 40,8% наблюдений при которой ведущим фактором бесплодия является эндокринная патология (73,8%), сопровождающаяся нарушением менструальной функции (45,1%).

Галакторея выявляется у 78,5% пациенток с функциональной гиперпролактинемией, причем частота ее не коррелирует ни с характером менструального цикла ни со степенью гиперпролактинемии. Гиперпластические процессы в молочных железах (64,8%) наиболее характерны для пациенток с транзиторной гиперпролактинемией и коррелируют с уровнем эстрогенной насыщенности организма.

Терапия бесплодия при функциональной гиперпролактинемии начинается с лечения органической патологии органов малого таза, а назначение парлодела целесообразно при сохранении устойчивого повышения уровня пролактина.

Использование предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий у пациенток с функциональной гиперпролактинемией позволяет восстановить репродуктивную функцию женщины в 47,2% случаев.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, функциональная гиперпролактинемия имеет сложный этиопатогенез с вовлечением всех звеньев оси гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников–яичник. У подавляющего большинства больных эти изменения носят скрытый характер и диагностируются лишь на фоне функциональных нагрузок. Высокая частота (97,6%) сопутствующих заболеваний органов малого таза и крайне лабильный характер секреции пролактина указывают на то, что диагноз функциональной гиперпролактинемии как самостоятельной причины заболевания, может быть поставлен только после двух-трехкратного определения уровня пролактина в плазме крови, проведения нагрузочных проб и исключения с помощью эндоскопического обследования других видов сопутствующих заболеваний органов малого таза.

Использование предлагаемой поэтапной методики реабилитации репродуктивной функции позволяет восстановить ее в каждом втором случае. Это дает нам право рекомендовать данную лечебно-диагностическую методику для использования в практическом здравоохранении.

### **Можливості лікування ановуляції і безпліддя у пацієнок з функціональною гіперпролактинемією О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик**

Як показали результати проведених досліджень, функціональна гіперпролактинемія має складний етіопатогенез із залученням усіх ланок осі гіпоталамус–гіпофіз–кора надниркових залоз–яичник. У переважній більшості хворих ці зміни носять прихований ха-



ракти і діагностуються лише на тлі функціональних навантажень. Висока частота (97,6%) супутніх захворювань органів малого тазу і край лабільний характер секреції пролактину вказують на те, що діагноз функціональної гіперпролактинемії як самостійної причини захворювання, може бути поставлений тільки після двох-триразового визначення рівня пролактину в плазмі крові, проведення проб навантажень і виключення за допомогою ендоскопічного обстеження інших видів супутніх захворювань органів малого тазу.

Використання запропонованої поетапної методики реабілітації репродуктивної функції дозволяє відновити її в кожному другому випадку. Це надає нам право рекомендувати цю лікувально-діагностичну методику для використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** ановуляція, безпліддя, гіперпролактинемія.

### **Treatment possibility anovulation and barrenesses at patients with functional hyperprolactinaemia** **O.V. Gorbunova, N.A. Marjanchik**

As parameters results of the lead researches, functional hyperprolactinaemia has complex etiopathogenesis with involving all parts of an axis hypothalamus–hypofise–adrenal glands–ovarium. At the overwhelming majority of patients these changes have the latent character and diagnose only on a background of functional loadings. High frequency (97,6%) diseases of bodies of a small basin and the extremely labile character of secretion prolactinum specify that the diagnosis functional hyperprolactinaemia as the independent reason of disease, can be put only after two-triple definition of a level prolactinum in plasma of blood, carrying out of loading tests and exceptions with the help endoscopic inspections of other kinds of accompanying diseases of bodies of a small basin.

Use offered a stage-by-stage technique of rehabilitation of reproductive function allows to restore it in each second case. It gives us is right to recommend the given medical – diagnostic technique for use in practical public health services.

**Key words:** anovulation, barrenesses, hyperprolactinaemia.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гатаулина Р.Г., Корнеева И.Е. Восстановление менструально-репродуктивной функции под действием различных агонистов допамина // Новое в акушерстве и перинатологии: сб. науч. тр. – Кишинев, 1999. – С. 6–8.
2. Корнеева И.Е., Овсянникова Т.В., Пшеничникова Т.Я. Клинико-диагностические параметры и отдаленные результаты лечения бесплодия при гиперпролактинемии // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 10. – С. 46–50.
3. Овсянникова Т.В., Ухолова Л.А., Осенин А.А. Эндокринное бесплодие и здоровье потомства // Бесплодный брак: сб. науч. тр. – М., 1998. – С. 147–153.

# Патология пубертатного периода у девочек, родившихся с задержкой развития

*О.В. Наустинная*

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

---

Как показали результаты проведенных исследований, проблема патологии пубертатного периода у девочек, родившихся на фоне задержки внутриутробного развития плода, имеет важное медико-социальное значение, особенно в плане сложности происходящих патогенетических нарушений на уровне эндокринной, иммунной систем в сочетании с микробиологическим и вирусологическими изменениями.

Разработанный комплексный подход на основе использования новой прогностической методики и поэтапной системной и местной коррекции возникающих нарушений позволяет улучшить клиническое течение пубертатного периода, снизить частоту патологических изменений и подготовить репродуктивную систему девочек к будущему материнству. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать разработанные методики для широкого использования в практическом здравоохранении.

*Ключевые слова:* пубертатный период, патология, задержка внутриутробного развития.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек является основной нормальной демографической ситуацией в стране. В последние годы развитие детской и подростковой гинекологии имеет очень важное значение, так как именно в пубертатном периоде закладывается основа возможной гинекологической и соматической заболеваемости [2, 3].

Среди различных проблем современного акушерства задержка внутриутробного развития плода является одной из наиболее актуальных. Это обусловлено ростом экстрагенитальной патологии, неблагоприятным влиянием экологических факторов, увеличением частоты интраамниального инфицирования и др. [4–6]. Рождение детей с низкой массой тела часто сопровождается гипоксическими поражениями, отклонениями в постнатальной адаптации, нарушениями защитно-приспособительных механизмов и др. [1, 3]. По мнению ряда специалистов [3, 6] в своем последующем развитии такие дети предрасположены к эндокринопатиям, иммунодефицитным состояниям, отклонениям в нервно-психическом статусе и пр.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе [1, 3] все чаще встает вопрос о наличии взаимосвязи между развитием акушерской патологии у матери и состоянием репродуктивного здоровья девочек и девушек. В тоже время в современной литературе имеются лишь единичные публикации [1] о физическом

и половом развитии девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития плода. Хотя здесь можно предположить о выявлении определенных закономерностей, которые позволят расширить имеющиеся данные о патогенезе патологии пубертатного периода и научно обосновать необходимость изменения алгоритма ведения таких девочек.

Все вышеизложенное явилось для нас основанием к проведению настоящего научного исследования.

**Цель исследования** – снижение частоты и степени выраженности патологии пубертатного периода у девочек, родившихся с задержкой внутриутробного развития на основе изучения новых аспектов патогенеза патологии пубертатного периода, а также разработки и внедрения алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 300 девочек пубертатного периода, которые были разделены на три группы:

контрольная группа – 100 соматически и гинекологически здоровых девочек, которые родились через естественные родовые пути от матерей без акушерской и экстрагенитальной патологии;

I группа – 100 девочек, которые родились от матерей с фетоплацентарной недостаточностью и получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;

II группа – 100 девочек, которые родились от матерей с фетоплацентарной недостаточностью и получали разработанные лечебно-профилактические мероприятия.

На первом этапе проведенных исследований (возраст девочек до 12 лет) были изучены сравнительные аспекты клинического течения раннего пубертатного периода и основные функциональные и лабораторные показатели. На втором этапе (возраст от 12 до 14 лет) была дана оценка по тем же критериям эффективности общепринятых и предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали следующие моменты: витаминотерапия (Е, С, фолиевая кислота); физиотерапия (эндоназальный электрофорез) и биостимуляторы (алоэ, стекловидное тело, гумизоль) [3].

Дифференцированный подход к коррекции патологии репродуктивной системы состоит из следующих аспектов:

1. При варианте плацентарной недостаточности гипоксического генеза использовали:

- коэнзим – 1 ампула 2 раза в неделю первые 5 нед, а затем 1 раз в неделю с 6-й по 10-ю неделю;

- траумель – 1 таблетка 3 раза в день в течение 1 мес;

- лимфомиазот – 10–20 капель 3 раза в день в течение 1 мес;

- галиум – по 10 капель 3 раза в день в течение 1 мес.

2. При варианте плацентарной недостаточности на фоне интраамниального инфицирования:

- энгистол – 1 таблетка 3 раза в день в течение 1 мес;

- грипп – нозод 1 ампула 1 раз в неделю на курс 10 нед;
- лимфомиазот – 10–20 капель 3 раза в день в течение 1 мес;
- галнум – по 10 капель 3 раза в день в течение 1 мес.

3. При сочетанном варианте плацентарной недостаточности (сочетание интраамниального инфицирования и гипоксического компонента) использовали:

- лимфомиазот – 10–20 капель 3 раза в день в течение 1 мес;
- галнум – по 10 капель 3 раза в день в течение 1 мес
- коэнзим – 1 ампула 2 раза в неделю первые 5 нед, а затем 1 раз в неделю с 6-й по 10-ю неделю;
- траумель – 1 таблетка 3 раза в день в течение 1 мес.
- энгистол – 1 таблетка 3 раза в день в течение 1 мес;
- грипп – нозод 1 ампула внутримышечно 1 раз в неделю на курс 10 нед.

4. При наличии сопутствующей соматической заболеваемости дополнительно к вышеописанным моментам использовали:

- гепар-композитум – 1 ампула 1 раз в неделю на курс 5 ампул (при заболеваниях печени);
- хепель – 1 таблетка 3 раза в день в течение 1 мес до еды (при патологии желчного пузыря);
- тиреоида композитум – 1 ампула 1 раз в неделю на курс 5 ампул (при тиреоидной патологии).

Начало проведения предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий было в возрасте 12–12,5 года, что соответствует началу менструальной функции по Киевскому региону, и продолжалось на протяжении 3–6 мес.

Мы выбрали для коррекции нарушений репродуктивной системы у девочек, рожденных от матерей с плацентарной недостаточностью, препарат фирмы «Heel» (Германия) в связи с тем, что он является комплексным гомеопатическим препаратом, имеющим широкий спектр действия по отношению к различным звеньям эндокринной и иммунной систем. Препарат не имеет побочных и аллергических эффектов, хорошо переносится пациентами.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, эндокринологические, иммунологические, микробиологические и статистические методы исследования.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что девочки, рожденные от матерей с плацентарной недостаточностью, на протяжении первого года жизни отстают в физическом и умственном развитии: на 2–3 мес позже начинают держать головку лежа и в вертикальном положении, сидеть, ползать, стоять, ходить и произносить первые слова. Кроме того, они составляют группу высокого риска, что подтверждается в 12 лет нарушениями антропометрических параметров (снижение веса, окружности грудной клетки и бедер, основных размеров таза); недостаточным оволосением подмышечной и паховой областей и высоким уровнем соматической заболеваемости (респираторная вирусная инфекция – 72,0%; ЛОР-патология – 60,0%; заболевания легких – 58,0%; аллергические состояния – 32,0%; неврологическая патология – 28,0% и дисбактериоз – 25,0%).

Основными неврологическими нарушениями у девочек, рожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью, являются миотонический синдром (11,0%); гипоталамический синдром (10,0%); синдром рассеянной микросимптоматики (10,0%); синдром вегетативной дистонии (9,0%) и гипертензивный синдром (7,0%). Результаты психологического обследования пациенток свидетельствуют о значительной частоте сниженного (23,0%) и пограничного уровня (11,0%) по сравнению со средним уровнем (76,0%) психоэмоционального состояния.

Становление менструальной функции девочек с задержкой внутриутробного развития характеризуется отсроченным началом (на 0,9 года); низким уровнем одновременного установления цикла (47,0%); высокой частотой болевого синдрома и продолжительности, а также большим количеством теряемой крови. Весьма показательным является тот факт, что частота патологии пубертатного периода у девочек этой группы составляет в 14 лет – 33,0% и в 16 – 42,0%, а уровень различных сочетанных форм возрастает – с 12,0% в 14 лет до 14,0% – в 16 лет. По основным нозологическим формам преобладают нарушения менструального цикла (14 лет – 18,0% и 16 – 22,0%); воспалительные заболевания половых органов (14 лет – 12,0% и 16 – 15,0%); патология грудных желез (14 лет – 10,0% и 16 – 12,0%) и гипоталамический синдром (14 лет – 5,0% и 16 – 7,0%).

В структуре различных нарушений менструального цикла преобладают гипоменструальный синдром (14 лет – 27,8% и 16 – 27,3%) и альгодисменорея (14 лет – 27,8% и 16 – 27,3%) по сравнению с ювенильными маточными кровотечениями (14 лет – 27,8% и 16 – 22,7%) и аменореей первичного и вторичного характера (14 лет – 16,6% и 16 – 22,7%). В структуре воспалительных заболеваний половых органов чаще других встречается вульвовагинит (14 лет – 50,0% и 16 – 46,7%) и реже: сальпингоофорит (14 лет – 25,0% и 16 – 33,3%); эндометрит (14 лет – 16,7% и 16 – 13,3%) и пельвиоперитонит (14 лет – 8,3% и 16 – 16,7%). В структуре основных патологических изменений со стороны грудных желез все варианты были распределены равномерно по нозологическим формам и возрастным аспектам: гипоплазия (14 лет – 40,0% и 16 – 33,3%); гиперплазия (14 лет – 30,0% и 16 – 33,3%) и мастопатия (14 лет – 30,0% и 16 – 33,3%).

Эхографические изменения со стороны органов малого таза, грудных и щитовидной желез у девочек с задержкой внутриутробного развития характеризуются существенным уровнем увеличенных (17,0%) и уменьшенных (14,0%) размеров матки и яичников (увеличенные – 15,0% и уменьшенные – 13,0%); множественных фолликулов (37,0%) и функциональных кист (8,0%). Увеличенные размеры грудных желез встречаются в 8,0% и щитовидной – в 15,0% случаев; уменьшенные – соответственно в 6,0% (грудные железы) и 4,0% (щитовидная железа).

Нарушения эндокринологического статуса у девочек, рожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью, характеризуются суммарной частотой дисгормональных нарушений у 36,0% пациенток в 14 лет (гиперпролактинемия – 11,0%; гиперэстрогения – 9,0%; гипоэстрогения – 8,0% и гиперандрогения – 8,0%) и у 46,0% – в 16 лет (гиперпролактинемия – 14,0%; гиперэстрогения – 12,0%; гипоэстрогения – 10,0% и гиперандрогения – 10,0%). Нарушения тиреоидного статуса наблюдаются в 14 лет – в 10,0% и в 16 – в 15,0%; повышенный уровень антителообразования к тканям щитовидной железы в составляет

28,0% в 14 лет (к ТПО – 12,0% и к ТГ – 16,0%) и 34,0% – в 16 лет (к ТПО – 14,0% и к ТГ – 20,0%).

Изменения системного иммунитета у девочек с задержкой внутриутробного развития в 14 лет в I фазу менструального цикла заключаются в достоверном снижении числа CD4+ ( $p<0,05$ ) на фоне одновременного роста числа CD8+ ( $p<0,05$ ); в лютеиновую фазу помимо перечисленных изменений имеет место достоверное снижение числа CD3+ ( $p<0,05$ ); CD16+ ( $p<0,05$ ) и CD20+ ( $p<0,05$ ) при одновременном росте количества CD23+ ( $p<0,05$ ). В 16 лет в I фазу менструального цикла помимо достоверного снижения числа CD4+ ( $p<0,05$ ) и увеличения количества CD8+ ( $p<0,05$ ) имеет место дополнительное уменьшение числа CD16+ (Т-киллеры) ( $p<0,05$ ); во II фазу менструального цикла нарушения системного иммунитета характеризовались более высокими цифрами CD23+ (активные В-лимфоциты) ( $p<0,01$ ).

Состояние микробиоценоза половых путей у девочек, рожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью характеризуется в 14 и в 16 лет снижением числа лактобацилл, бифидобактерий и молочнокислых стрептококков на фоне одновременного роста числа штаммов стафилококков и появлением штаммов эшерихий; протей; грибов рода *Candida*; микоплазм и уреплазм. Результаты вирусологического обследования этой группы свидетельствуют о высокой частоте диагностирования вирусной инфекции в моче – 22,0% (герпес – 12,0% и цитомегаловирус – 10,0%); в слюне – 26,0% (герпес – 15,0% и цитомегаловирус – 11,0%) и во влагалищных смывах – в 42,0% (герпес – 25,0% и цитомегаловирус – 17,0%). Антитела к IgG имеют место в 45,0% (герпес – 25,0% и цитомегаловирус – 20,0%), а к IgM – гораздо реже – 11,0% (герпес – 5,0% и цитомегаловирус – 6,0%). Частота диагностирования 2 возбудителей составляет 49,0% с преобладанием штаммов стафилококка и герпетической инфекции, 3 – 37,0% с преимущественным наличием герпес + микоплазма + уреплазма (10,0%).

Наиболее информативными факторами риска при прогнозировании патологии пубертатного периода у девочек, рожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью, являются: фетоплацентарная недостаточность у матери смешанного генеза; асфиксия тяжелой степени; родовая травма; постгипоксическая энцефалопатия; геморрагический синдром в ранний неонатальный период; гипербилирубинемия в ранний неонатальный период; изменения размеров матки и яичников в 12 лет и гиперпролактинемия в 12 лет.

Использование предлагаемых прогностических и лечебно-профилактических мероприятий у девочек с задержкой внутриутробного развития позволяет в 14 лет снизить как суммарную частоту патологии пубертатного периода (с 33,0% до 17,0%), в том числе и различных сочетанных форм (с 22,0% и 11–12,0%). Также, происходит уменьшение уровня нарушений менструального цикла (с 18,0% до 7,0%); воспалительных заболеваний (с 12,0% до 7,0%) и патологических изменений грудных желез (с 10,0% до 2,0%). В 16 лет имеет место более выраженное снижение не только по суммарной частоте (с 42,0% до 10,0%), но и сочетанным формам (с 14,0% до 4,0%), а также уменьшение уровня нарушений менструального цикла (с 22,0% до 4,0%); воспалительных заболеваний половых органов (с 15,0% до 5,0%); патологических изменений грудных желез (с 12,0% до 2,0%) и гипоталамического синдрома (с 7,0% до 3,0%).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, проблема патологии пубертатного периода у девочек, родившихся на фоне задержки внутриутробного развития плода, имеет важное медико-социальное значение, особенно в плане сложности происходящих патогенетических нарушений на уровне эндокринной, иммунной систем в сочетании с микробиологическим и вирусологическими изменениями.

Разработанный комплексный подход на основе использования новой прогностической методики и поэтапной системной и местной коррекции возникающих нарушений позволяет улучшить клиническое течение пубертатного периода, снизить частоту патологических изменений и подготовить репродуктивную систему девочек к будущему материнству. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать разработанные методики для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Патологія пубертатного періоду у дівчаток, що народилися із затримкою розвитку

**О.В. Наустинна**

Як показали результати проведених досліджень, проблема патології пубертатного періоду у дівчаток, що народилися на тлі затримки внутрішньоутробного розвитку плоду, має дуже важливе медико-соціальне значення, особливо в плані складності що відбуваються патогенетичних порушень на рівні ендокринної, імунної систем у поєднанні з мікробіологічним і вірусологічними змінами.

Розроблений комплексний підхід на основі використання новій прогностичній методиці і поетапній системній і місцевій корекції виникаючих порушень дозволяє поліпшити клінічний перебіг пубертатного періоду, понизити частоту патологічних змін і підготувати репродуктивну систему дівчаток до майбутнього материнства. Отримані результати дозволяють нами рекомендувати розроблені методики для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** пубертатний період, патологія, затримка внутрішньоутробного розвитку.

### Pathology pubertate the period at the girls who have been born with a delay of intra-uterine development

**O.V. Naustyinnay**

As results of the lead researches, a problem of a pathology pubertate the period at the girls who have been born on a background of a delay of intra-uterine development of a fruit have shown, has rather important medical-social value, is especial by way of complexity occurring pathogenetical infringements at a level endocrinological, immune systems in a combination with microbiological and virologic changes. The developed complex approach on the basis of use new prognostical to a technique and stage-by-stage system and local correction of arising infringements allows to improve clinical current pubertate the period, to lower frequency of pathological changes and to prepare reproductive system of girls for the future motherhood. The received results allow to recommend us the developed techniques for wide use in practical public health services.

**Key words:** pubertate the period, a pathology, a delay of intra-uterine development.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Палагусенец А.Ю., Данкович Н.О. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток, які народилися з крупною масою тіла // Науковий вісник Ужгородського ун-та серія «Медицина». – 2001. – Вип. 13. – С. 170–172.
2. Вовк І.Б., Крупко-Большова Ю.О., Ромащенко О.В. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1994. – № 4. – С. 36–38.
3. Гуркин Ю.А., Соломкина Н.Ю., Кропотин П.Н. Перспективы реабилитации в детской гинекологии // Пути развития современной гинекологии. – М., 1995. – С. 94–98.
4. Данкович Н.О., Палагусинец А.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 80–81.
5. Ромащенко О.В. Запальні захворювання органів малого тазу у юних жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 1. – С. 113–117.
6. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 1997. – № 4. – С. 53–55.



# Современные аспекты патогенеза предменструального синдрома

Л. В. Пахаренко

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре предменструального синдрома преобладает нейропсихическая форма (52,0%), менее распространена отечная форма (34,0%), наиболее редко встречающейся является цефалгическая форма заболевания (14,0%). Содержание эстрадиола и прогестерона в лютеинную фазу менструального цикла в крови больных предменструальным синдромом достоверно выше, чем у здоровых женщин. Уровень прогестерона в крови женщин с предменструальным синдромом коррелирует с тяжестью заболевания. Наиболее высокие значения прогестерона имеются при цефалгической, наиболее низкие – при нейропсихической форме заболевания. Содержание пролактина и андрогенов в крови больных предменструальным синдромом не отличается от данных показателей у здоровых женщин. Содержание серотонина в крови женщин с нейропсихической формой предменструального синдрома находится в обратной зависимости от степени тяжести заболевания. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с предменструальным синдромом.

*Ключевые слова:* предменструальный синдром, гормоны, патогенез.

Предменструальный синдром (ПМС) – симптомокомплекс, возникающий в дни, предшествующие менструации, и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. По данным ряда авторов [1–3], тяжелые формы ПМС встречаются у 3–8% женщин репродуктивного возраста. Более легкие проявления предменструального синдрома наблюдаются у 95% женщин.

Не существует единого представления о механизме возникновения ПМС. Наиболее распространенным является предположение о гормональных нарушениях перед менструацией. Еще в 1931 году Frank R.T. высказал гипотезу о том, что ПМС развивается на фоне относительной или абсолютной гиперэстрогемии и дефицита прогестерона. Другие исследователи находят повышенное содержание прогестерона в крови больных ПМС перед менструацией [1–3]. Распространено представление о том, что в основе развития данного заболевания лежит нарушение соотношения между содержанием эстрогенов и прогестерона в крови [1–3]. При этом эстрогены вызывают задержку натрия и жидкости в межклеточном пространстве, что приводит к появлению таких симптомов как отечность, набухание и болезненность молочных желез, метеоризм, головная боль и другие.

Итак, несмотря на очевидную связь возникновения ПМС с циклической деятельностью яичников, до настоящего времени не изучена гормональная и овуля-

торная функция яичников у женщин с ПМС и конкретная роль эстрогенов, прогестерона и пролактина в патогенезе этого заболевания.

**Цель работы** состоит в изучении роли различных гормонов в патогенезе предменструального синдрома.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для решения поставленных задач проведено обследование 100 женщин репродуктивного возраста с жалобами на наличие соматических и/или психоэмоциональных симптомов, возникающих перед менструацией. Группу контроля составили 15 женщин репродуктивного возраста с отсутствием клинических проявлений ПМС.

*Критерии включения в исследование:*

1. Возраст женщин от 18 до 45 лет.
2. Регулярный менструальный цикл.
3. Наличие пяти и более из следующих симптомов при обязательном проявлении одного из первых четырех:

- эмоциональная лабильность;
- маниакально-депрессивные проявления;
- чувство тревоги и напряжения;
- ухудшение настроения, чувство безысходности;
- снижение интереса к обычному укладу жизни;
- быстрая утомляемость, слабость;
- невозможность концентрации внимания;
- изменения аппетита, склонность к булимии;
- сонливость или бессонница;
- нагрубание и болезненность молочных желез, головные боли, отеки, прибавка в весе, боли в мышцах, суставах;
- отсутствие беременности.

4. Индекс массы тела не более 30 кг/м<sup>2</sup>.

*Критерии исключения:*

1. Использование оральных контрацептивов в течение последних двух месяцев и инъекционных контрацептивов в течение последних 6 месяцев.

2. Сахарный диабет.
3. Курение.
4. Артериальное давление более 140/90 мм рт.ст.
5. Диагностированное заболевание щитовидной железы.
6. Коагулопатии.
7. Тромбоз и тромбоэмболия в анамнезе.
8. Тяжелые заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы.
9. Психические заболевания.
10. Кровотечение из половых путей неясной этиологии.
11. Эстрогензависимые опухоли.
12. Злокачественные новообразования в настоящее время или в анамнезе.
13. Прием диуретиков в настоящее время.
14. Прием психотропных препаратов.
15. Планирование беременности.

Всем больным проводились ультразвуковое исследование органов малого таза, ультразвуковое исследование молочных желез на 5–10-й и 20–25-й день менструального цикла, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, глюкоза), коагулограмма (тромбиновое время, активированное парциальное тромбoplastиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген), онкоцитологическое исследование, измерение артериального давления.

В исследование были включены 100 женщин, которые соответствовали критериям включения и исключения. Данные опроса и физикального обследования заносились в разработанную анкету, включающую следующие показатели: жалобы больной (симптомы, испытываемые женщиной перед менструацией), возраст появления симптомов, возможное их прогрессирование, методы предшествующей терапии заболевания и их эффективность. Кроме того, при опросе проводилось активное выявление того или иного симптома заболевания.

К параметрам объективного обследования относились измерение роста и веса, вычисление индекса массы тела (ИМТ), осмотр кожных покровов и видимых слизистых, оценка характера оволосения, пальпаторное исследование молочных желез, щитовидной железы, гинекологическое обследование.

Группу контроля составили 15 женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом, не предъявлявших жалобы на возникновение соматических или психоэмоциональных симптомов перед менструацией. Возраст обследованных женщин варьировал от 19 лет до 41 года и в среднем составил  $30,3 \pm 2,1$  года. Индекс массы тела находился в пределах  $18,5 - 30 \text{ кг/м}^2$  ( $25,3 \pm 0,7$ ). Средний возраст менархе у здоровых женщин составил  $13,6 \pm 0,4$  года. Продолжительность менструального цикла колебалась от 27 до 30 дней, в среднем –  $29 \pm 0,2$  дня.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нейропсихическая форма предменструального синдрома имела у 52,0%, отечная форма – у 34,0%, реже встречалась цефалгическая форма предменструального синдрома (14,0% больных). В группе женщин, вошедших в данное исследование, не было ни одного случая кризового варианта течения ПМС.

У более молодых женщин чаще наблюдалась нейропсихическая форма ПМС. Средний возраст больных в этой группе составил  $27,8 \pm 1,0$  года, тогда как средний возраст больных отечной формой был равен  $30,1 \pm 1,2$  года, цефалгической формой –  $33,0 \pm 1,8$  года ( $p < 0,05$ ).

К предрасполагающим факторам развития заболевания наиболее часто относились наследственность (63,0%), высокий инфекционный индекс (пять и более инфекционных заболеваний за год) в пубертатном периоде (68,0%), неблагоприятный психологический микроклимат в семье (44,0%). 85,0% больных имели сопутствующие гинекологические заболевания, 24,0% женщин в прошлом имели искусственные аборты. Умственный характер труда имели 81,0% больных ПМС.

Наиболее распространенными симптомами заболевания явились депрессия (92,0%), агрессивность (88,0%), нагрубание молочных желез (75,0%), изменения аппетита (72,0%), отечность (69,0%). Выраженность тревожных и депрессивных расстройств достоверно повышалась к 25 дню менструального цикла.

В крови больных ПМС было выявлено статистически значимое увеличение содержания эстрадиола ( $p < 0,01$ ) и прогестерона ( $p < 0,001$ ) по сравнению с этими показателями у женщин без проявлений данного заболевания. Достоверных различий в содержании гонадотропинов, андрогенов и пролактина выявлено не было.

Содержание эстрадиола и прогестерона в крови достоверно коррелировало со степенью тяжести нейропсихической формы ПМС, минимальные значения были выявлены при легкой степени тяжести, максимальные – при наиболее тяжелом варианте течения данной формы заболевания. Содержание пролактина в крови женщин с нейропсихической формой заболевания было достоверно выше при средней степени тяжести, в то время как содержание пролактина при легкой и тяжелой степени ПМС оказалось практически одинаковым.

По данным гормонального обследования больных отечной формой ПМС, содержание прогестерона в крови несколько возросло при увеличении степени тяжести заболевания, минимальные значения были выявлены при легкой степени тяжести, максимальные – при наиболее тяжелом варианте течения данной формы заболевания. Содержание эстрадиола оказалось максимальным при средней степени тяжести заболевания, однако отличие не было статистически достоверным. Содержание в крови гонадотропинов, пролактина, свободного тестостерона и дегидроэпиандростерона-сульфата не зависело от степени тяжести заболевания.

По данным гормонального обследования больных цефалгической формой ПМС, содержание прогестерона в крови достоверно увеличивалось при возрастании степени тяжести заболевания, минимальные значения были выявлены при легкой степени тяжести, максимальные – при наиболее тяжелом варианте течения данной формы заболевания. Содержание эстрадиола и пролактина оказались максимальными при легкой степени тяжести заболевания, однако данные отличия были статистически недостоверными. Содержание в крови гонадотропинов, свободного тестостерона и дегидроэпиандростерона-сульфата не зависело от степени тяжести заболевания.

Наиболее низкий уровень прогестерона в крови был выявлен у женщин с нейропсихической формой заболевания, наиболее высокое содержание этого гормона в крови оказалось в группе женщин с цефалгической формой ПМС.

Имело место достоверное повышение содержания прогестерона в крови с увеличением степени тяжести заболевания. Выявлено также некоторое возрастание содержания эстрадиола при утяжелении ПМС. Содержание гонадотропинов, пролактина и андрогенов в крови не зависело от степени тяжести ПМС.

Содержание серотонина в крови больных нейропсихической формой ПМС ( $0,37 \pm 0,05$  мкмоль/л) было достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), чем в крови здоровых женщин ( $0,87 \pm 0,17$  мкмоль/л). Уровень серотонина в крови находится в обратной зависимости от степени выраженности заболевания. При легкой степени нейропсихической формы содержание серотонина в крови составило  $0,49 \pm 0,07$  мкмоль/л. У больных средней степенью данный показатель был равен  $0,40 \pm 0,10$  мкмоль/л. При тяжелом варианте течения содержание серотонина в крови больных в среднем оказалось равным  $0,26 \pm 0,04$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ).

При проведении ультразвукового исследования молочных желез было показано, что женщины, испытывающие нагрубание и болезненность молочных желез перед менструацией, не имеют структурных изменений в молочных железах. Толщи-

на фіброгландулярної зони оказалась несколько выше, чем у здоровых женщин, но ниже, чем у больных фиброзно-кистозной болезнью молочных желез.

Показатели доплерометрического исследования также оказались несколько выше, чем в группе контроля, но не выходили за рамки нормальных значений. Выраженность масталгии, по данным визуально-аналоговых шкал, оказалась прямо пропорциональна продолжительности заболевания.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре предменструального синдрома преобладает нейропсихическая форма (52,0%), менее распространена отечная форма (34,0%), наиболее редко встречающейся является цефалгическая форма заболевания (14,0%). Содержание эстрадиола и прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла в крови больных предменструальным синдромом достоверно выше, чем у здоровых женщин. Уровень прогестерона в крови женщин с предменструальным синдромом коррелирует с тяжестью заболевания. Наиболее высокие значения прогестерона имеются при цефалгической, наиболее низкие – при нейропсихической форме заболевания. Содержание пролактина и андрогенов в крови больных предменструальным синдромом не отличается от данных показателей у здоровых женщин. Содержание серотонина в крови женщин с нейропсихической формой предменструального синдрома находится в обратной зависимости от степени тяжести заболевания. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с предменструальным синдромом.

### Сучасні аспекти патогенезу передменструального синдрому

*Л.В. Пахаренко*

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі передменструального синдрому переважає нейропсихічна форма (52,0%), менш поширена набрякла форма (34,0%), найрідше зустрічається є цефалгічна форма захворювання (14,0%). Вміст естрадіолу і прогестерону в лютеїнову фазу менструального циклу в крові хворих передменструальним синдромом достовірно вище, ніж у здорових жінок. Рівень прогестерону в крові жінок з передменструальним синдромом корелює з тяжкістю захворювання. Найбільш високі значення прогестерону є при цефалгічній, найбільш низькі, – при нейропсихічній формі захворювання. Вміст пролактину і андрогенів в крові хворих передменструальним синдромом не відрізняється від цих показників у здорових жінок. Вміст серотоніну в крові жінок з нейропсихічною формою передменструального синдрому знаходиться в зворотній залежності від ступеня тяжкості захворювання. Отримані результати необхідно використати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнок з передменструальним синдромом.

**Ключові слова:** *передменструальний синдром, гормони, патогенез.*

### Modern aspects in patogenesis of premenstrual syndrome

*L. V. Paharenko*

Results of the spent researches testify, that in structure premenstrual syndrome the form (52,0%) prevails neuropsychical form (34,0%) is less extended hypostases, most seldom the disease form (14,0%) is meeting cephalgical. The maintenance estradiol and a progesterone in

luteine phase of menstrual cycle in blood sick premenstrual syndrome authentically above, than at healthy women. Progesterone level in blood of women with premenstrual syndrome correlates with weight of disease. The highest values of a progesterone are available at cephalgical, the lowest – at neuropsychical to the disease form. The maintenance prolactinum and androgenes blood sick premenstrual syndrome does not differ from the given indicators at healthy women. The maintenance serotoninine in blood of women with neuropsychical form premenstrual syndrome is in inverse relationship from disease severity level. The received results are necessary for using by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at patients with premenstrual syndrome.

**Key words:** *premenstrual syndrome, hormones, patogenesisise.*

### ЛИТЕРАТУРА

1. Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома // Гинекология. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 214–219.
2. Потин В.В. Гормональная функция яичников у женщин с предменструальным синдромом // Материалы V всероссийского конгресса эндокринологов «Высокие медицинские технологии в эндокринологии». – М., 2006. – С. 596.
3. Тарасова М.А.. Роль половых стероидных гормонов и пролактина в патогенезе предменструального синдрома // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – № 3. – С. 56–62.

# Особенности репродуктивной функции женщин с лейомиомой матки

*О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию репродуктивной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от основных жалоб у большинства пациенток. При этом нами не выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов является незначительным.

*Ключевые слова:* лейомиома матки, репродуктивная функция.

Значительное место среди патологии репродуктивной системы на сегодняшний день занимает лейомиома матки [1–5]. Основным методом лечения данной патологии является оперативный, так как существующие методы консервативной терапии очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными. В структуре всех операций до 80,0% приходится на радикальные – ампутацию или экстирпацию матки. Весьма неблагоприятным является тот факт, в возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 30,0% больных лейомиомой [1–5]. Радикальные операции оказывают негативное воздействие на весь организм женщин, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и обуславливают выраженное напряжение психоэмоционального состояния. В связи с этим большое внимание уделяется проведению органосохраняющих операций, среди которых наиболее функционально-щадящей является миомэктомия.

По данным литературы удельный вес миомэктомии является небольшим и составляет до 20,0% [2, 4]. Среди основных причин такой ситуации выделяют следующие: технические сложности операции, требующей хорошей хирургической подготовки оперирующего врача; возможность возникновения рецидивов лейомиомы; более высокая частотой послеоперационных воспалительных осложнений; развитие массивного спаечного процесса в малом тазу, нередко приводящего к появлению перитонеальной формы бесплодия и симптомов спаечной болезни.

Анализ научных работ, посвященных проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных лейомиомой матки, показывает, что основной целью проводимых операций является стремление оставить матку, сохранить или восстановить репродуктивную, менструальную функции и поддержать гомеостаз организма в целом. Однако до настоящего времени многие вопросы этой проблемы остаются нерешенными, а по ряду принципиальных вопросов в литературе существуют противоречивые мнения.

Таким образом, проблема реконструктивно-пластических операций у больных с лейомиомой матки является актуальной как в медицинском, так и в социальном аспектах, решение которой, несомненно, позволит снизить заболеваемость женщин молодого возраста.

**Цель исследования** – изучение особенностей репродуктивной функции пациенток после консервативной миомэктомии.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Нами были обследованы 100 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки, средний возраст которых составил  $35,7 \pm 3,7$  года.

Полученные результаты свидетельствуют, что в 90,0% случаев лейомиома развивается в сочетании с другой генитальной патологией: у каждой второй больной (48,0%) встречались воспалительные процессы придатков и патология шейки матки. У 16,0% наблюдались кисты яичников, несколько реже гиперпластические процессы эндометрия (14,0%) и эндометриоз различной локализации (14,0%).

При анализе времени возникновения патологии, было выявлено, что длительность существования как бесплодия, так и лейомиомы у этих пациенток на момент операции колебалась от 1 года до 15 лет. При этом у 70,0% пациенток беременность не наступала более 3 лет, тогда как длительность лейомиомы матки более 3 лет отмечали лишь у 34,0% из этих женщин. Это объясняется большим удельным весом бесплодия (28,0%) в структуре гинекологической патологии, причем вторичное бесплодие встречалось несколько чаще первичного (18,0% и 10,0% соответственно).

При анализе репродуктивной функции следует отметить, что беременности в анамнезе были у 68,0% пациенток. Количество родов лишь незначительно преобладало над числом аборт. 22,0% пациенток указывали на самопроизвольное прерывание беременности, причем у большинства из них выкидыши происходили в сроке до 18 недель беременности, что, по-видимому, связано с относительной гиперэстрогенией у больных с лейомиомой матки. Большое количество нежеланных беременностей, по-видимому, связано с неэффективной контрацепцией. 42,0% из обследуемых женщин не предохранялись от беременности, либо использовали малоэффективные методы (прерванный половой акт, календарный метод и т.п.). К барьерным средствам прибегало 22,0% пациенток. Гормонсодержащие препараты, в том числе комбинированные оральные контрацептивы, эпизодически (преимущественно с лечебной целью) принимали 48,0% женщин, однако с целью контрацепции более года – только 20,0%. Еще 16,0% предохранялись от нежеланной беременности при помощи внутриматочной контрацепции.

Структура показаний к оперативному лечению у больных лейомиомой матки является следующей: нарушения менструальной функции (50,0%), болевой синдром (32,0%), нарушения генеративной функции (28,0%), анемия (22,0%), дизурические нарушения (3,0%). При этом у большинства больных было несколько показаний для выполнения операции.

Особый интерес представляют данные о количестве удаленных узлов. Так, миомэктомия одного узла была произведена у 50,0% пациенток, двух узлов – у 17,0%, что в сумме составляет 67,0%. У 18,0% пациенток было удалено более 5 узлов, причем у 10,0% их количество превысило 10.

Очень важное значение имеет факт вскрытия полости матки во время операции, что наблюдалось у 18,0% женщин, при том, что только у 6,0% имело место субмукозное расположение узла. Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) лейомиома располагалась



в толще миометрия и вскрытие полости происходило в связи с энуклеацией интерстициальных узлов с центрипетальным ростом, что наблюдалось у 12,0% пациенток. При этом размер опухоли был от 3 до 12 см, причем в 8,0% случаях он превышал 5 см.

Известно, что ревизия органов малого таза является обязательным компонентом оперативного вмешательства. По нашим данным только у 22,0% пациенток была выполнена только консервативная миомэктомия. В остальных случаях удаление лейомиоматозных узлов сочеталось с выполнением других гинекологических операций. Наиболее частой сопутствующей патологией были кисты яичников (42,0%).

Одним из основных показателей успешного проведения миомэктомии является реализация детородной функции у пациенток после оперативного лечения. Беременность после миомэктомии наступила у 23,0% оперированных женщин, причем у 16,0% из них с бесплодием в анамнезе. Поскольку 4,0% пациентки не планировали рождение ребенка, им был произведен медицинский аборт в раннем сроке беременности. Все манипуляции прошли без осложнений. При выполнении кюретажа в одном случае определялась некоторая деформация полости матки. За 1 год до прерывания беременности у этой пациентки произведена энуклеация интерстициального узла размером 8×10 см без вскрытия полости.

У 5,0% пациенток наступившая беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в сроке беременности от 8 до 12 нед. У 3,0% в анамнезе отмечены выкидыш или неразвивающаяся беременность еще до диагностирования миомы матки.

Наступившая беременность закончилась родами у 18,0% обследуемых женщин. Кесарево сечение произведено у 11,0% женщин, у 7,0% произошли роды через естественные родовые пути.

При анализе гинекологической патологии после миомэктомии особое внимание уделялось выявлению рецидивов заболевания. Всего за 5 лет нами диагностировано 15,0% случаев миомы матки после ее оперативного лечения. Наиболее часто выявление рецидива происходило спустя 1–2 года после операции (10 из 15). Какой-либо связи с количеством и размерами удаленных узлов и их новым появлением нами выявлено не было.

Как известно, миома часто сочетается с другими доброкачественными процессами матки и придатков. Так гиперпластический процесс эндометрия отмечался у 8,0% пациенток за наблюдаемый период времени и статистически не отличался от данного показателя до проведения миомэктомии. Наиболее часто данная патология также встречалась в период от 1 года до 2 лет (6 из 8). Во всех случаях производилась гистероскопия. У 6,0% во время процедуры оценивалось состояние рубца после миомэктомии со вскрытием полости матки. У 4,0% он визуализировался в виде линейного белесоватого участка. У 2,0% обнаружить признаки рубцовой ткани не удалось. Во всех случаях диагноз гиперплазии эндометрия были подтверждены гистологически. В дальнейшем назначались гестагенные препараты в течение 3–12 мес.

Кисты яичников были диагностированы у 6,0% пациенток. На первом году – у 1-й, на втором – у 2-х, и еще 3 случая выявлены спустя 4 года после операции. После проведения курса противовоспалительной и гормональной терапии у 5,0% жен-

щин при контрольном ультразвуковом исследовании яичники имели нормальную структуру. Один случай закончился лапароскопией и резекцией яичника в пределах здоровых тканей. По результатам гистологического исследования киста оказалась фолликулярной. Помимо этого интраоперационно был выявлен спаечный процесс в области рубца на матке с петлями кишечника, что вызывало некоторые технические трудности при проведении операции.

Кроме того, за наблюдаемый период времени была произведена еще одна лапароскопия. Показанием к ней послужило наличия гидросальпинкса и вторичное бесплодие в течение 6 лет. Во время проведения миомэктомии у этой пациентки была произведена дополнительная перитонизация области швов на матке свободным краем сальника и при лапароскопии без труда произведено его отделение от матки. Доступ к органам малого таза при этом был более свободным. После проведения сальпингостоматопластики проходимость маточных труб была полностью восстановлена. Но, несмотря на это, вероятность наступления беременности у данной пациентки оставалась низкой из-за выраженных воспалительных изменений в области маточных труб.

Обострение хронического воспалительного процесса органов малого таза за наблюдаемый период времени было зафиксировано только у 9,0% оперированных женщин. И лишь у одной пациентки лечение проводилось в условиях стационара и потребовало проведения оперативной лапароскопии. Хотя данный показатель достоверно отличается от количества воспалительных процессов у наших пациенток до операции, мы не можем делать какие-либо выводы ввиду существенной разницы по временному и возрастному фактору.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию репродуктивной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от основных жалоб у большинства пациенток. При этом нами не выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов является незначительным.

### **Особливості репродуктивної функції жінок з лейоміомою матки О.В. Горбунова, Н.В. Рукмеда**

Проведений аналіз показав позитивний вплив міомектомії на нормалізацію репродуктивних функцій жінок з міомою матки. Проведення операції дозволило позбавитися від основних скарг у більшості пацієнток. При цьому нами не виявлено впливи операції на гінекологічну захворюваність, а кількість рецидивів є незначною.

**Ключові слова:** лейоміома матки, репродуктивна функція.

### **Features of reproductive function of women with leiomyoma of uterus O.V. Gorbunova, N.V. Rukmeda**

The carried out analysis has shown positive influence myomectomy on normalisation reproductive functions of women with a uterus myoma. Operation carrying out has allowed to get rid of the basic complaints at the majority of patients. Thus by us it is not

revealed influences of operation on gynecologic disease, and the quantity of relapses is insignificant.

**Key words:** *leiomyoma of uterus, reproductive function.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Доросевич А.Е. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии. // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2007. – № 4. – С. 26–28.
2. Коржув С.И., Иванян А.Н., Густоварова Т.А. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2006. – № 4. – С. 136–138.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2000. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2007. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. М.: ГЭОТАР, 2006. – 649 с.

# Вплив соматичної захворюваності на розвиток вегетативних порушень у жінок перименопаузального періоду

*О.В. Горбунова, О.Г. Саченко*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Як показали результати проведених досліджень, захворювання щитоподібної залози та гепатобілярної системи, особливо при їх поєднанні, негативно впливають на клінічний перебіг клімактеричного синдрому. Основним поясненням цих аспектів є більш глибокі ендокринологічні та дисметаболічні порушення, характерні для пацієнток цієї групи. Використання замісної гормональної терапії в поєднанні з левотироксином дозволяє суттєво знизити частоту клімактеричних порушень та поліпшити якість життя пацієнток групи високого ризику.

*Ключові слова:* клімактеричний період, соматична захворюваність.

В даний час вивченню клінічного перебігу і терапії клімактеричного синдрому приділяється багато уваги, що пояснюється не тільки збільшенням тривалості життя, ростом соціальної активності жінок, але також і бажанням лікарів різних фахів прогнозувати і попередити клімактеричні порушення [1]. Особливості перебігу і корекції клімактеричного синдрому, багато в чому визначаються наявністю екстрагенітальної патології, причому в більшості випадків у поєднаній формі за рахунок захворювань ендокринної і гепатобілярної систем [2–5]. У цьому зв'язку досить актуальним питанням вважається збільшення частоти клімактеричних порушень у жінок із поєднанням патології щитоподібної залози (ЩЗ) і печінки, а також вивчення в них ендокринологічного статусу і його взаємозв'язку з клінічними перебігом клімактеричного періоду. Останнім часом в Україні відзначається ріст тиреоїдної і гепатобілярної патології серед працездатного населення. Основними причинами такої негативної тенденції вважають несприятливий вплив екологічних факторів, зміна якості харчування, збільшення психоемоційної напруги, ріст вартості лікарських препаратів і медичних послуг.

Незважаючи на значне число наукових повідомлень по даній проблемі, не можна вважати всі наукові питання цілком вирішеними, що підтверджує актуальність даного наукового дослідження.

**Метою** даного дослідження є вивчення впливу основних варіантів екстрагенітальної патології – захворювань ЩЗ і гепатобілярної системи на клінічний перебіг клімактеричного синдрому.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 200 жінок із клімактеричним синдромом, які були розділені на такі групи:

- I група – 50 пацієнток із клімактеричним синдромом на фоні патології гепатобілярної системи;

- II група – 50 пацієнок із клімактеричним синдромом на фоні захворювання ЩЗ;
- III група – 50 пацієнок із клімактеричним синдромом на фоні поєднання захворювань гепатобіліарної системи і ЩЗ;
- контрольна група – 50 пацієнок з клімактеричним синдромом і відсутністю екстрагенітальної патології.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведені нами дослідження свідчать, що преморбідним фоном розвитку клімактеричного синдрому в пацієнок перших трьох груп служили захворювання ЩЗ: аутоімунний тиреоїдит, вузловий зоб, кисти і гепатобіліарної системи: жировий гепатоз, хронічний холецистит, хронічний гепатит.

У жінок із захворюваннями ЩЗ клімактеричний синдром середнього і тяжкого ступеня в ранній постменопаузі розвивається набагато частіше (середній ступінь тяжкості – 34% і тяжкий – 28%) у порівнянні зі здоровими жінками аналогічного віку (середній ступінь тяжкості – 12% і тяжкий – 8%); при поєднанні патології гепатобіліарної системи і ЩЗ їхня частота зростає до 38% – середня ступінь тяжкості і 40% - важкий ступінь відповідно.

Установлено, що основними особливостями перименопаузального періоду в жінок із захворюваннями ЩЗ і гепатобіліарної системи є рання менопауза ( $46,6 \pm 0,5$  року); виражені клінічні прояви з перевагою психоневрологічних скарг (головний біль, порушення емоційного фону, сну, депресивні стани); нейроендокринні порушення (збільшення маси тіла, порушення вуглеводного обміну, «метаболічний синдром»); ранній розвиток атеросклерозу й остеопорозу. Дезінтегрованість гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи більш виражено при поєднанні патології гепатобіліарної системи і ЩЗ, що виявляється зниженням естрадіолу і ФСГ на фоні підвищення рівня пролактину і тестостерону в порівнянні з контрольною групою.

В результаті проведених досліджень показане достовірне збільшення частоти виявлених гінекологічних захворювань у перименопаузі при поєднанні патології гепатобіліарної системи і ЩЗ: міома матки зустрічається в пре- і постменопаузі в 1,5 і 2,3 рази частіше, а дифузійна мастопатія – у 4,7 рази частіше в порівнянні з контрольною групою.

Важливим аспектом є те, що використання замісної гормональної терапії комбінованими естрогенгестагенними препаратами протягом 6 міс у 92% випадків не надавало негативного впливу на стан здоров'я жінок, токсичного впливу на гепатоцити, збільшення холестерину, що підтверджується динамічним лабораторним і ультразвуковим контролем. При захворюваннях ЩЗ, що протікають з еутиреозом, не виявлено негативного впливу замісної гормональної терапії на її функцію. Однак, проведення поєднаної замісної гормональної терапії клімактеричного синдрому і гіпотиреозу вимагає збільшення дози левотироксину, може бути, через підвищення рівня тироксинв'язуючого глобуліну і зниження вільної фракції тироксину.

Основні показники стану здоров'я жінок, що одержували замісну гормональну терапію на фоні поєднаної патології ЩЗ і гепатобіліарної системи, характеризуються зниженням показника модифікованого менопаузального індексу на 52% у жінок з холециститом; у пацієнок з жировим гепатозом – на 42%; із хронічним гепатитом – на 32% і з аутоімунним тиреоїдитом – на 26%. У цілому проведена терапія сприяла поліпшенню

якості життя 72% жінок із захворюваннями ЩЗ; 68% – із поєднаною тиреоїдною і гепатобіліарною патологією й у 62% – із захворюваннями гепатобіліарної системи.

### **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, захворювання ЩЗ і гепатобіліарної системи, особливо при їхньому поєднанні, негативно впливають на клінічний перебіг клімактеричного синдрому. Основним поясненням цих аспектів є більш глибокі ендокринологічні і дисметаболическі порушення, характерні для пацієнток цієї групи. Використання замісної гормональної терапії в поєднанні з левотироксином дозволяє істотно знизити частоту клімактеричних порушень і поліпшити якість життя пацієнток групи високого ризику.

### **Влияние соматической заболеваемости на развитие вегетативных нарушений у женщин перименопаузального периода**

***О.В. Горбунова, О.Г. Саченко***

Как показали результаты проведенных исследований, заболевания щитовидной железы и гепатобилиарной системы, особенно при их сочетании, негативно влияют на клиническое течение климактерического синдрома. Основным объяснением этих аспектов является более глубокие эндокринологические и дисметаболические нарушения, характерные для пациенток этой группы. Использование заместительной гормональной терапии в сочетании с левотироксином позволяет существенно снизить частоту климактерических нарушений и улучшить качество жизни пациенток группы высокого риска.

***Ключевые слова:*** климактерический период, соматическая заболеваемость.

### **Influence of somatic disease on development of vegetative infringements at women perimenopausal period**

***O.V. Gorbunova, O.G. Sachenko***

As have shown results of the lead researches, diseases of a thyroid gland and hepatobiliary systems, it is especial at their combination, negatively influence clinical current of a climacteric syndrome. The basic explanation of these aspects is deeper endocrinological and dysmetabolic infringements, characteristic for patients of this group. Use of replaceable hormonal therapy in a combination with левотироксином allows to lower essentially frequency of climacteric infringements and to improve quality of a life of patients of group of high risk.

***Key words:*** the climacteric period, somatic disease.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Балан В.Е. Эпидемиология климактерического периода // Акушерство и гинекология. – 1995. – № 3. – С. 5–9.
2. Матяш А.Н. Особенности климактерических нарушений у женщин, проживающих на загрязненной радионуклидами территории и их коррекция // Здоровье женщины. – 2002. – № 1. – С. 48–53.
3. Сметник В.П., Балан В.Е. Клиника, диагностика и лечение урогенитальных расстройств в климактерии // Проблемы репродукции. – 1996. – № 3. – С. 50–54.
4. Ткачик С.Я. Эндокринный статус у жінок з клімактеричним синдромом на фоні патології щитоподібної залози // Вісник наукових досліджень. – 2001. – № 1. – С. 73–75.
5. Ткачик С.Я. Актуальні аспекти ендокринного статусу у жінок з клімактеричним синдромом на фоні патології щитоподібної залози // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шулика. – Вип. 10. – Кн. 3. – К., 2001. – С. 828–832.

# Медико-социальные аспекты развития фиброзно-кистозной болезни молочных желез

**М.С. Шельгин**

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Полученные результаты свидетельствуют, что основными медико-социальными особенностями фиброзно-кистозной болезни являются наличие сопутствующей тиреоидной патологии, возраст, социальный статус, жилищные условия, уровень материального обеспечения и перенесенный ранее стресс. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических мероприятий.

*Ключевые слова:* фиброзно-кистозная болезнь, факторы риска.

В настоящее время можно считать доказанным тот факт, что рак молочной железы чаще развивается на фоне предшествующего патологического процесса в молочных железах, а именно, фиброзно-кистозной болезни (ФКБ), по сравнению с ситуацией, когда данный орган не изменен [1, 2]. При этом становится очевидным, насколько важно выявить и оценить факторы риска формирования и развития патологии молочных желез. Изучение различных аспектов этиологии и патогенеза этих заболеваний позволяет получить новые знания, необходимые для обоснования способов их ранней диагностики и профилактики.

Работами многих исследователей доказана роль гормонов щитовидной железы (ЩЖ) в патогенезе ряда дисгормональных и пролиферативных процессов в молочных железах [1, 2]. Однако несмотря на проведенные исследования, за рамками обсуждения остался вопрос оценки уровня и структуры рисков развития ФКБ у женщин с заболеваниями ЩЖ. До конца неясен вклад тиреоидной патологии в развитие ФКБ, что требует дополнительного и подробного изучения. Кроме того недостаточно изучены особенности социально-гигиенической характеристики пациенток с ФКБ.

**Цель исследования** – изучить основные особенности социально-гигиенической характеристики пациенток с фиброзно-кистозной болезнью молочных желез.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения влияния социально-гигиенических факторов на развитие ФКБ, а также для выяснения вклада заболеваний ЩЖ в развитие ФКМ, обследовано 400 женщин, которые были распределены на две группы:

В первую группу включены женщины, имеющие ФКБ. Данная группа состоит из двух подгрупп:

1А – женщины, имеющие патологию молочной и щитовидной железы – 100 пациенток;

1Б – женщины, имеющие патологию только молочной железы – 100 пациенток.

Вторая группа представлена женщинами, не имеющими ФКБ. В свою очередь, она также разделена на две подгруппы:

2А – 100 женщин с патологией щитовидной железы;

2Б – 100 женщин, не имеющие патологию ни молочной, ни щитовидной желез, т.е. женщины, которые считались условно здоровыми.

Далее подгруппы 1А и 1Б будут называться основными, а подгруппы 2А и 2Б – контрольными или группами сравнения, так как они используются для оценки достоверности полученных данных.

В ходе исследования изучались особенности ФКБ у женщин в подгруппах в зависимости от социально-гигиенических факторов. Полученные данные сравнивались с группами контроля для уточнения влияния изучаемого фактора на развитие и течение ФКБ, причем в сочетании с тиреоидной патологией и без нее. При изучении факторов обращалось внимание, насколько часто каждый конкретный фактор встречался в основных и контрольных подгруппах. Статистически значимые различия показателей в частоте встречаемости исследуемого фактора между изучаемыми и контрольными подгруппами позволили отнести его к факторам риска – факторам, воздействие которых оказывало существенное влияние на вероятность возникновения ФКБ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

При изучении ФКБ в различных возрастных группах выявлено, что в 42,9±0,7% случаев мастопатия диагностировалась в возрасте до 35 лет, в 35,6±0,7% ФКБ определялась в 36–45 лет, 21,0±0,6% случаев приходилось на группу женщин 46–60 лет, 0,5% – на группу 60 лет и старше, т.е. ФКБ в нашем исследовании статистически значимо чаще встречается в возрасте до 35 лет (42,9±2,6%) и 40–45 лет (35,6±2,5%) по сравнению с группой 45–60 (21,2±2,1%;  $p < 0,001$ ).

Следовательно, большинство женщин с ФКБ представлены возрастным контингентом до 45 лет (78,5±0,6%), то есть женщинами репродуктивного и трудоспособного возраста.

При сравнении заболеваемости ФКБ у женщин различных возрастных групп выявлено, что у женщин в возрасте до 35 лет данная патология диагностировалась в 72,9±0,8%, что статистически значимо чаще ( $p < 0,001$ ), чем в группах 36–45 лет (60,6±0,9%), 46–60 лет (49,3±1,0%), 60 лет и старше (40%).

Для выявления зависимости частоты встречаемости ФКБ от возраста рассчитан коэффициент корреляции ( $r = -0,984$ ;  $p < 0,05$ ). Сильная отрицательная корреляционная связь указывает на уменьшение частоты встречаемости ФКБ с увеличением возраста, что, на наш взгляд, связано с уменьшением гормональной активности организма и говорит о гормональной обусловленности ФКМ.

При анализе распределения женщин в изучаемых группах в зависимости от возраста определено, что в подгруппе 1Б ФКБ диагностируется статистически значимо чаще в возрасте до 35 лет, по сравнению с женщинами аналогичного возраста подгруппы 1А (47,8±0,9% и 29,7±1,3% соответственно;  $p < 0,05$ ). Однако в возрасте



46–60 лет ФКБ встречается статистически чаще в подгруппе 1А, чем в подгруппе 1Б ( $33,7 \pm 1,4\%$  и  $16,3 \pm 0,7\%$  соответственно;  $p < 0,05$ ), что, связано с пролонгированным действием патологии щитовидной железы на гипоталамо-гипофизарную систему.

При сравнении распределения женщин подгрупп 1А и 1Б по остальным возрастам статистически значимых различий не найдено ( $p > 0,05$ ).

Сравнивая удельный вес каждой возрастной градации в подгруппах 1А и 1Б с контрольными группами, в подгруппе 1Б было выявлено статистически значимо больше женщин в возрасте до 35 лет по сравнению с аналогичным возрастным периодом подгрупп 2А ( $14,6 \pm 1,5\%$ ;  $p < 0,001$ ) и 2Б ( $28,9 \pm 1,0\%$ ;  $p < 0,001$ ). Статистически значимых различий в других возрастных периодах между основными и контрольными группами не найдено ( $p > 0,05$ ).

При анализе диагностики ФКБ у женщин в зависимости от социального статуса установлено, что ФКБ статистически значимо чаще встречается у служащих ( $66,6 \pm 0,7\%$ ), чем у рабочих ( $21,6 \pm 0,6\%$ ), домохозяек ( $8,9 \pm 0,4\%$ ), учащихся и пенсионеров – по  $1,45 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,001$ ).

При сравнении уровня заболеваемости у женщин различного социального статуса ФКБ диагностируется у  $69,4 \pm 0,7\%$  от общего числа служащих, что статистически значимо чаще ( $p < 0,001$ ), чем в группах пенсионеров ( $29,4 \pm 3,0\%$ ) и рабочих ( $47,6 \pm 1,1\%$ ).

Рассматривая распределение женщин в изучаемых группах в зависимости от социального статуса, определили, что у рабочих в подгруппе 1А мастопатия диагностировалась статистически значимо чаще, чем у женщин аналогичного социального статуса группы 1Б6 ( $32,7 \pm 1,4\%$  и  $17,4 \pm 0,7\%$  соответственно;  $p < 0,05$ ), что можно связать с большой распространенностью тиреоидной патологии среди женщин рабочих специальностей.

В подгруппе 1Б статистически больший удельный вес мастопатии приходится на служащих, в сравнении с женщинами такого же социального статуса группы 1А ( $70,0 \pm 0,8\%$  и  $58,4 \pm 1,4\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Интересным оказался тот факт, что в контрольной группе 2А удельный вес женщин рабочих специальностей статистически значимо выше аналогичных показателей в группах 1А и 1Б ( $p < 0,05$ ).

При изучении особенностей ФКБ у женщин в зависимости от стажа работы установлено, что диагноз ФКБ выставлялся статистически значимо чаще ( $p < 0,001$ ) женщинам со стажем работы 15 и более лет ( $41,8 \pm 0,7\%$ ), чем женщинам со стажем работы до 5 лет ( $20,0 \pm 0,6\%$ ), 5–10 лет ( $16,2 \pm 0,5\%$ ) и 11–15 лет ( $22,0 \pm 0,6\%$ ).

При анализе распространенности ФКБ в зависимости от продолжительности трудовой деятельности определено, что у женщин с трудовым стажем до 5 лет и 5–10 лет ФКБ диагностируется статистически значимо чаще ( $77,9 \pm 1,2\%$  и в  $75,9 \pm 1,3\%$  соответственно), чем в подгруппах женщин с продолжительностью трудового стажа 10–15 лет –  $56,9 \pm 1,1\%$ , 15 и более лет –  $55,2 \pm 0,8\%$  ( $p < 0,05-0,001$ ).

Анализируя распределение женщин в подгруппах 1А и 1Б, а также в подгруппах сравнения, в зависимости от стажа работы, статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При изучении особенностей ФКБ в зависимости от характера трудовой деятельности установлено, что  $63,1 \pm 0,7\%$  случаев ФКБ приходится на женщин, зани-

обладающих умственным трудом. У данной категории женщин ФКБ встречается статистически значимо чаще ( $p < 0,001$ ), чем у женщин, занимающихся преимущественно физическим трудом (18,1±0,6%), работающих в ночь (7,3±0,4%) или неработающих (11,5±0,5%).

При исследовании уровня заболеваемости ФКБ в зависимости от вида трудовой деятельности выявлено, что ФКБ статистически значимо чаще ( $p < 0,001$ ) диагностируется у женщин, занимающихся умственным (69,4±0,7%) трудом, чем у женщин, занимающихся физическим (59,8±1,3%) трудом.

При сравнении распределения женщин в подгруппах 1А и 1Б в зависимости от характера трудовой деятельности, а также в группах контроля статистически значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

При изучении особенностей ФКБ у женщин в зависимости от наличия конфликтных ситуаций установлено, что диагноз ФКБ выставлялся с одинаковой частотой как женщинам, у которых преобладают конфликтные ситуации на работе (29,4±0,7%) и в быту (35,3±0,7%), так и тем, которые не отмечали конфликтных ситуаций (35,3±0,7%), т.е. статистически значимого различия в показателях не выявлено ( $p > 0,05$ ). Однако согласно анализу диагностики ФКБ по критериям «есть конфликты» и «нет конфликтов», удельный вес женщин, имеющих конфликтные ситуации (64,7±0,7%  $p > 0,01$ ), статистически значимо выше ( $p < 0,001$ ).

Анализ распространенности ФКБ в зависимости от наличия конфликтных ситуаций также не определил статистически значимых различий в показателях ( $p > 0,05$ ). Уровень заболеваемости у женщин с преобладанием конфликтных ситуаций на работе (60,9±1,0%), в быту (67,5±0,9%) и у женщин, не отмечающих конфликтов (58±0,9%), был статистически одинаков.

Рассмотрение распределения женщин в изучаемых группах в зависимости от наличия конфликтных ситуаций определило, что в подгруппе 1А мастопатия диагностировалась статистически значимо чаще при наличии конфликтов в быту, чем у аналогичной подгруппы женщин 1Б (45,5±1,4% и 31,5±0,8% соответственно;  $p < 0,05$ ). В подгруппе 1Б статистически значимо больший удельный вес приходился на женщин, которые не отмечали наличия конфликтных ситуаций, чем на женщин из подгруппы 1А, которые также не имели конфликтов ни в быту, ни на работе (39,6 ±0,9% и 23,4±1,2% соответственно,  $p < 0,05$ ). Также отмечается, что удельный вес женщин, имеющих конфликтные ситуации в быту, в подгруппах 1А и 2А (41,7% ±2,1%) статистически значимо выше, чем в подгруппах 1Б и 2Б (23,9±0,9%;  $p < 0,05-0,001$ ), что указывает на влияние щитовидной железы.

Анализ распространенности мастопатии у женщин, имеющих различное семейное положение, среди всех случаев мастопатии показывает, что диагноз ФКБ чаще встречается у замужних женщин (71,7±0,6%), чем незамужних (22,9±0,6%) и вдов (5,4±0,3%).

При изучении уровня заболеваемости женщин ФКБ в зависимости от семейного положения статистически значимых различий в показателях не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Анализ диагностики ФКБ в зависимости от уровня доходов показал, что 52,8±0,8% случаев ФКБ приходится на женщин, имеющих средний уровень доходов, 33,7±0,7% имевших ФКБ составляют женщины с уровнем доходов ниже сред-

него,  $13,5 \pm 0,2\%$  выявленных случаев ФКБ приходится на женщин с доходом выше среднего уровня.

При изучении распространенности ФКБ у женщин различного уровня доходов статистически достоверных различий не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При изучении диагностики ФКБ в зависимости от удовлетворенности семейным положением определено, что  $69,3 \pm 0,7\%$  всех случаев мастопатии приходится на женщин, удовлетворенных семейным положением,  $30,7 \pm 0,7\%$  от всех заболевших ФКБ составили женщины, которые отмечали неудовлетворенность семейным положением.

Уровень заболеваемости женщин ФКБ в зависимости от удовлетворенности семейным положением статистически значимых различий не имеет ( $p > 0,05$ ).

Также не выявлено статистически значимых различия при сравнении женщин в подгруппах 1А и 1Б с группами контроля в зависимости от удовлетворенности семейным положением ( $p > 0,05$ ).

Изучение диагностики ФКБ в зависимости от наличия фактора курения позволило установить, что  $81,9 \pm 0,6\%$  всех случаев мастопатии приходятся на некурящих женщин, соответственно,  $18,1 \pm 0,6\%$  от всех заболевших ФКБ составили курящие.

Исследуя распространенность ФКБ в зависимости от наличия фактора курения, установили, что различия в полученных показателях (некурящие  $63,3 \pm 2,5\%$ , курящие  $56,3 \pm 2,6\%$ ) статистически незначимы ( $p > 0,05$ ).

При сравнении распределения женщин в подгруппах 1А, 1Б и группах контроля в зависимости от наличия фактора курения статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Анализ диагностики ФКБ в зависимости от жилищных условий показал, что среди всех женщин, у которых установлен диагноз ФКБ,  $76,8 \pm 0,6\%$  проживают в благоустроенных квартирах,  $11,1 \pm 0,6\%$  имели частный дом со всеми удобствами,  $6,5 \pm 0,6\%$  проживали в общежитии, а  $5,6 \pm 0,6\%$  приходилось на женщин, имеющих частный дом без удобств.

В ходе анализа уровня заболеваемости женщин ФКБ в зависимости от жилищных условий статистически значимых различий в показателях не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Рассмотрение распределения женщин в изучаемых и контрольных группах в зависимости от жилищных условий позволило определить, что в подгруппе 1А ФКБ диагностировалась статистически значимо чаще у проживающих в благоустроенной квартире, чем у подгруппы 1Б ( $86,1 \pm 1,0\%$  и  $73,3 \pm 0,8\%$  соответственно;  $p < 0,05$ ). У женщин подгруппы 1Б, проживающих в частном доме со всеми удобствами, ФКБ выявлялась статистически значимо чаще, чем у женщин подгруппы 1А с аналогичными жилищными условиями ( $13,0 \pm 0,6\%$  и  $5,9 \pm 0,7\%$  соответственно;  $p < 0,05$ ). Статистически значимых различий в распределении женщин в зависимости от жилищных условий, в других группах не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При анализе диагностики ФКБ в зависимости от наличия недавно перенесенного стресса установлено, что  $63,6 \pm 0,7\%$  случаев ФКБ приходится на женщин, у которых не было стресса в течение последнего года,  $36,4 \pm 0,7\%$  имевших ФКБ составляют женщины, которые указывают на недавно перенесенный стресс.

Несмотря на различные показатели уровня заболеваемости ФКБ в зависимос-

ти от наличия недавнего стресса, различия (был стресс –  $67,5 \pm 0,8\%$ , не было стресса –  $59,1 \pm 1,4\%$ ) оказались статистически незначимыми ( $p > 0,05$ ).

При изучении распределения женщин в подгруппах 1А и 1Б и группах сравнения в зависимости от наличия недавнего стресса статистически значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

### **ВЫВОДЫ**

Полученные результаты свидетельствуют, что основными медико-социальными особенностями фиброзно-кистозной болезни являются наличие сопутствующей тиреоидной патологии, возраст, социальный статус, жилищные условия, уровень материального обеспечения и перенесенный ранее стресс. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических мероприятий.

### **Медико-соціальні аспекти розвитку фіброзно-кістозної хвороби молочних залоз** ***М.С. Шелигін***

Отримані результати свідчать, що основними медико-соціальними особливостями фіброзно-кістозної хвороби є наявність супутньої тиреоїдної патології, вік, соціальний статус, житлові умови, рівень матеріального забезпечення і перенесений раніше стрес. Отримані результати необхідно використати при розробці комплексу діагностичних заходів.

**Ключові слова:** *фіброзно-кістозна хвороба, чинники ризику.*

### **Medical-socially aspects on development fibroze-cystes illnesses of mammary glands** ***M.S. Shelygin***

The received results testify, that the basic mediko-social features fibroze-cystes illnesses are presence accompanying thyreoidal pathologies, age, the social status, living conditions, level of material maintenance and the stress transferred earlier. The received results are necessary for using by working out of a complex of diagnostic actions.

**Key words:** *fibroze-cystes illness, risk factors.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / Под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд.-во Н-Л, 2004. – 23 с.

# Взаимосвязь между условиями труда и заболеваемостью женщин – медицинских работников

*А.С. Шельгин*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Изучены основные особенности гигиенической оценки условий труда различных групп медицинских работников. Это позволило оценить профессиональные вредности, выделить факторы риска, способные оказать повреждающее влияние на их здоровье, в том числе репродуктивное. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса лечебно-профилактических мероприятий для сохранения репродуктивного здоровья женщин – медицинских работников.

*Ключевые слова:* медицинские работники, условия труда, гигиеническая оценка.

В настоящее время приоритетным является проблема охраны и укрепления здоровья работающего населения, прежде всего женщин, с целью сохранения трудового потенциала и создания условий для экономического развития страны [1–3]. Специфика трудовой деятельности медицинских работников связана с воздействием профессиональных факторов, способных вызывать заболевания, приводить к потере трудоспособности, инвалидности, а в ряде случаев быть непосредственной угрозой жизни [1–3]. Проблема охраны репродуктивного здоровья медицинских работников многогранна, и ее решение предполагает взаимодействие различных направлений здравоохранения и социальной политики государства с учетом национальных особенностей и международных стандартов.

Несмотря на важность проблемы, в литературе недостаточно доказательных данных по влиянию факторов рабочей среды и труда на репродуктивное здоровье медицинских работников и здоровье их детей. Актуальность настоящих исследований определяется отсутствием комплексной гигиенической оценки трудового процесса и факторов рабочей среды, определения степени их вредности для репродуктивного здоровья работников основных профессий лечебно-профилактических учреждений и здоровья их детей.

**Цель исследования** – оценить профессиональный риск нарушений репродуктивного здоровья основных специальностей медицинских работников и здоровья их детей для разработки системы профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью выявления основных факторов риска, способных оказать неблагоприятное воздействие на организм работающих, нами проведено углубленное изучение и дана комплексная гигиеническая оценка условий труда 200 медицин-

ских работников, занятых в основных профессиях лечебно-профилактических учреждений.

В исследования были включены отделения различного профиля: терапевтические, хирургические, интенсивной терапии и реанимации, офтальмологические, кардиологические, пульмонологические, инфекционные, лабораторно-диагностические, функционально-диагностическое и физиотерапевтические, рентгенологическое, акушерско-гинекологические, стоматологические.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

С гигиенической точки зрения одним из ведущих вредных производственных факторов на рабочем месте специалистов, занятых в лечебно-профилактических учреждениях, является биологический фактор, вследствие того, что специфика учреждений здравоохранения подразумевает наличие агрессивной микробиологической среды. Следовательно, все специалисты, участвующие в лечебно-диагностическом процессе, а так же уходе и обслуживании больных, находятся во вредных условиях труда по данному фактору.

На рабочем месте специалистов терапевтического профиля, физиотерапии, функциональной диагностики контакт с патогенными микроорганизмами возможен при осмотре, опросе, пальпации, перкуссии, аускультации больных, проведении функционально-диагностических исследований, физиотерапевтических процедур. При этом необходимо учитывать наличие пациентов с неуточненными диагнозами, которые могут иметь инфекционные заболевания.

Технологический процесс у специалистов хирургического профиля, отделений: анестезиологии и реанимации, акушерства-гинекологии, стоматологии помимо осмотра, опроса, пальпации, аускультации при проведении лечебно-диагностических манипуляций (оперативных вмешательств, инъекций, лабораторных исследований) характеризуется контактом с биологическим материалом (кровью, мочой, слюной, спинномозговая жидкость и т.п.). При этом присутствует высокая вероятность инфицированности биологического материала.

В соответствии с общепринятыми рекомендациями по оценке условий труда по биологическому фактору у всех специалистов, участвующих в лечебно-диагностическом процессе, а также уходе и обслуживании больных, оценены как вредные. При оценке биологического фактора, наличие которого отражает специфические условия работы медицинского персонала не только специализированных ЛПУ, (противотуберкулезные, инфекционные стационары и другие), нами установлены значительные уровни содержания в воздухе рабочей зоны и на рабочих местах специалистов хирургических и терапевтических стационаров патогенных микроорганизмов, продуцентов и условно-патогенных микроорганизмов.

В ходе наших исследований наиболее высокие показатели микробной обсемененности воздушной среды установили на рабочих местах специалистов терапевтического профиля ( $6,7 \pm 2,2$  до  $10,0 \pm 3,37$ ), что значительно превышает аналогичный показатель на рабочих местах специалистов хирургов (ст.  $1,1 \pm 0,2$  до  $3,3 \pm 0,5$ ). Это объясняется тем, что в отделениях хирургического профиля большее внимание уделяется санитарно-гигиеническим и противозидемическим мероприятиям в целях профилактики послеоперационных осложнений. Анализ результатов на-

сих исследований, позволяет говорить о том, что существующие гигиенические критерии не имеют конкретных параметров оценки по биологическому фактору с учетом различных медицинских профессий, необходимо более детальное распределение по степени «вредности».

Не менее актуальна проблема загрязнения воздуха производственных помещений, оборудования и инструментария различными химическими веществами. Химический фактор обусловлен наличием в воздухе рабочей зоны лекарственных, дезинфицирующих средств, обладающих остронаправленным, раздражающим, аллергенным, фиброгенным, канцерогенным действием, многие из них способны оказывать неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию женщин. Возможен контакт женщин изучаемых групп с веществами как малоопасными, так и чрезвычайно опасными.

Проведенные нами исследования по оценке содержания в воздухе рабочей зоны токсических веществ на рабочих местах медицинского персонала показали наличие следующих химических веществ: диэтилового эфира, этилового спирта, йодоната, аммиака, хлороформа, хлорамина, бланизоля, пресефта, фторотана, хлора, формальдегида, щелочей, лекарственных средств (антибиотики, сульфаниламиды, противоопухолевые препараты, противотуберкулезные препараты, витамины, гормоны, биостимуляторы) и другие. Нами установлено, что в анализируемых пробах воздуха операционных, на рабочих местах хирургов отмечено значительное превышение содержания диэтилового эфира, ингалана, закиси азота, хлористого этила, что позволяет оценить условия труда специалистов хирургического профиля, как вредные 1, 2, 3 степени в соответствии с действующими критериями оценки условий труда. При оценке содержания вредных веществ в воздухе производственных помещений в терапевтических отделениях фактические концентрации химических веществ не превышали предельно допустимые концентрации для воздуха рабочей зоны, что позволяет оценивать условия труда специалистов терапевтического профиля по химическому фактору как допустимые.

На рабочих местах специалистов отделений физиотерапии, стоматологии отмечается превышение ПДК озона, метилакрилата и пыли гипса. В ходе гигиенической оценки мы учитывали эффект суммации при комбинированном действии веществ однонаправленного действия. При этом выявлены наиболее неблагоприятные условия труда у специалистов физиотерапевтических, хирургического, лабораторно-диагностического, стоматологического отделений.

Необходимо учитывать, что значительная часть используемых лекарственных средств являются аллергенами и поэтому достаточно их присутствие в воздухе рабочей зоны, на коже, инструментарии, оборудовании в течение рабочей смены, чтобы вызвать аллергические заболевания медицинского персонала. Проведенный углубленный анализ использования лекарственных препаратов при организации и проведении лечебного процесса специалистами различных профилей свидетельствует о контакте с веществами, обладающими аллергическими, наркотическими, раздражающими, канцерогенными, некоторые из них являются репротоксикантами.

Напряженность трудового процесса, по данным хронометражных исследований, является одним из наиболее вредных и специфических факторов условий тру-

да медицинских работников. Это обусловлено эвристической (творческой) деятельностью, требующей решения сложных задач при отсутствии алгоритма, восприятием сигналов с последующей комплексной оценкой взаимосвязанных параметров, работой в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат проводимых манипуляций, от которых зависит жизнь и здоровье пациента, контролем и предварительной работой по распределению заданий другим лицам. В зависимости от сложности манипуляций, возможно длительное сосредоточенное наблюдение с напряжением зрительного анализатора 50–75% рабочего времени, ответственностью за функциональное качество работы, суточными дежурствами и отсутствием регламентированных перерывов. Наиболее вредные условия труда по напряженности трудового процесса у хирургов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, так как их деятельность связана с работой в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат проводимых манипуляций, от которых зависит жизнь и здоровье пациента.

Напряженность труда среднего медицинского персонала обусловлена решением сложных задач с выбором по известным алгоритмам, восприятием сигналов с последующим сопоставлением фактических и номинальных значений параметров, работой в условиях дефицита времени. Медсестра несет ответственность за жизнь и здоровье больного при выполнении манипуляций, назначенных врачом. График работы включает суточные дежурства, регламентированные перерывы отсутствуют. Наиболее напряженным является труд хирурга, акушера-гинеколога, среднего медицинского персонала хирургического профиля, лаборанта КДЛ и бактериологической лаборатории, акушерки.

Вместе с тем, наши исследования выявили отсутствие критериев для оценки эмоционального напряжения, возникающего в процессе общения медицинского работника с больными и их родственниками, не учитывают степень ответственности за жизнь и здоровье больных, специалистов различных профессиональных групп.

По данным хронометражных исследований, тяжесть трудового процесса обусловлена нахождением в неудобной фиксированной позе до 50% времени рабочей смены. Этот показатель является общим для большинства медицинских работников, занятых в исследованных медицинских специальностях, кроме врача УЗИ, лаборантов КДЛ и бактериологической лаборатории, для которых характерно нахождение в неудобной фиксированной позе более 50% рабочего времени. Медсестра перевязочной, отоларинголог находятся в вынужденном наклоне более 30° от 101 до 300 раз за смену, рентген-лаборант 80% времени рабочей смены находится в позе «стоя», у медсестры процедурной, помимо этого, зафиксирован периодический наклон корпуса вперед до 200 раз за смену. Трудовой процесс стоматолога обусловлен региональной и локальной нагрузкой на мышцы плечевого пояса, кистей и пальцев рук. На рабочем месте медсестры перевязочной перемещают тяжести от 10 до 20 кг (больных, лекарственных и дезинфицирующие средства, перевязочный материал).

Анализ хронометражных данных позволил выделить следующие промежутки времени нахождения в различных позах изученных профессиональных групп по отдельным показателям:



- медицинские работники хирургического профиля 50–60% рабочего времени находятся в позе «стоя»;
- 30–40% находятся в позе «сидя»;
- медицинские работники терапевтического профиля 40–50% рабочего времени находятся в позе «стоя» и 50–60% – в рабочей позе «сидя».

Как было сказано выше, труд медицинских работников характеризуется напряжением зрения. По данным хронометражных наблюдений, специалисты, занятые в лечебно-диагностическом процессе, работают в условиях напряжения зрительного анализатора 50–75% рабочего времени. При этом особое значение имеет вид и системы производственного освещения в рабочих кабинетах, к которым предъявляются требования по равномерности, динамичности, цветовым параметрам, отсутствию прямой и отраженной блеклости, пульсации. По результатам проведенных исследований установлено, что во всех изученных учреждениях здравоохранения предусмотрено совмещенное освещение, естественная часть которого заложена в достаточных уровнях при проектировании и строительстве, а искусственная часть представлена люминесцентным освещением, создающим более высокий уровень цветоразличения. В большинстве ЛПУ на рабочих местах медицинских работников отмечен недостаточный уровень освещенности за счет искусственного освещения.

Создание акустического комфорта является одним из важных факторов условий работы. Источниками повышенных уровней шума в учреждениях здравоохранения являются кондиционеры, сухожаровые шкафы, электроотсосы, дезинтеграторы, бормашины, турбины, вентиляторы, рентгеновская аппаратура и т.п. Превышение предельно-допустимых уровней шума зафиксированы на рабочем месте анестезиолога-реаниматолога, отоларинголога, стоматолога, зубного техника, рентгенолаборанта, что позволяет отнести их условия труда к вредным. Работа в таких условиях может вызвать отрицательное влияние на центральную нервную систему, вызвать быстрое утомление, раздражение, нарушение внимания, ведущее к снижению качества труда и развитию различного рода заболеваний.

При гигиенической оценке условий труда специалистов, работающих в операционных, отделениях анестезиологии и реанимации, физиотерапии и функциональной диагностики, установлено воздействие электромагнитных излучений высокочастотного и сверхвысокочастотного диапазонов, генерируемых медицинской аппаратурой (электрокоагуляторы, электроотсосы, мониторы, дефибрилляторы, физиотерапевтическое, диагностическое оборудование). По данным лабораторных исследований напряженность электрических и магнитных полей, в основном, отвечают гигиеническим нормативам, но в 45% случаев на рабочих местах специалистов хирургического, терапевтического профиля в изучаемых нами ЛПУ, напряженность ЭМП по электрической магнитной, составляющей и напряженности электростатического поля превышает гигиенические нормативы в 1,2–2 раза.

Превышение напряженности электромагнитного поля по электрической составляющей, плотности магнитного потока, напряженности электростатического поля у хирургов связано с тем, что дополнительно, медицинский персонал данного профиля ЛПУ проводит манипуляции оборудованием, которые являются источниками излучений электромагнитных волн (электрокоагуляторы, электроотсосы и

т. д.). Превышение напряженности электромагнитного поля по электрической составляющей, плотности магнитного потока, напряженности электростатического поля у специалистов терапевтов, зачастую, связано с тем, что специалисты данных профилей ЛПУ работают на устаревших моделях ПЭВМ, без защитного экрана, снижающего уровни ЭМП, в помещениях, площадь которых не отвечает санитарным нормам для установки одного, либо нескольких ПЭВМ, что по действующим гигиеническим критериям позволяет условия труда терапевтов и хирургов оценивать как вредные 1, 2 степени.

По данным санитарно-эпидемиологической службы при оценке условий труда специалистов рентгенологического профиля в рабочей зоне по радиационной составляющей не отмечено превышение нормативных показателей.

Параметры микроклимата (температура воздуха, относительная, влажность, скорость движения воздуха) в производственных помещениях лечебно-профилактических учреждений, в большинстве своем, соответствовали санитарно-гигиеническим нормативам. Необходимо отметить, что на параметры производственного микроклимата определенное влияние оказывает период года. В теплый период мы отметили некоторое повышение температуры и влажности воздуха, в зимний – соответственно снижение, что ухудшает условия труда медицинских работников.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, гигиеническая оценка условий труда медицинских работников, занятых в основных профессиях ЛПУ, позволила оценить профессиональные вредности, выделить факторы риска, способные оказать повреждающие влияние на их здоровье, в том числе репродуктивное. Как показывает анализ полученных данных практически во всех изученных группах условия труда по ряду показателей являются вредными, но наиболее неблагоприятные показатели условий труда зарегистрированы у специалистов хирургического (хирурги, акушеры-гинекологи, средний медперсонал), физиотерапевтического профилей, специалистов занятых в клинико-диагностических лабораториях, стоматологических отделениях.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что ведущим фактором, оказывающим существенное влияние на степень вредности условий труда, является биологической. Весьма значимыми факторами, способными оказать влияния на показатели здоровья медицинских работников являются химические соединения. Наиболее неблагоприятна ситуация по наличию и уровням содержания химических веществ на рабочих местах специалистов хирургического профиля, акушеров-гинекологов анестезиологов-реаниматологов, специалистов стоматологического профиля, клинико-диагностических лабораторий, работающих в стационаре. К допустимым по содержанию химических веществ относятся условия труда специалистов терапевтических, хирургических профилей, акушеров-гинекологов, занятых в ЛПУ поликлинических отделений. Но при этом, необходимо учитывать возможность контакта медицинских работников, практически, всех изученных профессиональных групп с веществами, вызывающими аллергические реакции и способны оказать повреждающее воздействие на репродуктивную функцию. Производственными факторами, оказывающими влияние на здоровье медицинских работников, являются показатели тяжести трудового процесса, которые могут приво-

дять к захворюванням опорно-двигательного апарата, системи кровоснабження и к смещению и опущению внутренних органов, в том числе половых, на что необходимо обращать внимание, учитывая, что большинство работающих в здравоохранении, женщины. Факторами риска, способными оказывать неблагоприятное влияние на состояние здоровья медицинских работников является напряженность трудового процесса. Наиболее высокие показатели напряженности отмечены у специалистов хирургического профиля.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса лечебно-профилактических мероприятий для сохранения репродуктивного здоровья женщин – медицинских работников.

**Взаємозв'язок між умовами праці і захворюваністю  
жінок – медичних працівників  
А.С. Шелигін**

Вивчені основні особливості гігієнічної оцінки умов праці різних груп медичних працівників. Це дозволило оцінити професійні шкідливості, виділити чинники ризику, здатні зробити ті, що ушкоджують вплив на їх здоров'я, у тому числі репродуктивне. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу лікувально-профілактичних заходів для збереження репродуктивного здоров'я жінок – медичних працівників.

**Ключові слова:** медичні працівники, умови праці, гігієнічна оцінка.

**Interrelation between working conditions and disease of women of  
medical workers  
A.S. Shelygin**

The basic features of a hygienic estimation of working conditions of various groups of medical workers are studied. The received results have allowed to estimate professional harm, to allocate the risk factors, capable to make damaging impact on their health, including reproductive. The received results are necessary for considering by working out of a complex of treatment-and-prophylactic actions for preservation of reproductive health of women of medical workers.

**Key words:** medical workers, working conditions, a hygienic estimation.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод, рекомендации / Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Корганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан; Ростовский Гос. Мед. Ун-т. - Ростов н/Д, 2002. – 35 с.
2. Баке М.С. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.С. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Мед.труда и пром. экология. – 2002. – № 3. – С. 28–33.
3. Веккер И.Р., Сетко Н.П., Антоненко Б.Н. Роль факторов окружающей среды в перинатальной патологии // Гигиена и санитария. – 2001. – № 3. – С. 29–32.

# Взаимосвязь между состоянием тиреоидной системы и наличием лейомиомы матки с гиперплазией эндометрия

*Е.В. Степанова*

Национальная медицинская академия последипломного образования

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с миомой матки и йоддефицитными заболеваниями были выявлены следующие особенности: наиболее распространенным является узловатый зоб, возраст пациенток старше 40 лет, частое сочетание с заболеваниями центральной нервной системы и периферических нервов. Нарушение репродуктивного здоровья при миоме матки и йоддефицитных заболеваниях выразилось в преобладании сочетанной патологии, а также нарушении гипоталамо-гипофизарной регуляции функции яичников, повышении уровня пролактина на фоне снижения функциональной активности щитовидной железы. На фоне снижения функциональной активности щитовидной железы возникает дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы, повышение уровня пролактина, что может явиться причиной сочетанной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *заболевания щитовидной железы, миома матки, гиперплазия эндометрия.*

Современные научные исследования убедительно доказали прямую зависимость состояния здоровья населения от экологической ситуации в регионе проживания [1, 2]. Интенсивное или длительное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, как правило, ведет к нарушению компенсаторно-приспособительных реакций организма человека, способствуя развитию различных патологических состояний [1, 2]. Особенно часто экологически обусловленные заболевания связаны с дефицитом природного микроэлемента – йода [3]. Так, по оценке ВОЗ (2004) около 2 млрд. жителей Земли постоянно испытывают существенный его недостаток, что приводит к росту распространенности йоддефицитных заболеваний, занимающих в настоящее время первое место по территориальной экспансии [4]. В Украине также остро стоит проблема этой патологии, так как ее частота среди женского населения за последнее десятилетие возросла в несколько раз [1].

Известно, что в организме одной из наиболее чувствительных и тонко реагирующих на разнообразные внешние воздействия систем является репродуктивная [2]. Представляется закономерным, что в условиях йоддефицита у женского населения в первую очередь страдает именно она: нарушается половое созревание и менструальная функция, снижается фертильность, растет частота гинекологической патологии, уве-

личивается риск осложненного течения беременности и родов, самопроизвольных аборт и мертворождений [1, 4].

Научные исследования по этой проблеме тиреоидной патологии и ее влияния на репродуктивную систему в большинстве случаев посвящены состоянию репродуктивного здоровья у девушек пубертатного возраста. Применительно к женщинам более старших возрастных групп имеющиеся литературные сведения чаще всего касаются манифестного гипотиреоза. Вместе с тем, опубликованные данные нередко противоречивы, неполны, неубедительны, обычно основаны на небольшом количестве наблюдений, несколько устарели, так как опубликованы десять и более лет назад.

Следует отметить, что в литературе, посвященной тиреоидной патологии, обычно рассматриваются функциональные взаимоотношения щитовидной железы и репродуктивной системы женщин, но практически отсутствуют данные о возможности развития миомы матки, а также функциональном состоянии тиреоидной и репродуктивной системы при данном гинекологическом заболевании.

**Целью исследования** является изучение функционального состояния тиреоидной и репродуктивной системы при миоме матки.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено обследование 32 женщин с различной тиреоидной патологией и миомой матки – основная группа. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин в возрасте  $38,1 \pm 1,2$  года, проходящих очередные профилактические осмотры.

В комплекс диагностических мероприятий были включены общеклиническое, клиничко-лабораторное и гинекологическое обследование, тесты функциональной диагностики, ультразвуковое исследование щитовидной и молочных желез, органов малого таза, определение гормонов передней доли гипофиза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитовидной железы (Т3 и Т4) и половых гормонов (эстрадиол и прогестерон) в сыворотке крови.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота миомы матки при йоддефицитных заболеваниях (ЙДЗ) составляет 32,0%. Наиболее распространенным ЙДЗ при миоме матки является узловатый зоб, частота которого составляет 55,0%; фокальных изменений щитовидной железы – соответственно 45%.

Из всех пациенток 80,0% с миомой матки относятся к возрастной категории старше 40 лет. Нами обнаружена тенденция к различию по возрасту между группами (ЙДЗ и без патологии щитовидной железы) при миоме матки ( $p=0,05$ ). Возраст старше 40 лет всегда рассматривался как фактор риска развития миомы матки, следовательно, ЙДЗ могут расцениваться как дополнительный фактор риск развития миомы матки.

Структура экстрагенитальных заболеваний свидетельствует о преобладании в основной и контрольной группах патологии желудочно-кишечного тракта (25,0 и 20,0%) и болезней дыхательных путей (25,0 и 20,0%). При ЙДЗ гораздо чаще встречаются анемия (20,0 и 5,0%) и патология центральной нервной системы (15,0% – в основной группе).

Статистически значимых различий в возрасте менархе не выявлено. Длительность менструального цикла при ЙДЗ и миоме матки составляет 28 дней и не отличается от

группы контроля. При анализе длительности менструального цикла и продолжительности менструации статистически значимых различий не выявлено.

Изучая анамнез обследованных женщин, нами проведен анализ репродуктивной функции пациенток, который показал, что первичное бесплодие встречается у женщин с миомой матки только при ЙДЗ, количество абортос превышает количество родов в обеих группах. В основной группе родов не было у 30,0% пациенток, что в 2,5 раза больше, по сравнению с контролем.

В результате проведенного обследования, а также при сборе анамнеза выявлено, что сочетанная гинекологическая патология при миоме матки и ЙДЗ составляет суммарно около 200,0% с преобладанием доброкачественной патологии молочных желез (85,0%); хронических воспалительных заболеваний (40,0%) и патологических изменений шейки матки (35,0%).

Для оценки функции тиреоидной системы при ЙДЗ и миоме матки проведены исследования уровней гормонов щитовидной железы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин с миомой матки и ЙДЗ отмечается более высокий уровень ТТГ, но не выходящий за пределы нормы. Содержание тиреоидных гормонов (св.Т3 и св.Т4) ниже при йоддефицитных заболеваниях, причем уровень свободного трийодтиронина (св.Т3) статистически значимо отличается ( $p=0,033$ ). Итак, уровень свободного Т3 является наиболее объективным показателем функции щитовидной железы при ЙДЗ у пациенток с миомой матки. Частота субклинического гипотиреоза при миоме матки и ЙДЗ составляет 15,0%.

Для оценки функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы определялись уровни гонадотропных и половых гормонов. При миоме матки и ЙДЗ имели место отличия в экскреции гонадотропных и половых гормонов: отмечены более низкие значения ЛГ, ФСГ и прогестерона при одновременном повышении содержания пролактина и эстрогенов.

При проведении анализа связи (корреляции) тиреоидных и половых гормонов нами выявлена статистически значимая отрицательная сильная корреляционная связь между уровнем свободного тироксина и содержанием пролактина ( $R=-0,89$ ;  $p=0,02$ ). При ЙДЗ наблюдается относительная гипотироксинемия и повышение уровня пролактина.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенных исследований, у пациенток с миомой матки и ЙДЗ были выявлены следующие особенности: наиболее распространенным ЙДЗ является узловатый зоб, возраст пациенток старше 40 лет, частое сочетание с заболеваниями центральной нервной системы и периферических нервов. Нарушение репродуктивного здоровья при миоме матки и ЙДЗ выражалось в преобладании сочетанной патологии, а также нарушении гипоталамо-гипофизарной регуляции функции яичников, повышении уровня пролактина на фоне снижения функциональной активности щитовидной железы. Уровень свободного трийодтиронина является объективным показателем функции щитовидной железы при миоме матки с ЙДЗ. На фоне снижения функциональной активности щитовидной железы возникает дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы, повышение уровня пролактина, что может явиться причиной сочетанной патологии. Полученные результаты

необходимо учитивать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Взаємозв'язок між станом тиреоїдної системи і наявністю лейоміоми матки з гіперплазією ендометрія**  
**Е.В. Степанова**

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з міомою матки і йоддефіцитними захворюваннями були виявлені наступні особливості: найбільш розповсюдженим є вузлуватий зоб, вік пацієнок старше 40 років, часте поєднання із захворюваннями центральної нервової системи і периферичних нервів. Порушення репродуктивного здоров'я при міомі матки і йоддефіцитних захворюваннях виражалося в переважанні поєднаної патології, а також порушенні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції функції яєчників, підвищенні рівня пролактину на тлі зниження функціональної активності щитовидної залози. На тлі зниження функціональної активності щитовидної залози виникає дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи, підвищення рівня пролактину, що може стати причиною поєднаної патології. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** захворювання щитовидної залози, міома матки, гіперплазія ендометрія.

**Interrelation between a condition thyreoidal systems and presence leiomyoma of uterus with hyperplasia of endometrium**  
**E.V. Stepanova**

Results of the lead researches testify, that at patients with a myoma of a uterus and ioddeficiency diseases had been revealed the following features: most the knotty craw is, the age of patients is more senior than 40 years, an often combination to diseases of the central nervous system and peripheral nerves. Infringement of reproductive health at a myoma of a uterus and ioddeficiency diseases was expressed in prevalence complex pathology, and also infringement hypotalamo-hypofizare regulation of function ovaries, increase of a level prolactinum on a background of decrease in functional activity of a thyroid gland. On a background of decrease functional activity of a thyroid gland there is a dysfunction hypotalamo-hypofizare systems, increase of a level prolactinum, that can be the reason complex pathologies. The received results are necessary for taking into account in practical public health services at carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** diseases of a thyroid gland, a myoma of a uterus, hyperplasia of endometrium.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Богатырева Р.В. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 1997. – Т. 2, № 1. – С. 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т. 2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998. – 432 с.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2002. – С. 52–56.
4. Measure progress. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO, 2004. – P. 33–36.

# Сравнительные аспекты информативности различных методов диагностики осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

**В.С. Страховецкий**

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее информативным в отношении выявления экстрагенитальных очагов гнойного воспаления при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки является сочетание бимануального исследования и УЗИ (0,84). Изолированное УЗИ обладает большей чувствительностью (0,6), чем диагностическая лапароскопия. Спаечно-инфильтративный процесс, парез кишечника нивелируют эффективность визуальной диагностики при лапароскопии у пациенток с пельвиоперитонитом до 0,37, с разлитым перитонитом до 0,29. Рентгенография брюшной полости обладает высокой чувствительностью только в отношении выявления кишечной непроходимости (0,98). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических мероприятий у пациенток с гнойным поражением придатков матки.

**Ключевые слова:** *гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, диагностика, осложненные формы.*

Несмотря на успехи и достижения современной гинекологии гнойно-воспалительные заболевания придатков матки в настоящее время характеризуются ростом частоты заболевания, склонностью к длительному рецидивирующему течению и генерализации процесса. Необратимые изменения в придатках матки, вынужденные объемы операций приводят в большей части случаев к потере специфических функций женского организма, к инвалидизации [1–6]. Распространение гнойно-воспалительного процесса за пределы внутренних половых органов, развитие местного и разлитого перитонита вынуждает выполнять радикальные вмешательства у женщин с нереализованной репродуктивной функцией [2]. Летальность при разлитом перитоните различной этиологии на протяжении последних 10–15 лет, по данным авторов, сохраняется на уровне от 10 до 25% [3, 4].

Анализ современной отечественной и зарубежной медицинской литературы свидетельствует о том, что развитие и течение перитонита вследствие гнойного поражения придатков матки имеет свои особенности: слабую выраженность или отсутствие признаков раздражения брюшины вне зависимости от площади ее пора-



жения в сочетании с клиникой гнойного поражения внутренних гениталий и смежных с ними органов. Стертость клиники, частое отсутствие симптомов раздражения брюшины, нередко приводит к недооценке тяжести состояния пациентов, неоправданной потере времени и запоздалой операции [5, 6].

Разрозненность данных исследований по систематизации и оценке эффективности методов диагностики и лечения разлитого перитонита с учетом особенностей его течения у больных гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) обусловило целесообразность выполнения данной работы.

**Цель исследования** – повышение эффективности диагностики осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования проведено комплексное обследование и лечение 100 женщин в возрасте от 15 до 50 лет (средний возраст  $36,7 \pm 3,4$  года) с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Основную группу (1) составили 50 пациенток с ГВЗПМ, осложненными экстрагенитальными гнойными поражениями органов брюшной полости, такими как, межкишечные, поддиафрагмальные абсцессы, вторичный аппендицит, забрюшинная флегмона, параметрит, вовлечение в очаг гнойной деструкции кишки, сальника. Контрольная группа (2) сформирована из 50 женщин с ГВЗПМ без прямого вовлечения в гнойный процесс органов брюшной полости. Обе группы были разделены на подгруппы в зависимости от распространенности перитонита: местный ограниченный и неограниченный, – условно пельвиоперитонит (ПП) (1А; 2А), и разлитой перитонит (РП) (1Б; 2Б).

Исследования проводились как в реальном времени, так и по результатам ретроспективного анализа архивных материалов.

Условно, все проводимое обследование было разделено на клиническое и лабораторное. Клиническое обследование включало общегинекологическое и специальные методы исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что чувствительность диагностики распространенности перитонита на дооперационном этапе составила для 1Б подгруппы больных 0,66, для 1А – 0,41, 2А и 2Б – 0,75 и 0,58 соответственно. Обращает на себя внимание превалирование недооценки тяжести перитонита над гипердиагностикой. В 36,0% случаев перитонит либо не диагностировался – (20,0%), либо устанавливался диагноз «пельвиоперитонит» при наличии поражения брюшины более чем двух анатомических областей – 16,0%. В 2,0% наблюдений в диагнозе фигурировал разлитой (распространенный) перитонит, верифицированный после операции как пельвиоперитонит (местный неотграниченный перитонит).

Анализ результатов, полученных при вагинальном исследовании при поступлении пациенток, показал, что во всех случаях осмотр был затруднен вследствие напряжения мышц брюшной стенки, вздутия живота, болезненности при пальпации. В группах больных ГВЗПМ с вовлечением в гнойный очаг соседних органов и структур – 1А и 1Б подгруппы, выявляемость патологического образования при вагинальном исследовании составила 0,56 и 0,52 соответственно. Наиболее часто, в

1А подгруппе в 32,0% случаев и 1Б подгруппе – 26,0% случаев, определялось болезненное, неоднородной консистенции, ограниченной подвижности, без четких контуров образование в проекции придатков размерами от 8,0 до 12,0 см. Вторым по частоте пальпаторно выявлялся единый конгломерат, исходящий из малого таза, размерами до 25,0 см, – в 16,0% и в 18,0% случаев соответственно. Тубоовариальные образования размерами до 8,0 см диагностировались в 1А подгруппе в 6,0% и в 1Б подгруппе – в 8,0% наблюдений.

В 2Б подгруппе в 16,0% случаев распространенный перитонит был обусловлен вскрывшимися пиосальпинксами, т.е. имелось отсутствие объемных образований при поступлении больной. Выявляемость абсцедирования придатков матки при бимануальном исследовании в данной группе пациенток составила 0,24 – в 16,0% наблюдений определялось образование размерами от 8,0 до 12,0 см. У пациенток 2А подгруппы пельвиоперитонит в большинстве случаев развивался вследствие гнойного сальпингоофорита, только в 6,0% случаев имели место сформированные пиосальпинксы размерами 4,0–6,0 см, диагностированные на дооперационном этапе.

Таким образом, без использования дополнительных методов исследования, подозрение на вовлечение в гнойный процесс соседних органов и структур в подгруппах 1А и 1Б было выставлено в 47,3% (35) наблюдений при выявлении воспалительного образования, в среднем, более 8,0 см. Достоверная же распространенность разлитого перитонита была выявлена лишь у 32 пациенток, что составило 50,8%, местного перитонита – в 67 (70,5%) наблюдениях.

Диагностика ГВЗПМ включает в себя не только выявление локализации и распространности гнойного процесса в малом тазу и брюшной полости, но и определение тяжести состояния больной, – наличие и степень полиорганной недостаточности. Следовательно, нами проведен как анализ чувствительности специальных методов исследования, так и оценка прогностической значимости различных критериев определения тяжести состояния больных с распространенными формами ГВЗПМ.

Обследование на дооперационном этапе, помимо осмотра специалистов, в максимальном объеме включает УЗИ органов малого таза и брюшной полости, Rg-графию брюшной полости (обзорный снимок) и диагностическую лапароскопию. Изучение объема диагностических исследований показало, что низкий уровень привлечения дополнительных методов исследования обусловлен в большинстве случаев недостаточной информативностью бимануального исследования, т.е. диагностический поиск больше был направлен на выявление источника воспаления, нежели на определение степени распространенности процесса, т.е. объем диагностических мероприятий ограничивался тяжестью состояния больных.

Изучение диагностической информативности дополнительных методов обследования показало, что чувствительность методов исследования зависит от распространенности воспалительного процесса и стадии абсцедирования придатков матки. Так, массивная инфильтрация тканей, спаечный процесс у больных 1А и 1Б подгрупп низводит чувствительность диагностической лапароскопии до 0,37 и 0,29 соответственно.

Например, в 5 случаях из 8 выполненных лапароскопий в 1А подгруппе подтверждался воспалительный процесс в брюшной полости без обнаружения источника воспаления вследствие указанных причин. В 1Б подгруппе выполнение лапа-

роскопии дополнительно осложнялось наличием раздутых петель кишечника, спаечным процессом последнего, в то время как, в подгруппах 2А и 2Б лапароскопия обладает самой высокой диагностической чувствительностью (1,0). Rg-графия брюшной полости, обладая высокой чувствительностью 0,98 при выявлении перитонической непроходимости кишечника, не позволила диагностировать межпечельные абсцессы в 10,0% случаях и поддиафрагмальный абсцесс в 4,0% случаев в 1Б подгруппе. УЗИ органов малого таза обладает достаточно высоким уровнем чувствительности - 0,6 в 1А, 0,6 и 1,0 в 2А и 2Б подгруппах соответственно. Более низкую чувствительность метода 0,25 в 1Б подгруппе, возможно, следует объяснять тем, что именно у данной категории больных в большей части случаев разлитой перитонит был обусловлен вскрывшимися тубоовариальными абсцессами (пиосальпинксами), а, следовательно, имелась не совсем типичная эхо-картина последних. Наибольшим уровнем чувствительности характеризуется сочетание УЗИ с бимануальным исследованием – 0,84.

Следует отметить, что специфичность УЗИ органов малого таза в отношении выявления поражения соседних органов и структур при ГВЗПМ незначительно выше специфичности диагностической лапароскопии – 0,14 и 0,1 соответственно. Однако, в отличие от лапароскопии, УЗИ органов малого таза, являясь неинвазивным методом, не несет риска интраоперационных осложнений, возможность возникновения которых в условиях спаечного процесса, инфильтрации тканей достаточно высока.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наиболее информативным в отношении выявления экстрагенитальных очагов гнойного воспаления при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки является сочетание бимануального исследования и УЗИ (0,84). Изолированное УЗИ обладает большей чувствительностью (0,6), чем диагностическая лапароскопия. Спаечно-инфильтративный процесс, парез кишечника нивелируют эффективность визуальной диагностики при лапароскопии у пациенток с пельвиоперитонитом до 0,37, с разлитым перитонитом до 0,29. Рентгенография брюшной полости обладает высокой чувствительностью только в отношении выявления кишечной непроходимости (0,98). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических мероприятий у пациенток с гнойным поражением придатков матки.

### **Порівняльні аспекти інформативності різних методів діагностики ускладнених форм гнійно-запальних захворювань придатків матки В.С. Страховецький**

Результати проведених досліджень свідчать, що найбільш інформативним відносно виявлення екстрагенітальних вогнищ гнійного запалення при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки являється поєднання бімануального дослідження і УЗД (0,84). Ізольоване УЗД має більшу чутливість (0,6), ніж діагностична лапароскопія. Спайково-інфільтративний процес, парез кишковика нівелюють ефективність візуальної діагнос-

тики при лапароскопії у пацієнток з пельвіоперитонітом до 0,37, з розлитим перитонітом до 0,29. Рентгенографія черевної порожнини має високу чутливість тільки відносно виявлення кишкової непрохідності (0,98). Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних заходів у пацієнток з гнійним ураженням придатків матки.

**Ключові слова:** *гнійно-запальні захворювання придатків матки, діагностика, ускладнені форми.*

**Comparative aspects informative various methods of diagnostic the complicated forms purulent - inflammatory diseases of appendages of the uterus**  
**V.S. Strahovetsky**

Results of the spent researches testify, that the most informative concerning revealing extra-genital the centres of a purulent inflammation at pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus is the combination by manual research and ultrasonic research (0,84). The isolated ultrasonic research possesses more sensitivity (0,6), than a diagnostic laparoscopy. Soldering-infiltrational process, pareses of intestines level efficiency of visual diagnostics at a laparoscopy at patients with pelvioperitonitis to 0,37, with the poured peritonitis to 0,29. Rentgenography a belly cavity possesses high sensitivity only concerning revealing of intestinal impassability (0,98). The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic actions at patients with purulent defeat of appendages of a uterus.

**Key words:** *pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, diagnostics, the complicated forms.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Антонова Л.В., Карапетян С.Г., Каухова Е.Н. Особенности клинического течения острых воспалительных заболеваний придатков матки на фоне использования внутриматочных контрацептивов // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 10. – С. 41–44.
2. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии, 2009. – № 5. – С. 114–118.
3. Батырова А.К., Мезинова Н.Н., Шаронина Л.Б. О диагностическом и практическом значении иммунологических исследований у женщин с воспалительными процессами придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 5. – С. 88–91.
4. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 173 с.
5. Костючек Д.Ф. Гнойные тубоовариальные образования (клиника, диагностика, принципы терапии) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Вып. 1. – С. 63–65.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., Титченко Н.И., Дуб Н.В. Современные методы диагностики тяжелых гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Вестник российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1999. – № 2. – С. 56–67.

# Ускладнення лапароскопічного лікування апоплексії яєчника

**А.А.Волошин**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що встановлені нами клінічні аспекти апоплексії яєчника мають важливе діагностичне значення і отримані результати необхідно використати при проведенні діагностичних і прогностичних заходів у пацієнток групи високого ризику.

*Ключові слова:* апоплексія яєчника, клініка, діагностика.

В умовах сьогодення проблема внутрішньочеревних кровотеч в гінекологічній практиці є дуже актуальною. Незважаючи на впровадження в медичну практику нових технологій, своєчасна діагностика цих станів нерідко залишається скрутною. Ця патологія вимагає невідкладної хірургічної допомоги, в наданні якої беруть участь не лише акушер-гінеколог, але і лікарі інших спеціальностей.

На сьогодні апоплексія яєчника (АЯ) є одним з невідкладних станів, що найчастіше зустрічаються, в гінекологічній практиці, що вимагають термінового хірургічного втручання [1–3]. Ця патологія зустрічається, переважно у молодому віці, має не лише медичне, але і соціальне значення, що диктує необхідність пошуку таких методів хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і, таким чином, зберегти репродуктивну функцію жінки. Важливе значення для цієї категорії пацієнток має і косметичний результат операції.

Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методик дозволило істотно змінити діагностичну і лікувальну тактику при багатьох гінекологічних захворюваннях, особливо при станах, що супроводжуються внутрішньочеревними кровотечами – АЯ [1–3].

На сьогодні в доступній нам літературі є повідомлення про переваги лапароскопічного методу оперативного втручання порівняно з широкою лапаротомією. Лапароскопія відповідає усім необхідним вимогам, є сучаснішим і економічно вигіднішим методом, оскільки призводить до скорочення термінів стаціонарного лікування і тимчасової непрацездатності [1–3].

Найбільшу небезпеку при АЯ представляє внутрішня кровотеча, яка може бути масивною і привести до розвитку геморагічного шоку і, в результаті його, до розвитку серйозних ускладнень. Застосування лапароскопічного методу лікування в подібній ситуації зв'язано зі значними технічними труднощами, може бути пролонговано в часі, у зв'язку з чим, в даному випадку найбільш доцільне застосування широкої лапаротомії.

При вирішенні цього наукового питання ми вирішили зупинитися на клінічних аспектах АЯ, вивчення яких і визначило мету справжнього наукового дослідження.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Представлена наукова робота ґрунтується на результатах обстеження і лікування 60 жінок, прооперованих з приводу АЯ, які були розділені на дві групи:

1 група – 30 пацієнок з больовою формою АЯ;

2 група – 30 пацієнок з анемічною (геморагічною) формою АЯ.

Середній вік пацієнок обох груп достовірно не відрізнявся і склав  $23,5 \pm 0,5$  року.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При вивченні анамнезу виявлено, що час від початку захворювання до вступу в стаціонар залежав від маніфестації захворювання – больового синдрому. Так, 86,7% спостережуваних з помірною і значною внутрішньочеревною кровотечею були госпіталізовані в 1 доби захворювання, з них 33,3% – в перші дві години. При цьому ніхто не звертався до гінеколога за місцем проживання і самостійно не лікувався. В той же час, спостережувані з незначною кількістю рідини в малому тазу поступали в стаціонар на 2–7 діб від початку захворювання, 50,0% амбулаторно використали знеболюючу і гемостатичну терапію з тимчасовим ефектом, а інші 50,0% – лікувалися самостійно.

На нашу думку, є важливою та обставина, що у 50,0% обстежених апоплексія яєчника сталася на тлі хронічного емоційного стресу, пов'язаного з важкими матеріально-побутовими умовами (30,0%) і вимушеною наднормовою роботою (20,0%). 70,0% пацієнок напередодні вступу перенесли раптову сильну стресову ситуацію, що виходить за грані звичного психологічного навантаження.

Більшість пацієнок (36,7%) застосовували бар'єрні засоби контрацепції (презерватив, фарматекс) і/або перерваний статевий акт. Внутрішньоматкові контрацептиви використовували 13,3% пацієнок і не оберігалися 40,0%. Гормональні контрацептиви використали 20,0% жінок, причому половина з них припинили прийом препаратів за 1–2 міс до виникнення АЯ або було порушення в прийомі препарату.

При аналізі гінекологічного анамнезу встановлено, що патологічні зміни шийки матки раніше перенесли 33,3% пацієнок; хронічні запальні процеси репродуктивної системи – 46,7% з переважанням у флорі хламідіозу і уреоплазм.

Виходячи з анамнезу 60,0% пацієнок перенесли різні форми АЯ у минулому. Причому 20,0% пацієнок були госпіталізовані в стаціонар з больовою формою АЯ і отримували консервативну терапію з позитивним ефектом. У 26,7% жінок була зроблена лапароскопія з приводу цієї патології і 13,3% – лапаротомія. 16,7% пацієнок після різних варіантів оперативного лікування відчували тягучий біль в середині менструального циклу або напередодні менструації, але не зверталися до гінеколога.

При госпіталізації усі обстежені пред'являли різні скарги. Найбільш типовий симптомокомплекс окрім больового синдрому з іррадіацією в пряму кишку включав: слабкість і запаморочення (1 група – 86,7% і 2 – 80,0%); сухість у роті (1 група – 40,0% і 2 – 26,7%); втрату свідомості (1 група – 6,7% і 2 – 16,7%); кров'яні виділення після затримки менструації (1 група – 6,7% і 2 – 33,3%) і міжменструальні кров'яні виділення (1 група – 3,3% і 2 – 13,3%).

При вивченні анамнезу справжнього захворювання ми відмітили, що розрив яєчника відбувався в різні фази менструального циклу. Виходячи з отриманих даних встановлено, що АЯ частіше виникала в другій фазі (1 група – 40,0% і 2 – 36,7%) і із затримкою менструації (1 група – 40,0% і 2 – 43,3%). Перша фаза менструального циклу характеризувалася рідкіснішою маніфестацією захворювання (по 20,0% в кожній групі).

Аналізуючи причини, що провокують виникнення АЯ, ми виявили, що такими були: статевий акт, фізична напруга (важка робота, підняття тяжкості, фізична напруга і заняття спортом). Звертає на себе увагу той факт, що в 50,0% випадків АЯ зареєстрована в стані спокою. У порівняльному аспекті нами встановлено, що у пацієнток 2 групи АЯ частіше провокували статевий акт і фізичну напругу в порівнянні з 1 групою.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, клінічні аспекти апоплексії яєчника мають важливе діагностичне значення і отримані результати необхідно використати при проведенні діагностичних і прогностичних заходів у пацієнток групи високого ризику.

### **Осложнения лапароскопического лечения апоплексии яичника А.А. Волошин**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что установленные нами клинические аспекты апоплексии яичника имеют важное диагностическое значение и полученные результаты необходимо использовать при проведении диагностических и прогностических мероприятий у пациенток группы высокого риска.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, клиника, диагностика.

### **Complications of laparoscopic treatment apoplexia of ovarium A.A. Voloshin**

Results of the lead researches testify, that the clinical aspects established by us apoplexia ovarium have the important diagnostic value and the received results it is necessary use at carrying out diagnostic and prognostical actions at patients of group of high risk.

**Key words:** apoplexia ovarium, clinic, diagnostics.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 3. – С. 35–39.
2. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 3. – С. 17–20.
3. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение апоплексии яичников // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2005. – № 2. – С. 110–114.

# Основні аспекти діагностики та лікування безпліддя трубного походження

**А.Д. Вітюк**

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ  
Український державний інститут репродуктології

---

Вивчення причин захворювання придатків матки є основним кроком у діагностиці безпліддя. Представлено огляд основних зарубіжних статей, які висвітлюють діагностику та лікування безпліддя трубного походження. Останні публікації стосовно проведення лапароскопічної хромосальпінгоскопії свідчать про те, що даний метод діагностики залишається золотим стандартом в діагностиці трубної непрохідності, при цьому гістеросальпінгографія ще широко використовується на рівні нових впроваджених методів. Соногістерографія із застосуванням контрастних розчинів по діагностичній важливості трубної непрохідності займає проміжне місце між гістеросальпінгографією та лапароскопічною хромотубацією. Серологія хламідіозу – один з багатьох найефективніших та найменш агресивних тестів для визначення причин порушення трубної прохідності, не гірший ніж гістеросальпінгографія. В залежності від причини та ступеня трубної непрохідності, віку та оваріального резерву пацієнтки лікування трубного безпліддя є можливим.

*Ключові слова:* безпліддя трубного походження, гідросальпінгс, лікування.

Актуальною проблемою репродуктології залишається безпліддя, частота якого **А**за останні 5 років збільшилася з 18 до 38% і спостерігається подальше зростання. У структурі жіночого безпліддя переважає трубно-перитонеальна форма. Трубний чинник спостерігається у 35–85%, перитонеальний – у 9,4–34% випадків. Найчастіше трапляється трубно-перитонеальне безпліддя – у 38–64% [1, 5, 10, 13, 17, 22]. Частота відновлення репродуктивної функції коливається від 8 до 47,2% після проведених лікувальних тактик. Найбільш ефективним є хірургічний метод з використанням лапароскопічного доступу. Однак, незважаючи на малоінвазивний доступ, удосконалення техніки операцій, використання сучасних хірургічних енергій, не вдається досягти значного підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції через утворення перитубарних і периваріальних злук, реоклюзії маткових труб [5, 10, 31, 32, 39, 44].

Однією з найбільш поширених причин інфертильності у жінок репродуктивного віку є патологія маткових труб (МТ). Зміни виявляються у 35–74% хворих з безпліддям, з них у 30–70% має місце первинне безпліддя і у 42–83% – вторинне [8, 9, 17, 29, 37].

Запальний процес є причиною оклюзійних уражень МТ у більшості жінок, який ініціюється генітальною інфекцією [12, 14, 20]. При ураженні МТ з утворенням виражених анатомічних змін основну роль відіграє змішана інфекція, яка викликана хламідіями [11, 13, 14, 21, 28], мікоплазмами та гонококами, які утворюють



асоціації як один з одним, так і з іншими збудниками [3, 18], зокрема з трихомонадами [7, 8, 11, 25]. Серед збудників вірусних інфекцій найбільше значення має вірус простого герпесу, особливо II типу [10, 13, 17].

В більшості випадків слизова оболонка першою ушкоджується при первинному гострому інфікуванні МТ. Після первинного ураження труби, зрощення, що виникають, звичайно виглядають як тонкі, достатньо пухкі мембрани, які вже на цьому етапі порушують механізм захоплення та транспортування яйцеклітини [19]. Виникають значні щільні злуки, які деформують трубу та грубо порушують її функцію в основному після рецидивів хронічного сальпінгіту. При підвищенні активності фібробластів в серозній оболонці труби, часто розвивається перитубарний спайковий процес. Запальний процес в ампулярних відділах МТ часто супроводжується злипанням фімбрій у місцях загибелі вільчастого епітелію та грубими структурними змінами МТ по типу гідросальпінксів [1, 8, 13, 26].

В основному оклюзії труб сприяє не тільки запалення інфекційної походження, але й спайковий процес після операцій на органах малого тазу або черевної порожнини, особливо після деструктивних форм апендициту, резекції яєчників, сальпінгоектомії в зв'язку з трубною вагітністю [2, 10]. Аборт є найбільш частою причиною вторинного трубного безпліддя. [19, 26, 35].

Причиною трубного безпліддя також можуть бути пухлини матки та яєчників. При цьому відбувається зміна функціонального стану або механічне стискання труб [6, 11].

При едометріозі у 11–15% випадків зустрічається непрохідність МТ та безпліддя [7, 19, 22].

Не тільки оклюзії є ураженням МТ [35]. Також спостерігаються порушення налагоджених механізмів ціліарної, секреторної та м'язової діяльності при неглибоких порушеннях, у результаті чого порушується проходження сперматозоїдів, захват яйцеклітини та її транспортування після запліднення в матку – тому може зрости ризик порушення ектопічної імплантації. Саме це пояснює той факт, що лікування захворювань труб сприяє збільшенню ризику виникнення ектопічної вагітності, оскільки внаслідок тих чи інших хірургічних та терапевтичних втручань не завжди вдається нормалізувати функцію труб після відновлення їх анатомічної прохідності [6, 14, 15].

Безперечно ефективність відновлення репродуктивної функції складається з трьох основних складових: оцінки стану репродуктивної функції пацієнтів за допомогою стандартизованого алгоритму обстеження, діагностики факторів безпліддя та проведення комплексної поетапної терапії в залежності від клінічної форми захворювання. Тому послідовні та визначені етапи діагностики та терапії зумовляють їхню ефективність виконання конкретної задачі в процесі лікування для швидкого відновлення репродуктивної функції [7, 19].

Відомо, що частота жіночих та чоловічих факторів безпліддя однакова, а кожна четверта подружня пара має поєднання декількох факторів, обстеження при безплідді починають із співбесіди з подружньою парою, для того, щоб виключити психосоціальні, ятрогенні причини та оцінити стан здоров'я подружжя. Отримавши вище перераховані дані ми зможемо скласти загальний план обстеження та послідовність діагностичних процедур. Надалі обстеження паралельно ведуть гінеколог та андролог [27].

При першому зверненні обстеження жінки починають з клініко-анамнестичних даних: чіткого аналізу скарг хворої, особливостей анамнезу сім'ї та спадковості, перенесених захворювань, характеру менструальної функції, ритму статевого життя, перебігу та закінчення попередніх вагітностей, детальною історією даного захворювання.

При клінічному обстеженні виявляють тип будови тіла, вагозростовий коефіцієнт (вага/зріст<sup>2</sup>, норма –  $23 \pm 0,1$ ), ступінь оволосіння за шкалою Феррімана та Галвея (норма  $4,5 \pm 0,1$ ), ступінь розвитку молочних залоз за шкалою Таннера, наявність галактореї [3].

Різні анатомічні особливості репродуктивних органів виявляють при гінекологічному дослідженні. Скринінговий метод обстеження, кольпоскопія, оцінює стан шийки матки [15].

Обстеження жінок з безпліддям на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) є необхідним у зв'язку з високою частотою запальних захворювань статевих шляхів [19, 26, 29, 32] у жінок репродуктивного віку та їх негативним впливом на стан репродуктивної системи [14, 24, 27].

Досліджують мазок з піхви для оцінки ступеня чистоти, вміст піхви для визначення мікробіоценозу, мазок з цервікального каналу для виявлення хламідій [3, 5, 21], уреоплазм, мікоплазм, вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), кров на токсоплазмоз (при звичному невиношуванні вагітності в анамнезі) [2, 11, 15].

Проводять етіотропну терапію при виявленні ІПСШ з урахуванням інфекційного агенту та наступним контрольним обстеженням [9, 22, 26, 31].

Для оцінки гормональної активності яєчників та підтвердження овуляції сьогодні використовують домашній тест на овуляцію «FRAUTEST», заснований на виявленні преовуляторного викиду ЛГ, який виявляється в сечі. Позитивним тест буде в день овуляторного піку ЛГ. За допомогою даного тесту ми можемо оцінити наявність овуляції та функцію жовтого тіла, виявити оптимальні дні для зачаття та для визначення рівню прогестерону в лютеїнову фазу циклу (6–7-й день після позитивного результату тесту) [25, 34].

Більшість клініцистів визнають недоцільним оцінювати функцію яєчників за тестами функціональної діагностики: графіком базальної температури та визначенням цервікального числа за Inster, тому що показники базальної температури залежать від багатьох факторів, в тому числі від гострих та хронічних захворювань, особливостей харчування, прийому алкоголю та ін. Немає підвищення базальної температури навіть у деяких жінок з нормальним гормональним профілем, незважаючи на наявність овуляції [5, 17].

В ранню фолікулярну фазу циклу починають гормональне обстеження пацієнток з регулярним ритмом менструацій. На 5–7-й день менструального циклу в плазмі крові визначають рівень базальної секреції пролактину (ПРЛ), тестостерону, дегідроепіандростерону сульфату (ДЕА-С) [23, 24].

Визначають вміст прогестерону для оцінки овуляції та функції жовтого тіла на 20–22-й день лютеїнової фази циклу [10, 18].

Пролактин є гормоном адаптації та універсальним маркером неблагополуччя в репродуктивній системі. В процесі подальшого обстеження уточнюють характер та

ступінь вираженості змін гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. На основі підвищення рівня гормону в 2 пробах крові ставлять діагноз гіперпролактинемії. Дослідження повторюють ще раз у ранню фазу циклу (5–7й день), якщо в одній пробі вміст гормону підвищений, а в іншій – нормальний, та за сумою 2 одержаних значень встановлюють або виключають діагноз гіперпролактинемії [17, 26].

При частоті виявлення зовнішнього геніального ендометріозу (55,4%) у пацієнток з регулярним ритмом менструацій, в переважній більшості випадків, гіперпролактинемія носить транзиторний характер і завжди поєднується з патологією органів малого тазу. Досягти настання вагітності в кожній другій з них без використання парлодела можливо при використанні медикаментозної терапії антигормонами (аРГ-Гн, даназол), що дозволить нормалізувати рівень ПРЛ у плазмі крові більш ніж у 70% [5, 16, 18, 28].

Концентрація тестостерону збільшується в плазмі крові, що свідчить про наявність гіперандрогенії нез'ясованого генезу. Зростаючий рівень ДЕА-С характерний для надниркової гіперандрогенії. Визначення рівня кортизолу у жінок з регулярним ритмом менструацій є недоцільним, тому що діагностично значимі зміни концентрації гормону з'являються тільки при порушеннях менструального циклу [6, 14].

Були досліджені в плазмі крові ПРЛ, ФСГ, ЛГ, тиреотропний гормон (ТТГ), естрадіол (Е2), тестостерон, кортизол, ДЕА-С, трийодтиронін (Т3), за показаннями – дегідроепіандростерон (ДЕА) та 17-оксипрогестерон (17-ОП) – при підозрі на олігоменорею (5–7-й день) та аменорею (у будь-який день циклу) [4, 12, 23].

Рівень прогестерону в крові у жінок з олігоменореєю визначають на 6–7-й день після підтвердження овуляції за допомогою тесту „FRAUTEST”. При аменорей рівень прогестерону в плазмі крові визначають тільки в циклах індукції овуляції [8, 14].

При безплідді імунологічного генезу немає об'єктивних, науково обґрунтованих методів.

Для оцінки біологічної сумісності сперматозоїдів та цервікального слизу використовують післякоїтальний тест (ПКТ), який необхідно проводити чітко за стандартами, так як їх недотримання веде до хибних результатів та, у подальшому, – до невіддалого лікування [4, 12].

Здійснивши ПКТ, оцінюють якість цервікального слизу за 5 параметрами: об'єм, в'язкість, розтяжимість, кристалізація та клітинність, – в періовуляторний період при цервікальному числі не менш 10 балів. Через 4–6 год після коїтусу здійснюють забір матеріалу. Спочатку аспірують піхвовий вміст із заднього склепіння (для підтвердження інтравагінальної еякуляції), потім – слиз із зовнішньої та внутрішньої частини цервікального каналу (не менше 1 мл). Встановлюють рН вмісту, після чого матеріал розміщують між покривними скельцями та досліджують під мікроскопом при 400-разовому збільшенні [6, 20].

При наявності 10-ти та більше рухливих сперматозоїдів з активно-поступальним рухом в полі зору – ПКТ позитивний; як сумнівний – при наявності менше 10-ти рухливих сперматозоїдів з рухом уперед; як негативний – при відсутності сперматозоїдів у слизу, або якщо вони нерухливі чи характеризуються маятникоподібним рухом [4, 12].

При нормозооспермії у чоловіка та негативному ПКТ у дружини частота настання вагітності дещо нижча, ніж при позитивному тесті [7, 13].

Широко використовують скринінговий імунологічний метод обстеження –МАР-тест, за допомогою якого визначають антиспермальні антитіла (АСАТ) в еякуляті. Їх наявність свідчить про імунний фактор безпліддя (норма для МАР-тесту – менше 30%,  $\geq 30\%$  – імунологічна форма безпліддя у чоловіка та рекомендоване проведення лікування за допомогою інсемінації спермою чоловіка (ІСЧ) або запліднення *in vitro* (ЗІВ) інтрацитоплазматичною ін'єкцією сперматозоїдів (ІКСІ) [27].

У жінок АСАТ не має великого клінічного значення і можуть бути присутні в сироватці крові, слизу цервікального каналу і перитонеальній рідині, частота їх виявлення коливається від 5 до 65% [27].

Всім пацієнткам з безпліддям проводять ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу для виявлення новоутворень та аномалій розвитку внутрішніх статевих органів, а також різноманітної внутрішньоматкової патології [27].

З метою оцінки стану молочних залоз та виключення пухлиноподібних утворень перед гормональною терапією здійснюють УЗД молочних залоз, що є неінвазивним скринінговим методом обстеження жінок з безпліддям до 35 років [34].

За показами в залежності від даних клінічного огляду та УЗД проводиться маммографія. Вікові зміни структури молочних залоз у різні періоди життя жінок спонукають до використання різних діагностичних методів. [24].

Для оцінки прохідності, внутрішнього просвіту обох маткових труб, а також вад розвитку внутрішніх статевих органів, внутрішньоматкових синехій, генітального туберкульозу застосовують гістеросальпінгографію (ГСГ), що проводиться всім пацієнткам з безпліддям: на 16–20-й день при регулярному ритмі менструації та олігоменореї, у будь-який день – при аменореї. Використовують водорозчинні рентгеноконтрастні препарати (верографін, урографін) [12, 19].

В результаті отриманих даних лікар розробляє подальшу тактику ведення пацієнток, визначає завдання та мету ендоскопічного обстеження, вибирає найбільш оптимальний день менструального циклу для оперативного лікування. При лапароскопічних операціях на маткових трубах та корекції аномалій розвитку матки контрольна ГСГ після операції дозволяє провести порівняльну оцінку анатомічного стану органів малого тазу до і після хірургічного втручання для вибору подальшої тактики ведення хворих. Краніограму проводять хворим з порушенням ритму менструації для діагностики нейроендокринних захворювань. На рентгенограмі черепу та турецького сідла оцінюють ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску (гіперпневматизації пазух основної кістки, пальцеві втиснення, посилення судинного малюнку), форму, розміри та контури турецького сідла. Збільшення його розмірів, поява двоконтурності дна, розширення входу в турецьке сідло або витончення його стінок можуть вказувати на наявність пухлини гіпофізу [34].

Пацієнткам з підвищеним рівнем ПРЛ в плазмі крові при підозрі на мікроаденому гіпофізу показана комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія показані пацієнткам з підвищеним рівнем ПРЛ в плазмі крові при підозрі на мікроаденому гіпофізу [9, 12].

Для оцінки будови та структури щитовидної залози використовують УЗД. Це дослідження показано пацієнткам з порушенням менструального циклу по типу оліго- та аменореї [24].

Історично розвиток хірургічного лікування трубного безпліддя ділять на три етапи [4, 7, 14, 16].

I етап – (макрохірургічний), де сформувалась тактика оперативного лікування трубного безпліддя. Враховуючи характер ураження МТ, були відпрацьовані всі основні прийоми корекції маткових уражень (сальпінголізис, фімбріопластика, сальпінгостомія, імплантація труби в матку). II етап – (мікрохірургічний) з моменту впровадження в клінічну практику операційного мікроскопу та застосування відповідних мікрохірургічних інструментів та методик, які покращують якість прета інтраопераційної оцінки стану МТ, і використовуються в умовах лапаротомії [4];

III етап – (ендохірургічний) – лапароскопія, яка стала із чисто діагностичної процедури оперативною [14, 18]. При цьому операція відбувається у відповідності з метою, яка сформульована ще на етапі макрохірургічного лікування оклюзійних уражень МТ, а техніка використовує всі останні досягнення мікрохірургії та ендоскопії [7, 12, 17, 27].

Вперше пластичні операції на МТ при їх оклюзійних ушкодженнях були виконані наприкінці XIX століття.

Сальпінголізис (сальпінгооваріолізісу), який полягає в звільненні МТ (або МТ та яєчників) від злукових зрощень [29], був вперше виконаний в 1884 році Polk.

Сальпінгостомія (сальпінгонеостомія, сальпінгостоматопластика) була запропонована в 1881 р. Martin та Shreder у Германії, Dudley в США. Вона передбачає створення нового округлого або хрестоподібного отвору в абдомінальному (ампулярному) відділі МТ при його зарощенні. Пізніше описано багато методик цієї операції [19], основним етапом яких є формування нового отвору:

- термінальна сальпінгостомія (в термінальному відділі труби);
- латеральна сальпінгостомія (на бічній стінці труби ближче до яєчника);
- трансверзальна сальпінгостомія (на місці ампутації зміненої ділянки МТ) [8].

Сальпінгоанастомоз передбачає видалення непрохідної ділянки МТ в істмічному або ампулярному відділах з наступним відновленням її цілісності накладанням анастомозу, який з'єднує дистальні та проксимальні ділянки труби. Даний тип операцій стали одночасно проводити в багатьох клініках Німеччини, Франції та США з початку XX століття [10].

Імплантація труби в матку при непрохідності МТ в інтерстиціальному або на початку істмічного відділу була вперше виконана Watkins у 1897 р.

На сьогоднішній день основним нормативним документом з питань репродуктивного здоров'я в Україні є наказ Міністерства охорони здоров'я України № 676 від 31 грудня 2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», а саме розділ: гінекологічна ендоскопія.

Частота настання вагітності після лапароскопічних операцій (ЛО) складає в середньому 21–28% [5, 9, 23].

На ефективність ЛО впливають злуковий процес та функція яєчників. За даними А.С. Гаспарова та співавт. [7], при використанні оперативної лапароскопії у жінок з трубним безпліддям, відновлення фертильності спостерігається у 35%

пацієнток з I ступенем поширеності злукового процесу, у 23% – з II, у 12% – з III та у 6% – з IV ступенем. Аналогічні дані були одержані іншими дослідниками, у зв'язку з чим використання ендоскопічної пластики МТ не рекомендується призначати хворим із злуковим процесом III-IV ступеня [21].

Відносно низька ефективність ЛО при виконанні сальпінгостомії, особливо при наявності гідросальпінксу, – не більше 20–25% відновлення фертильності [5, 22].

Використання ендоскопії для пластики МТ у порівнянні з мікрохірургічними операціями більш значне, так як забезпечує зменшення тривалості стаціонарного лікування, а також мінімальну травматизацію. Тому в даний час сальпінгооваріолізіс, фімбріопластика та сальпінгостомія в основному виконуються лапароскопічно [15, 18, 21].

За рахунок досконалої техніки виконання будь-яких з ЛО відновлення природної фертильності у хворих з трубним безпліддям, які використовуються сьогодні, суттєво залежить від якості реабілітаційної терапії, що спрямована на попередження утворення злук та реоклюзії маткових труб у післяопераційному періоді [20, 30, 44].

Традиційно вважають, що головне для профілактики рецидиву оклюзії МТ після пластичних операцій – це ретельне виконання хірургічних маніпуляцій, які забезпечують мінімум тканинних ушкоджень.

Для профілактики реоклюзії МТ в післяопераційному періоді раніше обов'язковим було використання гідротубацій, де пізніше було виявлено корелятивний зв'язок між частотою проведення цієї маніпуляції та вірогідністю виникнення гідросальпінксу, що в останні роки стало причиною відмови від гідротубацій [6, 14].

Раннє відновне лікування призначають з перших 2-х діб. Після ендоскопічної операції призначають раннє відновне лікування з перших 2-х діб. Тривалість лікування складає від 3 до 10 діб.

Доцільним є дослідження мікрофлори перед призначенням антибактеріального лікування в момент проведення діагностичної лапароскопії потрібно проводити забір перитонеальної рідини та біоптатів яєчників та фімбрій, тому аналогічні дослідження вмісту з цервікального каналу, уретри та піхви є недостатньо об'єктивними. Відомо, що мікробний спектр нижніх та верхніх статевих шляхів може значно відрізнятись [2, 19].

Застосовують ферментні препарати – лідазу, гіалуронідазу, трипсин, вобензим, флогензим для розчинення відкладень фібрину, які створюють умови для утворення спайок [2, 3, 8, 10, 12, 21].

Деякі автори пропонують використовувати біо- та імуностимулятори різного походження – алое, ФІБС, скловидне тіло, левамізол, гумізол, екстракти тимуса та плаценти та ін. для стимуляції імунної системи та активації процесів обміну в тканинах, які сприяють їх більш швидкому загоєнню [13, 18, 21, 23, 29, 45].

Фізіотерапевтичні процедури, які застосовуються в післяопераційному періоді, за загальною думкою, повинні носити постійний характер та проводитись у вигляді повторних курсів. Такий підхід мобілізує особисті адаптаційні процеси, покращує трофіку тканин за рахунок інтенсифікації процесів обміну та посилення крово-

лімфообігу. При цьому в комплексній відновній терапії застосовують як преформовані, так і природні фізичні фактори [10, 31].

Широке застосування з апаратних методів фізіотерапії знайшли: електрофорез різноманітних лікарських речовин (сульфату магнію, саліцилату натрію, йодиду калію, сульфату міді та ін.), ультразвуковий вплив в імпульсному режимі, струми надтональної частоти, змінне і постійне магнітні поля, електростимуляції МТ [5, 36, 37, 45].

Плазмозферез, ендоваскулярне лазерне опромінення крові – ЕЛОК, озонотерапія – використовують у ранньому післяопераційному періоді у пацієнок з гнійно-запальними захворюваннями при значних анатомічних змінах органів малого тазу та при великих об'ємах хірургічного втручання. Для зменшення ендотоксикозів, покращення мікроциркуляції в судинному басейні малого тазу, реологічних властивостей крові та підвищення бактерицидної і імунomodельючої дії.

Результати ендоскопічного обстеження, об'єм оперативного втручання, дані патоморфологічного дослідження ендометрію та інших біоптатів під час операції. Лікування починають у наступному менструальному циклі, його тривалість складає 1–6 міс. Використовують медикаментозні (гормони та антигормони) та немедикаментозні (ФТЛ, санаторно-курортне, еферентне, фітотерапія, гірудотерапія) методи лікування зумовлюють характер подальшої терапії [35].

Загальні досягнення в галузі післяопераційної реабілітаційної терапії з приводу трубного безпліддя далекі від кінцевого вирішення. На сьогодні не створено жодної загальновизнаної та загальноприйнятої схеми, в якій можливо знайти конкретні вказівки за використання певних антибактеріальних засобів, десенсибілізуючих та ферментних препаратів, імуностимуляторів та активаторів процесів обміну, а також інтра- та післяопераційних засобів для профілактики утворення спайок. Описані різними авторами методики з використання всіх цих засобів та методів носять лише рекомендуєчий характер та відрізняються різноманітністю варіантів. Останнє досить ускладнює порівняння кінцевих результатів різних ЛО на МТ, виконаних різними авторами, оскільки залишається нез'ясованим, в якій мірі успіх відновлення природної фертильності визначається технікою оперативних втручань на трубах, а в якій – характером наступної реабілітаційної терапії.

Таким чином, питання „стандартизації” підходів до виконання лапароскопії та її обсягу є недостатньо чіткими і узгодженими з питаннями використання фізіопроцедур після операцій на МТ, також як і оформлення вказівок на характер необхідного лікування в післяопераційному періоді, в цілому, потребують подальшого вивчення.

Додаткове обстеження проводять з метою оцінки наслідків ендоскопічних операцій та відновного лікування. Дані проведеного обстеження дозволяють визначити подальшу тактику ведення хворих.

Контрольну ГСГ проводять через 2 міс після закінчення відновного лікування, коли закінчується період післядії процедур. Метою ГСГ є оцінка ефективності ендоскопічної операції та відновного лікування при безплідді трубного походження. При відсутності позитивного ефекту від проведеного лікування та порушення прохідності маткових труб у жінок з безпліддям трубного походження, повторне ендоскопічне лікування або ФТЛ є неперспективним. Пацієнткам не-

обхідно рекомендувати ЗІВ як самий ефективний метод терапії в даній клінічній ситуації [13].

Оцінюючи шляхи підвищення ефективності хірургічного лікування трубного безпліддя, відзначимо, що прогрес буде визначатись не стільки вдосконаленням особистої хірургічної техніки, яка вже сьогодні досягла майже 100% ефективності для усунення анатомічної непрохідності МТ, скільки успіхами післяопераційної реабілітаційної терапії, направленої на корекцію порушення функції труб з відновленням просвітом та профілактику післяопераційного утворення спайок.

### **Основные аспекты диагностики и лечения трубного бесплодия**

**А.Д. Витюк**

Изучение причин заболеваний придатков матки является главным этапом в диагностике бесплодия. Представлен обзор иностранных базовых статей, которые освещают диагностику и лечение трубного бесплодия. Новые публикации о проведении лапароскопической хромо-сальпингоскопии свидетельствуют о том, что данный метод диагностики остается золотым стандартом в диагностике трубной непроходимости, хотя гистеросальпингография еще широко используется на уровне новых методов. Соногистерография из применением контрастных растворов по диагностической важности трубной непроходимости занимает срединное место между гистеросальпингографией и лапароскопической хромотубацией. Серология хламидиоза – один из многих эффективных и менее агрессивных тестов для изучения причин нарушений трубной проходимости, но не хуже чем гистеросальпингография. В зависимости от причин и степени трубной непроходимости, возраста, овариального резерва пациентки лечение трубного бесплодия возможно.

**Ключевые слова:** *трубное бесплодие, гидросальпинкс, лечение.*

### **Evidence-based diagnosis and management of tubal factor infertility**

**A. Vitiuk**

The investigation for potential tubal disease is an essential step in the work-up of infertility. This review article provides an evidence-based overview of the diagnosis and management of tubal factor infertility. Recent findings While laparoscopic chromopertubation remains the gold standard in the diagnosis of tubal disease and hysterosalpingography is still widely used, newer modalities offer some advantages. Sonohysterography with the use of contrast medium is superior to hysterosalpingography and comparable to laparoscopic chromotubation in diagnosing tubal blockage. Chlamydia serology is the most cost-effective and least invasive diagnostic test for tubal disease, and it is comparable to, if not better than, hysterosalpingography. Depending on the nature and degree of tubal dysfunction as well as the age and ovarian reserve of the patient, various treatments for tubal infertility are available.

**Key words:** *tubal infertility, hydrosalpinx, diagnosis, treatment.*

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Nugent D, Watson AJ, Killick SR, et al. A randomized controlled trial of tubal flushing with lipoidal for unexplained infertility. *Fertil Steril* 2002; 77: 173–175.
2. Hurd WW, Wyckoff ET, Reynolds DB, et al. Patient rotation and resolution of unilateral cornual obstruction during hysterosalpingography. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 1275–1278. This study proposed a novel and practical management for women with unilateral cornual obstruction during HSG.
3. Jeanty P, Besnard S, Arnold A, et al. Air-contrast sonohysterography as a first step assessment of tubal patency. *J Ultrasound Med* 2000; 19: 519–527.



4. Exacoustos C, Zupi E, Carusotti C, Lanzi G, et al. Hysterosalpingo-contrast sonography compared with hysterosalpingography and laparoscopic dye pertubation to evaluate tubal patency. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10:367–372. This was a prospective study supporting previous findings suggesting that hysterosalpingo-contrast sonography is as good as HSG in evaluating tubal patency.
5. Marchino GL, Gigante V, Gennarelli G, et al. Salpingoscopic and laparoscopic investigations in relation to fertility outcome. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8: 218–221.
6. Marana R, Catalano GF, Muzii L. Salpingoscopy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 333–336.
7. Den Hartog J, Land J, Stassen F, et al. Predictive value of cHSP60 antibodies in screening for tubal subfertility [abstract]. In: Abstracts of the 19th Annual Meeting of ESHRE; 2003; Madrid.6/29/03–7/2/03; 18:Suppl 1, p. 83.
8. Rimbach S, Bastert G, Wallwiener D. Technical results of falloposcopy for infertility diagnosis in a large multi-centre study. *Hum Reprod* 2001; 16: 925–930.
9. Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AL, Mishell DR. *Comprehensive Gynecology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Watson A, Vandekerckhove P, Lilford R. Techniques for pelvic surgery in subfertility. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3:CD000221. This meta-analysis evaluated data on surgical approaches to tubal infertility.
11. Zeyneloglu HB. Hydrosalpinx and assisted reproduction: options and rationale for treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13:281–286.
12. Stadtmauer LA, Riehl RM, Toma SK, Talbert LM. Cauterization of hydrosalpinges before in vitro fertilization is an effective surgical treatment associated with improved pregnancy rates. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 367–371.
13. Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Laparoscopic salpingectomy for women with hydrosalpinges enhances the success of IVF: a Cochrane review. *Hum Reprod* 2002; 17: 543–548.
14. Assisted reproductive technology in the United States: 1999 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril* 2002; 78: 918– 931.
15. Karande VC, Korn A, Morris R. Prospective randomized trial comparing the outcome and cost of in vitro fertilization with that of a traditional treatment algorithm as first-line therapy for couples with infertility. *Fertil Steril* 1999; 71: 468–475.
16. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 2007;22: 1506–1512.
17. Stephen EH, Chandra A Declining estimates of infertility in the United States: 1982–2002. *Fertil Steril*. 2006;86: 516–523.
18. Guzick DS, Swan S. The decline in infertility: apparent or real. *Fertil Steril*. 2006;86: 524–526; discussion 534.
19. Society for Assisted Reproductive Technology. Member Clinics Summary Report. Birmingham AL: American Society of Reproductive Medicine; 2006. <http://www.sart.org>.
20. Andersen AN, Goossens V, Gianaroli L, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2003. Results generated from the European registers by ESHRE. *Hum Reprod*. 2007;22: 1513–1525.
21. Gleicher N, Weghofer A, Barad D. Update on the comparison of assisted reproduction outcomes between Europe and the USA: the 2002 data. *Fertil Steril*. 2007;87: 1301–1305.
22. Srivastadis C, Bhattacharya S. Unexplained infertility: does it really exist? Does it matter? *Hum Reprod*. 2007;22: 2084–2087.
23. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Salpingectomy for hydrosalpinx prior to in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2006;86 (suppl 4): S200–S201.
24. Strandell A, Lindhard A, Eckerlund I. Cost-effectiveness analysis of salpingectomy prior to IVF based on a randomized controlled trial. *Hum Reprod*. 2005; 20: 3284–3292.
25. Bildirici I, Bukulmez O, Ensari A, et al. A prospective evaluation of the effect of salpingectomy on endometrial receptivity in cases of women with communicating hydrosalpinges. *Hum Reprod*. 2001;16: 2422–2426.
26. Daftary GS, Kayisli U, Seli E, et al. Salpingectomy increases peri-implantation endometrial HOXA10 expression in women with hydrosalpinx. *Fertil Steril*. 2007;87: 367–372.

27. Seli E, Kayisli UA, Cakmak H, et al. Removal of hydrosalpinges increases endometrial leukaemia inhibitory factor (LIF) expression at the time of the implantation window. *Hum Reprod.* 2005;20: 3012–3017.
28. Strandell A, Lindhard A. Why does hydrosalpinx reduce fertility? The importance of hydrosalpinx fluid. *Hum Reprod.* 2002; 17:1141–1145.
29. Kerin JF, Catanach S. Successful pregnancy outcome with the use of in vitro fertilization after ESSURE hysteroscopic sterilization. *Fertil Steril.* 2007;87:1212. e1-1212.e4.
30. Kerin JF, Munday D, Ritossa M, Rosen D. Tissue encapsulation of the proximal Essure micro-insert from the uterine cavity following hysteroscopic sterilization. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14: 202–204.
31. Kontoravdis A, Makrakis E, Pantos K, et al. Proximal tubal occlusion and salpingectomy result in similar improvement in in vitro fertilization outcome in patients with hydrosalpinx. *Fertil Steril.* 2006;86: 1642–1649.
32. Surrey ES, Schoolcraft WB. Laparoscopic management of hydrosalpinges before in vitro fertilization-embryo transfer: salpingectomy versus proximal tubal occlusion. *Fertil Steril.* 2001; 75:612–617.
33. Bayrak A, Harp D, Saadat P, et al. Recurrence of hydrosalpinges after cuff neosalpingostomy in a poor prognosis population. *J Assist Reprod Genet.* 2006;23: 285–288.
34. Gelbaya TA, Nardo LG, Fitzgerald CT, et al. Ovarian response to gonadotropins after laparoscopic salpingectomy or division of fallopian tubes for hydrosalpinges. *Fertil Steril.* 2006;85: 1464–1468.
35. Sagoskin AW, Lessey BA, Mottla GL, et al. Salpingectomy or proximal tubal occlusion of unilateral hydrosalpinx increases the potential for spontaneous pregnancy. *Hum Reprod.* 2003;18: 2634–2637.
36. den Hartog JE, Lardenoije CM, Severens JL, et al. Screening strategies for tubal factor infertility. *Hum Reprod.* 2008;23: 1840–1848.
37. Tanahatoo S, Hompes PG, Lambalk CB. Accuracy of diagnostic laparoscopy in the infertility workup before intrauterine insemination. *Fertil Steril.* 2003;79: 361–366.
38. Coppus SF, Verhoeve HR, Opmeer BC, et al. Identifying subfertile ovulatory women for timely patency testing: a clinical decision rule based on medical history. *Hum Reprod.* 2007;22: 2685–2692.
39. Valentini AL, Muzii L, Marana R, et al. Improvement in hysterosalpingographic accuracy in the diagnosis of peritubal adhesions. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;75: 1173–1176.
40. Harada T, Kubota T, Aso T. Usefulness of CA 19-9 versus CA125 for the diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril.* 2002;78: 733–739.
41. Somigliana E, Viganò P, Tirelli AS, et al. Use of concomitant serum dosage of CA 125, CA 19-9 and interleukin-6 to detect the presence of endometriosis. Results from a series of reproductive age women undergoing laparoscopic surgery for benign gynaecological conditions. *Hum Reprod.* 2004;19: 1871–1876.
42. Somigliana E, Viganò P, Candiani M, et al. Use of serum-soluble intercellular adhesion molecule-1 as a new marker of endometriosis. *Fertil Steril.* 2002;77: 1028–1031.
43. Agic A, Xu H, Rehbein M, et al. Cognate chemokine receptor 1 messenger ribonucleic acid expression in peripheral blood as a diagnostic test for endometriosis. *Fertil Steril.* 2007;87: 982–984.
44. Taylor RC, Berkowitz J, McComb PF. Role of laparoscopic salpingostomy in the treatment of hydrosalpinx. *Fertil Steril.* 2001;75: 594–600.
45. van der Steeg JW, Steures P, Eijkemans MJ, et al. Pregnancy is predictable: a large-scale prospective external validation of the prediction of spontaneous pregnancy in subfertile couples. *Hum Reprod.* 2007;22: 536–542.

# Эндоскопические операции в ургентной гинекологии при наличии спаечной болезни

*А.А. Процепко, Оебанджи Самюель*

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Проведен сравнительный анализ ургентных гинекологических операций. Полученные результаты свидетельствуют, что в структуре ургентных гинекологических заболеваний наибольший удельный вес занимают острые ВЗОМТ (41,4%), маточные (31,6%) и внутрибрюшные кровотечения (20,8%), а также нарушение кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (6,2% случаев). Тактика предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода зависит от конкретного варианта генитальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при ведении пациенток с ургентной гинекологической патологией.

**Ключевые слова:** гинекологические операции, спаечная болезнь, сравнительные аспекты.

В последние годы отмечен значительный рост ургентных состояний в гинекологии, поэтому совершенствование неотложной помощи является одной из приоритетных задач современной медицины [1–4].

Важность этой проблемы обусловлена особенностями клинического течения, трудностями ранней диагностики, недостаточно высокой эффективностью традиционных методов лечения, применением неадекватных, а в ряде случаев и необоснованных оперативных вмешательств с развитием послеоперационных осложнений [1, 2], что приводит к снижению репродуктивного здоровья женщин, их инвализации, а порой и к летальному исходу [3, 4].

В связи с этим особую актуальность представляет изучение сравнительных аспектов лапароскопических операций в ургентной гинекологии при наличии спаечной болезни в малом тазу, что и является **целью** настоящего научного исследования.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

*Нами проведен ретроспективный анализ 723 истории болезни женщин с острыми гинекологическими заболеваниями. Проспективное обследование проведено у 200 женщин: 50 пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ); 50 – с маточными кровотечениями; 50 – с внутрибрюшными кровотечениями и 50 – с нарушением кровоснабжения опухолей матки и придатков. У всех 200 пациенток были признаки спаечной болезни малого таза.*

При оценке эффективности лечения больных учитывали данные анамнеза, объективного обследования, клинико-лабораторных и функциональных исследований при поступлении, в динамике и после лечения.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Ретроспективный анализ 723 историй болезни пациенток показал, что среди острых гинекологических заболеваний доминировали острые ВЗОМТ (41,6%), маточные кровотечения (31,3%), внутрибрюшные кровотечения (20,6%), нарушения кровоснабжения опухолей внутренних гениталий (6,5%).

Возраст пациенток значительно варьировал в зависимости от вида патологии: так, среди женщин с острыми ВЗОМТ и внутрибрюшными кровотечениями преобладали пациентки репродуктивного возраста. Среди женщин с маточными кровотечениями преобладали пациентки позднего репродуктивного и перименопаузального периодов. В группе больных с нарушением кровоснабжения опухолей внутренних гениталий четкой возрастной зависимости установлено не было. Акушерско-гинекологический анамнез пациенток с ургентной патологией был отягощен в 68,8% случаев при острых ВЗОМТ, в 68,2% – при нарушении кровоснабжения опухолей внутренних гениталий, в 47,3% и 64,2% – при внутрибрюшных и маточных кровотечениях соответственно. У больных с ВЗОМТ преобладали острый и деструктивный сальпингоофориты: пиовар и пиосальпинкс – 34,4% и 43,3%; при внутрибрюшных кровотечениях – внематочная беременность (76,5%).

Большинство пациенток поступили в стационар в экстренном порядке, в 67,2% случаев в удовлетворительном состоянии. Состояние средней тяжести отмечалось у 27,3% больных, тяжелое – в 5,2% случаев. Тяжесть состояния, как правило, была обусловлена наличием выраженной интоксикации (перитонит, пельвиоперитонит) или анемией в результате острой кровопотери. Необходимо отметить, что в последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа пациенток, поступающих в состоянии средней тяжести и тяжелом состоянии.

Анализ жалоб, предъявляемых больными при поступлении в стационар, показал, что клинические проявления острых ВЗОМТ и нарушения кровоснабжения опухолей внутренних гениталий в большинстве случаев характеризовались преобладанием болевого и интоксикационного синдромов. При внутрибрюшных и маточных кровотечениях доминировали симптомы, связанные с нарушением гемодинамики и постгеморрагической анемией. При этом следует отметить высокую частоту анемии токсического генеза у больных с острыми ВЗОМТ и нарушением кровоснабжения опухолей внутренних гениталий (31,8% и 22,5% соответственно), а у пациенток с внутрибрюшными и маточными кровотечениями – постгеморрагической анемии (30,2% и 81,3% соответственно).

Учитывая клиническую картину заболевания и установленный диагноз, разрабатывалась индивидуальная тактика ведения больной.

В течение первых суток произведена операция 63,0% больным с острыми ВЗОМТ, из них каждой четвертой пациентке – в первые 6 часов с момента поступления в стационар. Остальным пациенткам операция производилась отсрочено, после предоперационной подготовки, включающей антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Пациентки с внутрибрюшными кровотечениями в большинстве случаев (70,7%) были оперированы в экстренном порядке (в остальных случаях операции предшествовало дополнительное обследование, в виду стертой симптоматики заболевания, для проведения дифференциальной диагностики).

При наличии маточного кровотечения операция произведена 90,6% пациенткам (30,0% – в экстренном порядке, 60,6% – отсрочено, что было обусловлено двумя факторами: проведением медикаментозной коррекции волеимических нарушений и анемии; удовлетворительным состоянием больной и необходимостью дополнительного обследования. В 10,0% случаях проведено консервативное лечение.

В группе больных с нарушением кровоснабжения опухолей внутренних гениталий 20,0% женщин оперированы в экстренном порядке, 80,0% – отсрочено. Отказ от оперативного лечения в большинстве случаев был обусловлен стертой клинической картиной заболевания, отсутствием перитонеальных явлений, необходимостью дообследования и проведения предоперационной подготовки больной.

Таким образом, у большинства пациенток (за исключением случаев продолжающихся внутрибрюшных и маточных кровотечений, массивной кровопотери) проводилась предоперационная подготовка, направленная на купирование острых проявлений воспалительного процесса, подавление агрессии микробного возбудителя, коррекцию метаболических нарушений. Длительность предоперационной подготовки варьировала от 2–4 ч до 2–2,5 сут и определялась индивидуально в зависимости от вида патологии, стадии патологического процесса, выраженности интоксикации, наличия сопутствующих осложнений и необходимости проведения дооперационного обследования.

Однако по данным ретроспективного анализа, в ряде случаев (22,5%) выжидательная тактика у больных с неуточненным диагнозом приводила к прогрессированию и утяжелению заболевания и развитию осложнений.

Анализ использования различных доступов и объема оперативного лечения в urgentных ситуациях показал, что у пациенток с острыми ВЗОМТ эндоскопическим доступом выполнялась преимущественно диагностическая лапароскопия и санация органов малого таза. При операциях путем чревосечения у этих больных в 21,6% случаях произведена сальпингэктомия, в 34,2% – аднексэктомия, в 16,2% – радикальные операции. В группе пациенток, оперированных по поводу внутрибрюшных кровотечений, при чревосечении и эндоскопическом способе оперативного лечения объемы хирургических вмешательств были аналогичными (тубэктомия и туботомия при трубной беременности ушивание и резекция яичника при апоплексии и разрыве кист) с той разницей, что при эндоскопическом доступе чаще производились органосохраняющие операции. При хирургическом лечении женщин с маточными кровотечениями в основном применялись полостные и влагалищные операции. Лечебно-диагностическое выскабливание стенок матки произведено 57,3% больным; надвлагалищная ампутация – 45,2%; экстирпация матки – 7,5%; консервативная миомэктомия влагалищным доступом при наличии рождающихся субмукозных узлов – в 7,2% случаев.

При нарушении кровоснабжения опухолей наиболее частыми операциями при лапаротомии были надвлагалищная ампутация матки (48,2%) и аднексэктомия (26,8%), эндоскопическими – аднексэктомия.

Следует отметить низкую частоту использования эндоскопических операций (14,6%) в urgentных ситуациях, что связано с отсутствием достаточного количества специалистов, владеющих эндоскопическими методиками.

## **ВЫВОДЫ**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре urgentных гинекологических заболеваний наибольший удельный вес занимают острые ВЗОМТ (41,4%), маточные (31,6%) и внутрибрюшные кровотечения (20,8%), а также нарушение кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (6,2% случаев). Тактика предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода зависит от конкретного варианта генитальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при ведении пациенток с urgentной гинекологической патологией.

### **Ендоскопічні операції в urgentній гінекології при наявності спайкової хвороби**

**А.А. Процепко, Оебанджи Самюель**

Проведено порівняльний аналіз urgentних гінекологічних операцій. Отримані результати свідчать, що в структурі urgentних гінекологічних захворювань найбільшу питому вагу займають гострі запальні захворювання органів малого тазу (41,4%), маткові (31,6%) і внутрішньочеревні кровотечі (20,8%), а також порушення кровопостачання пухлин внутрішніх статевих органів (6,2% випадків). Тактика передопераційної підготовки, оперативного втручання й ведення післяопераційного періоду залежить від конкретного варіанта генітальної патології. Отримані результати необхідно враховувати при веденні пациенток з urgentною гінекологічною патологією.

**Ключові слова:** *гінекологічні операції, спайкова хвороба, порівняльні аспекти.*

### **Endoscopic operations in urgent gynecology in the presence of adhesive illness**

**A.A. Protseiko, Oebangy Samuel**

The comparative analysis urgent gynecologic operations is carried out. The received results testify, that in structure urgent gynecologic diseases the greatest relative density occupy sharp IDSP (41,4%), uterinal (31,6%) and intrabelly bleedings (20,8%), and also infringement of blood supply of tumours of internal genitals (6,2% of cases). Tactics of preoperative preparation, operative intervention and conducting the postoperative period depends on a concrete variant genital pathologies. The received results are necessary for considering at conducting patients with urgent gynecologic pathology.

**Key words:** *gynecologic operations, adhesive illness, comparative aspects.*

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // *Акушерство и гинекология.* – 2003. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин И.А., Лулов В.И. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии // *Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 80-летию проф. М.И. Медведевой.* – Курск, 2001. – С. 103–105.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // *Акушерство и гинекология.* – 1999. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение апоплексии яичников // *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.* – 2005. – № 2. – С. 110–114.

# Роль лютеїнізуючого гормону в фолікулогенезі

*Г.В. Стрелко*

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ  
Український державний інститут репродуктології,  
кафедра акушерства та гінекології № 1

Проаналізовано наукові дослідження та клінічні спостереження, які вказують на важливу роль лютеїнізуючого гормону в процесі росту та розвитку фолікулів, зокрема в процесі селекції домінантного фолікула. Застосування лютеїнізуючого гормону може бути доцільним у пацієнок старшого репродуктивного віку, жінок із зниженою реакцією на рекомбінантний фолікулостимулюючий гормон та у пацієнток з поганими відповідями.

**Ключові слова:** *безпліддя, лютеїнізуючий гормон, селекція домінантного фолікула, жіночки старшого репродуктивного віку.*

Згідно класичної теорії, що висвітлює процес фолікуло- та стероїдогенезу, є два типи клітин в яєчниках та два типи гонадотропінів, фолікулостимулюючий (ФСГ) та лютеїнізуючий (ЛГ), що на них впливають «два типи клітин – два типи гонадотропінів» (Hillier et al., 1994). Лютеїнізуючий гормон впливає на клітини теки зрілого фолікула та активує синтез андрогенів. Діяльність клітин гранульози регулюється фолікулостимулюючим гормоном. Цей гормон (ФСГ) активує ароматазну активність, що веде до конверсії андрогенів в естрогени. Згідно цієї теорії функція клітин теки та гранульози регулюються окремо за допомогою ЛГ та ФСГ відповідно. З іншого боку, в середині фолікулярної фази в клітинних гранульози було знайдено зростаючу кількість рецепторів до ЛГ (Filicori et al., 2003), в період, коли плазматична концентрація цього гормону (ЛГ) зростає. Таким чином, ЛГ може приймати участь у регуляції функції як клітин теки, так і гранульози. ФСГ та ЛГ ініціюють локальну продукцію інгібіну В та факторів росту, в тому числі таких як інсуліноподібний фактор росту (ІПФР)-I та ІПФР-II, що відіграють важливу роль в дозріванні фолікулів (Huang et al., 1994). Вищезгадані гонадотропіни та аутокринно-паракринна система складаються в єдиний механізм, що регулює ріст, дозрівання та вибір домінантних фолікулів. Дані про те, що обидва гонадотропіни регулюють функцію клітин гранульози, свідчать, що ФСГ-залежна активність може бути повністю замінена на ЛГ після набуття клітинами гранульози достатньої кількості рецепторів до ЛГ (Filicori et al., 2002).

Таким чином, ЛГ відіграє важливу роль під час фолікулогенезу: ініціація синтезу андрогенів клітинами теки, активація синтезу речовин, що регулюють процес дозрівання ооцитів, клітинами гранульози. Ці два механізми тісно пов'язані один з одним. Відповідно до теорії «запасних рецепторів» (Chappel and Howles, 1991), всі вищезгадані процеси можуть ефективно відбуватись навіть якщо лігандом зв'язано не більше 1% рецепторів до ЛГ.

Під час фолікулогенезу ЛГ відіграє важливу роль в виборі домінантного фолікула. Ця гіпотеза ґрунтується на даних, які свідчать, що після піку ЛГ в середині циклу, в клітинах гранулози зупиняється мейоз (Shoham et al., 1995). Фолікул, що розвивається, має спеціальні вимоги до впливу ЛГ, без яких нормальний розвиток не може продовжуватись. (Hillier et al., 1994). Дане спостереження дало початок концепції «стелі ЛГ», яка означає, що кожний фолікул потребує певного рівня стимуляції. «Стеля ЛГ», тобто найвищий рівень ЛГ може бути вищим у фолікулах більшого розміру та зниженим - у меншого розміру. Збільшення рівня ЛГ веде до стимуляції росту домінантного фолікула (бо для нього «стеля ЛГ» буде вищою) та дегенерації інших фолікулів (за рахунок нижчого рівня «стелі ЛГ»). Згідно думки інших авторів, динамічна взаємодія між секрецією ЛГ та експресією рецепторів в різних тканинах яєчника, може впливати на вибір домінантного фолікула. Маленькі фолікули не мають рецепторів до ЛГ, і таким чином, ЛГ може непрямим чином індукувати їх дегенерацію (Filicori et al., 2003a).

#### **ЛГ та стимуляція яєчників**

Золотим стандартом стимуляції яєчників є нормогонадотропні жінки молодого віку в так званих довгих протоколах стимуляції із застосуванням агоністів гонадотропних рилізінг-гормонів (а-ГНРГ) (Hughes et al., 1992). Екзогенний ФСГ починають вводити після досягнення супресії гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової осі за допомогою а-ГНРГ. В подібних протоколах концентрація ЛГ залишається, як правило, в межах 0,5–0,25 IU/L. В середині стимуляції ця концентрація часто знижується до показників менше 0,5 IU/L і в зв'язку з цим ріст фолікулів часто відбувається в умовах зниженого ендогенного рівня ЛГ. Незважаючи на це, адекватна відповідь яєчників на стимуляцію відбувається майже у всіх пацієнтів. У жінок з гіпонадотропним гіпогонадизмом необхідно досягти концентрації 1,2 IU/L для адекватної відповіді на стимуляцію при застосуванні рекомбінантного ФСГ.

#### **Екзогенний ЛГ та стимуляція яєчників**

Дані авторів щодо необхідності застосування екзогенного ЛГ в протоколах стимуляції із застосуванням рекомбінантного ФСГ, суттєво відрізняються в залежності від того, яку когорту пацієнтів вивчають. Численні дослідження (Van Wely et al., 2003, Marrs et al., 2004, Humaidan et al., 2004), що вивчали доцільність застосування ЛГ в довгих а-ГНРГ протоколах стимуляції у нормогонадотропних жінок, не виявили статистично значимої різниці в частоті настання вагітності та народженні дітей в різних клінічних групах (із додатковим застосуванням ЛГ та тільки з ФСГ). Серед окремих категорій пацієток (жінки старшого віку, жінки з неадекватною відповіддю на стимуляцію р-ФСГ, в протоколах із застосуванням антагоністів гонадотропних рилізінг гормонів), було знайдено позитивний клінічний ефект від застосування ЛГ.

В дослідженнях Marrs et al., 2004 було показано, що у жінок віком більше 35 років при проведенні першої спроби ЗІВ частота настання вагітності була статистично більшою в групі, яка застосовувала р-ФСГ та р-ЛГ у порівнянні з групою, що використовувала тільки р-ФСГ. В дослідженні Humaidan et al., 2004 при порівнянні частоти настання вагітності у жінок різних вікових груп було виявлено зниження ефективності після 35 років. Подібний ефект не спостерігався в разі призначення рекомбінантного лютеїнізуючого гормону (р-ЛГ) разом з ФСГ. Зважаючи на роль ЛГ в паракринній регуляції функції яєчників, можливо, що подібний



ефект пов'язаний зі зниженням паракриної активності яєчників у жінок старшого репродуктивного віку. Додавання ЛГ в процесі стимуляції веде до відновлення паракриної регуляції росту та дозрівання фолікулів і, відповідно, покращується якість яйцеклітин та ембріонів.

De Placido et al., 2001, 2005 в своєму дослідженні показав, що приблизно 10-12% нормогонадотропних пацієнок після нормальної початкової реакції на стимуляцію входять в фазу «плато» (3-4 дні) в процесі якої не спостерігається суттєвого збільшення розміру фолікулів та рівня естрадіолу. Як правило, в подібній ситуації лікар збільшує дозу ФСГ. Автори порівняли ефективність застосування ЛГ із збільшенням дози ФСГ, та прийшли до висновку, що застосування ЛГ покращує відповідь на стимуляцію та збільшує кількість ооцитів у таких пацієнок. Цікаво, що вимірювання плазматичних рівнів ЛГ в двох клінічних групах на 8-й день стимуляції не виявило суттєвої різниці. Подібні ж результати було отримано в дослідженні Ferraretti et al., 2004, який порівняв жінок 4-х клінічних груп, що мали знижену відповідь на стимуляцію після нормальної початкової реакції, в групі А (n=54) отримали більшу дозу р-ФСГ, в групі В (n=54) отримали 75–150 МО р-ЛГ додатково до р-ФСГ, в групі С (n=26) отримали людський менапаузальний гонадотропін (ЛМГ), група Д (n=54) – пацієнтки з нормальною реакцією на стимуляцію, що не потребували збільшення дози ФСГ. Середня кількість ооцитів була суттєво знижена у жінок групи А (8,2) у порівнянні з іншими групами (11,1, 10,9, 9,8 в групах В, С та Д відповідно). Частота настання вагітності на перенос ембріонів була суттєво вище в групі В у порівнянні з А та С та не відрізнялась від такої у пацієнок групи Д. Автори також не знайшли статистично значимої різниці в рівнях ЛГ в різних клінічних групах. Пацієнтки із зниженою реакцією на стимуляцію при застосуванні ЛГ потребували меншої дози ФСГ для досягнення того ж ефекту від стимуляції.

Цікавими є дослідження Numaidan et al., в якому автор дослідив успішність програм ЗІВ в залежності від рівня ЛГ після десинтезації гіпофіза за допомогою а-ГнРГ. Так у жінок з рівнями більше або дорівнює 1,51 МО/л був суттєво нижчий рівень запліднення та частоти настання вагітності у порівнянні з жінками з рівнем ЛГ в межах 0,5–1,5 МО/л. Той же автор в іншому дослідженні продемонстрував, що у жінок з концентрацією ЛГ більше 1,99 МО/л можуть покращуватись результативність програм ЗІВ при додатковому застосуванні ЛГ. Пояснювати цю парадоксальну ситуацію може гіпотеза, що у жінок із зниженою біоактивністю ЛГ, може бути необхідно застосування більшої дози гонадотропінів, або додаткового застосування ЛГ. Подібний феномен також має свідчити про поліморфізм лютеїнізуючого гормону (V-beta ЛГ) у нормогонадотропних жінок (Alvaggi et al., 2005).

Застосування антагоністів гонадотропних релізінг гормонів (ант-ГнРГ) веде до швидкої та глибокої супресії функції гіпофізу, що має значні переваги в запобіганні передчасного виділення ЛГ. З іншого боку, рівень ЛГ швидко знижується в період, коли відбувається фінальне дозрівання фолікулів, роль ЛГ в якому було розглянуто вище.

Деякі автори (Cedrin-Durnerin et al., 2004) розглядають доцільність застосування р-ЛГ у жінок в протоколах з ант-ГнРГ. Було виявлено достовірну різницю в рівнях естрадіолу (більше у жінок, що застосовували р-ЛГ) та не було знайдено суттєвої різниці в інших параметрах. До такого ж висновку дійшов і Griesinger et al., 2005. Статистично значиму різницю було знайдено в рівнях естрадіолу в день ЛХГ (вище у жінок, що застосовували ЛГ).

В дослідженні De Placido et al., 2006 було порівняно 2 протоколи стимуляції у жінок із збільшеним ризиком зниженої реакції на стимуляцію (рівень ФСГ більше 9 МО/л та/або вік більше 37 років). Пацієнтки в двох клінічних групах отримували р-ФСГ в дозі 300 МО/день починаючи з 2 дня менструального циклу. В групі антагоністів сетрорелікс починали вводити з моменту досягнення хоча би одним фолікулом розміру 14 мм в дозі 0,125 мг/день (половина стандартної дози) на протязі 2-х днів а потім повертались до дози 0,25 мг/день. Одночасно з введенням ЛГ починали вводити р-ЛГ в дозі 150 МО/день до моменту введення тригерної дози ЛХГ. В іншій групі з 2-го дня циклу вводили а-ГнРГ (трипторелін) в дозі 0,1 мг під шкіру одночасно з введенням р-ФСГ. Після досягнення фолікулом розміру 14 мм, починали введення р-ЛГ в дозі 150 МО/день. Статистично значимої різниці між групами не було знайдено в кількості отриманих на пункції ооцитів, але кількість зрілих ооцитів була більшою ( $p$  менше 0,01) в групі антагоністів.

Таким чином, режим стимуляції з поступовим збільшенням дози ант-ГнРГ був більш успішним з точки зору ембріологічних показників, можливо, завдяки більшій фізіологічності рівнів гормонів (зокрема, ЛГ).

Наукові дослідження та клінічні спостереження вказують на важливу роль ЛГ в процесі росту та розвитку фолікулів, зокрема в процесі селекції домінантного фолікула. Клінічні дані свідчать, що у нормогонадотропних жінок можливе досягнення адекватного мультифолікулярного росту при застосування препаратів з виключно ФСГ активністю. У інших жінок недостатність ЛГ активності після застосування а-ГнРГ може порушувати процеси множинного росту фолікулів та вести до ідеопатичного зниження відповіді на стимуляцію чистим ФСГ. Таким жінкам часто призначаються надвисокі дози ФСГ, але додаткове застосування ЛГ могло би бути більш ефективним. Неадекватна реакція на рекомбінантний ФСГ в більшому ступеню, ніж базальний рівень ЛГ, може бути передвісником необхідності додаткового введення ЛГ під час стимуляції (De Placido et al. 2001, 2004, 2005). Це підтримує ідею про різницю між біоактивним та імунореактивним ЛГ (Huhtaniemi et al., 1999, Jiang et al. 1999, Ropelato et al., 1999). Це спостереження також узгоджується зі спостереженнями Humaidan et al., 2002, що розподілив жінок згідно рівня ЛГ в протоколах стимуляції після досягнення десентитизації гіпофіза а-ГнРГ. Пацієнтки з рівнем ЛГ  $\geq 1,51$  IU/l мали значно нижчий рівень запліднення та дроблення у порівнянні з жінками з рівнями ЛГ в межах 0,5–1,51 IU/l. При подальшому вивченні цього феномену автори (Humaidan et al., 2004), знайшли, що у жінок з рівнями ЛГ  $> 1,99$  IU/l додаткове введення ЛГ покращує клінічні показники. Таким чином, при зниженій біологічній активності ЛГ потребується більша доза ФСГ або додаткова стимуляція ЛГ. На користь цієї ж гіпотези свідчить виявлення поліморфізму ЛГ у нормогонадотропних жінок, що в довгому а-ГнРГ протоколі показали резистентність до монотерапії препаратами рекомбінантного ФСГ (Alviggi et al., 2005).

У жінок старшого репродуктивного віку (понад 35 років) додаткове введення ЛГ покращує реакцію яєчників на стимуляцію (Humaidan et al., 2004, Marrs et al., 2004). Цей феномен може бути пов'язаний зі зменшенням кількості функціональних рецепторів до ЛГ. Інше пояснення – ЛГ активність регулюється місцевими паракринними механізмами, в тому числі, факторами росту та цитокінами. Відомо, що з віком паракринна активність яєчників також знижується (Hurwitz and Santoro, 2004).

Ще одна категорія жінок, у яких спостерігається покращення клінічної картини при додаванні ЛГ – пацієнтки в протоколах із застосуванням антагоністів ГнРГ. Після введення ант-ГнРГ відбувається швидке зниження рівня ЛГ та естрадіолу. Деякі автори знаходили, що у пацієнток з нормальною реакцією на стимуляцію рівні ЛГ та  $E_2$  були вищими при додаванні як рекомбінантного ЛГ (Cedrin-Durperin et al., 2004) так і при введенні сечових гонадотропінів (що мають в своєму складі рівну кількість ФСГ та ЛГ) (Griesinger et al., 2005) разом з рекомбінантним ФСГ. З іншого боку, жодне з цих досліджень не продемонструвало інших відмінностей в програмах ЗІВ. У поганих відповідачів навіть було виявлено погіршення результативності програм ЕКЗ при додаванні ЛГ (Chung et al., 2005). В дослідженнях De Placido et al. було продемонстровано покращення результатів лікування в «гнучких» протоколах з ант-ГнРГ та рекомбінантним ЛГ у порівнянні зі стандартним коротким протоколом у пацієнток зі збільшеним ризиком поганої відповіді на стимуляцію. Різниця між даними авторів може бути пов'язана з методологічними розбіжностям (різні критерії включення пацієнток в дослідження, різний дизайн досліджень).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, сьогодні можливо зробити висновок про важливу роль ЛГ в стероїдогенезі у пацієнток в протоколах стимуляції із застосуванням агоністів та антагоністів ГнРГ. Більш фізіологічні рівні ЛГ можуть сприяти фінальному дозріванню фолікулів та ооцитів, але для уточнення ситуації потрібні додаткові дослідження.

Оже, застосування ЛГ може бути доцільним у пацієнток старшого репродуктивного віку, жінок із зниженою реакцією на рекомбінантний ФСГ та у поганих відповідачів.

### Роль лютеинизуючого гормона в фолікулогенезе Г.В. Стрелко

Проанализированы научные исследования и клинические наблюдения, которые указывают на важную роль лютеинизирующего гормона в процессе роста и развития фолликулов, в частности в процессе селекции доминантного фолликула. Использование лютеинизирующего гормона может быть целесообразным у пациенток старшего репродуктивного возраста, женщин со сниженной реакцией на рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон и у плохих ответчиков.

**Ключевые слова:** бесплодие, лютеинизирующий гормон, селекция доминантного фолликула, женщины старшего репродуктивного возраста.

### The role of luteinizing hormone in folliculogenesis G.V. Strelko

The authors have analyzed scientific research papers and clinical observations which confirm the important role of luteinizing hormone in the process of follicle growth and development, in particular, in the process of dominant follicle selection. The administration of luteinizing hormone may be justified in patients of older reproductive age, women with lowered response to recombinant follicle-stimulating hormone and bad respondents.

**Key words:** infertility, luteinizing hormone, dominant follicle selection, women with lowered response.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Art W. Management of the androgen-deficient woman. *Growth Horm IGF Res.* 2003; 13: S85–S89.
2. Armitage M., Nooney J., Evans S. Recent concerns surrounding HRT. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2003; 59: 145–155.
3. Beerendonk C.C., Braat D.D. Present and future options for the preservation of fertility in female adolescents with cancer. *Endocr Dev.* 2005; 8: 166–175.
4. Betterle C., Lazzarotto F., Presotto F. Autoimmune polyglandular syndrome Type 2: the tip of an iceberg? *Clin Exp Immunol.* 2004; 137: 225–233.
5. Beysen D., Vandesompele J., Messiaen L. et al. The human FOXL2 mutation database. *Hum Mutat.* 2004; 24: 189–193.
6. Bodega B., Porta C., Crosignani P.G. et al. Mutations in the coding region of the FOXL2 gene are not a major cause of idiopathic premature ovarian failure. *Mol Hum Reprod.* 2004; 1: 555–557.
7. Borini A., Bonu M.A., Cotichio G. et al. Pregnancies and births after oocyte cryopreservation. *Fertil Steril.* 2004; 82: 601–605.
8. Chu M.C., Lobo R.A. Formulations and use of androgens in women. *Mayo Clin Proc.* 2004; 79: S3–S7.
9. Davis S.R., Burger H.G. The role of androgen therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2003; 17: 165–175.
10. Di Pasquale E., Beck-Peccoz P., Persani L. Hypergonadotropic ovarian failure associated with an inherited mutation of human bone morphogenetic protein-15 (BMP15) gene. *Am J Hum Genet.* 2004; 75: 106–111.
11. Di Prospero F., Luzi S., Iacopini Z. Cigarette smoking damages women's reproductive life. *Reprod Biomed Online.* 2004; 8: 246–247.
12. Dixit H., Deendayal M., Singh L. Mutational analysis of the mature peptide region of inhibin genes in Indian women with ovarian failure. *Hum Reprod.* 2004; 19: 1760–1764.
13. Donnez J., Dolmans M.M., Derylle D. et al. Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet.* 2004; 364: 1405–1410.
14. Falcone T., Attaran M., Bedaiwy M.A., Goldberg J.M. Ovarian function preservation in the cancer patient. *Fertil Steril.* 2004; 81: 243–257.
15. Fogli A., Rodriguez D., Eymard-Pierre E. et al. Ovarian failure related to eukaryotic initiation factor 2B mutations. *Am J Hum Genet.* 2003; 72: 1544–1550.
16. Fogli A., Gauthier-Barichard F., Schiffmann R. et al. Screening for known mutations in EIF2B genes in a large panel of patients with premature ovarian failure. *BMC Womens Health.* 2004; 4: 8.
17. Forges T., Monnier-Barbarino P. Premature ovarian failure in galactosaemia: pathophysiology and clinical management. *Pathol Biol (Paris).* 2003; 51: 47–56.
18. Forges T., Monnier-Barbarino P., Faure G.C., Bene M.C. Autoimmunity and antigenic targets in ovarian pathology. *Hum Reprod Update.* 2004; 10: 163–175.
19. Henzl M.R., Loomba P.K. Transdermal delivery of sex steroids for hormone replacement therapy and contraception. A review of principles and practice. *J Reprod Med.* 2003; 48: 525–540.
20. Hovatta O. Cryopreservation and culture of human ovarian cortical tissue containing early follicles. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 113: S50–S54.
21. Jeong H.J., Cho S.W., Kim H.A. et al. G769A variation of inhibin alpha-gene in Korean women with premature ovarian failure. *Yonsei Med J.* 2004; 45: 479–482.
22. Johnson J., Canning J., Kaneko T. et al. Germline stem cells and follicular renewal in the postnatal mammalian ovary. *Nature.* 2004; 428: 145–150.
23. Jones S.C. Subcutaneous estrogen replacement therapy. *J Reprod Med.* 2004; 49: 139–142.
24. Kauffman R.P., Castracane V.D. Premature ovarian failure associated with autoimmune polyglandular syndrome: pathophysiological mechanisms and future fertility. *J Womens Health (Larchmt).* 2003; 12: 513–520.
25. Kosaki K., Sato S., Hasegawa T. et al. Premature ovarian failure in a female with proximal symphalangism and Noggin mutation. *Fertil Steril.* 2004; 81: 1137–1139.

26. Letur-Konirsch H., Delanian S. Successful pregnancies after combined pentoxifylline-tocopherol treatment in women with premature ovarian failure who are resistant to hormone replacement therapy. *Fertil Steril*. 2003; 79: 439–441.
27. Longhi A., Pignotti E., Versari M. et al. Effect of oral contraceptive on ovarian function in young females undergoing neoadjuvant chemotherapy treatment for osteosarcoma. *Oncol Rep*. 2003; 10: 151–155.
28. Luoma P., Melberg A., Rinne J.O. et al. Parkinsonism, premature menopause, and mitochondrial DNA polymerase gamma mutations: clinical and molecular genetic study. *Lancet*. 2004; 364: 875–882.
29. Meduri G., Touraine P., Beau I. et al. Delayed puberty and primary amenorrhea associated with a novel mutation of the human follicle-stimulating hormone receptor: clinical, histological, and molecular studies. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003; 88: 3491–3498.
30. Menezo Y.J., Lescaille M., Nicollet B., Servy E.J. Pregnancy and delivery after stimulation with rFSH of a galactosemia patient suffering hypergonadotropic hypogonadism: case report. *J Assist Reprod Genet*. 2004; 21: 89–90.
31. Nelson H.D. Commonly used types of postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: scientific review. *J Am Med Assoc*. 2004; 7: 1610–1620.
32. Novosad J.A., Kalantaridou S.N., Tong Z.B., Nelson L.M. Ovarian antibodies as detected by indirect immunofluorescence are unreliable in the diagnosis of autoimmune premature ovarian failure: a controlled evaluation. *BMC Womens Health*. 2003; 3: 2.
33. Rife M., Nadal A., Mila M., Willemsen R. Immunohistochemical FMRP studies in a full mutated female fetus. *Am J Med Genet A*. 2004; 124: 129–132.
34. Ryan M.M., Jones H.R. Jr. Myasthenia gravis and premature ovarian failure. *Muscle Nerve*. 2004; 30: 231–233.
35. Scarabin P.Y., Oger E., Plu-Bureau. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet*. 2003; 362: 428–432.
36. Setiady Y.Y., Samy E.T., Tung K.S. Maternal autoantibody triggers de novo T cell-mediated neonatal autoimmune disease. *J Immunol*. 2003; 170: 4656–4664.
37. Shifren J.L. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2004; 79: S19–S24.
38. Shimasaki S., Moore R.K., Erickson G.F., Otsuka F. The role of bone morphogenetic proteins in ovarian function. *Reprod Suppl*. 2003; 61: 323–337.
39. Smith J.A., Vitale S., Reed G.F. et al. Dry eye signs and symptoms in women with premature ovarian failure. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122: 151–156.
40. Suckling J., Lethaby A., Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; CD001500.
41. Sundblad V., Chiauzzi V.A., Escobar M.E. et al. Screening of FSH receptor gene in Argentine women with premature ovarian failure (POF). *Mol Cell Endocrinol*. 2004; 222: 53–59.
42. Takahashi K., Karino K., Kanasaki H. et al. Influence of missense mutation and silent mutation of LHbeta-subunit gene in Japanese patients with ovulatory disorders. *Eur J Hum Genet*. 2003; 11: 402–408.
43. Tilly J.L., Kolesnick R.N. Sphingolipids: investigating a crime against female fertility // *Biochim Biophys Acta*. 2002; 1585: 135–138.
44. Tonacchera M., Ferrarini E., Dimida A. et al., Gonadotrophin receptor blocking antibodies measured by the use of cell lines stably expressing human gonadotrophin receptors are not detectable in women with 46,XX premature ovarian failure. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2004; 61: 376–381.
45. van der Knaap M.S., Leegwater P.A., Konst A.A. et al. Mutations in each of the five subunits of translation initiation factor eIF2B can cause leukoencephalopathy with vanishing white matter. *Ann Neurol*. 2002; 51: 264–270.

# Медико-соціальна характеристика подружніх пар пізнього репродуктивного віку

*І.І. Чермак*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ

---

Реабілітація репродуктивної функції хворих є медико-соціальним завданням, рішення котрого дозволяє змінити якість життя пацієнток. Безумовним є той факт, що жінка в пізньому репродуктивному віці має таке ж право на народження дитини, як і усі інші жінки. В той же час фахівець повинен детально розповісти про усі risks, пов'язані з можливістю настання і виношування вагітності, а також про можливості використання допоміжних репродуктивних технологій.

*Ключові слова:* пізній репродуктивний вік, подружні пари.

Зміну соціального стану жінок у багатьох країнах світу, без сумніву, можна вважати одним із значних досягнень останніх років. Але здобуття освіти, кар'єрного росту, досягнення певного громадського статусу змусили жінок змінити відношення до такого їх найважливішого призначення, як продовження роду. Відкладення народження дитини на пізніший період життя привело до того, що до моменту, коли жінка наважується на цей крок, її можливості в реалізації репродуктивної функції дуже обмежені. Ця проблема має соціальну обумовленість, оскільки все більше жінок пізнього репродуктивного віку (ПРВ) звертаються з приводу лікування безпліддя, і ця тенденція росте.

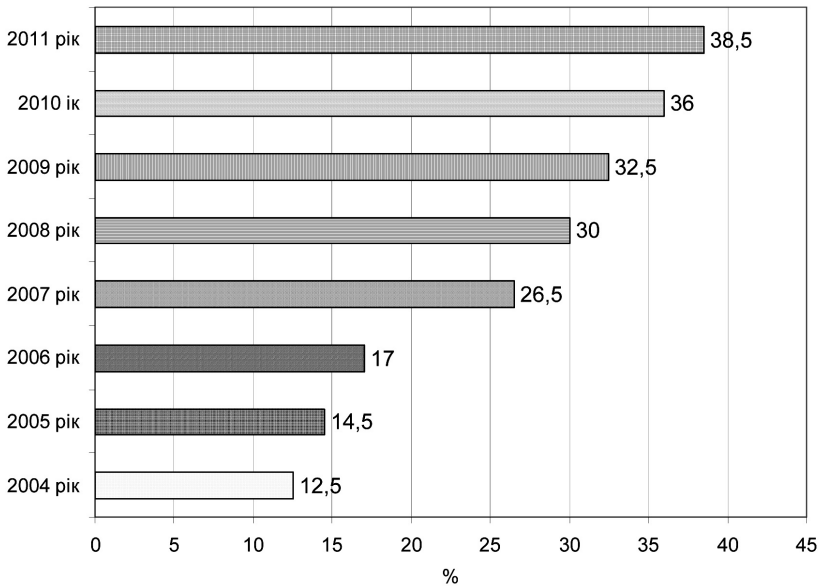
В той же час, існує ряд медико-соціальних аспектів, що ускладнюють народження дітей в старшому віці, а саме: стан соматичного і гінекологічного здоров'я жінок, що обумовлює можливість проведення лікування, проблеми виношування вагітності і народження здорової дитини [1–3]. Враховуючи фізіологічне зниження фертильності у жінок ПРВ актуальним являється оцінка ефективності лікувальних заходів і розробка алгоритму лікування безпліддя у цього контингенту хворих.

Але далеко не всі питання медико-соціальної характеристики пацієнток ПРВ з безпліддям на сьогодні повністю вирішені, що і визначило мету справжнього дослідження – вивчити особливості медико-соціальної характеристики подружніх пар, які планують вагітність в ПРВ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були вивчені медико-соціальні характеристики у 500 пацієнток пізнього репродуктивного віку.

Методом медико-соціального дослідження пацієнток було вибрано анкетування, проведене способом анонімного самостійного заповнення спеціально розробле-



**Мал. 1. Частота жінок ПРВ в структурі усіх пацієток з безпліддям (%)**

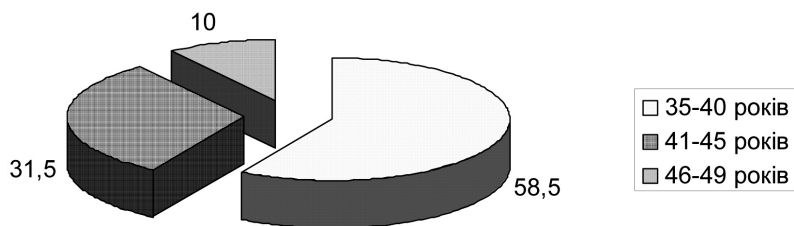
них анкет-опитувачів. Жінки відповідали на поставлені питання самостійно і анонімно. Всього було отримано і оброблено 500 анкет.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

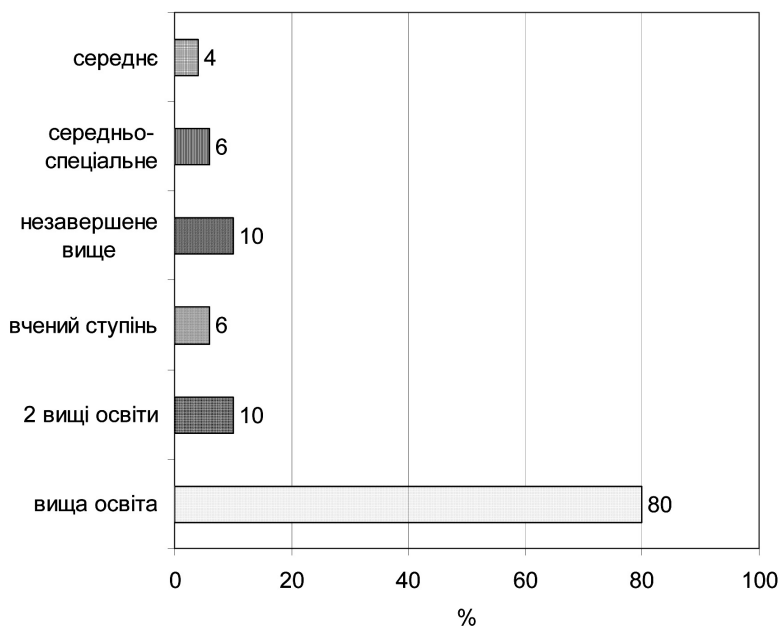
Аналізуючи вікову структуру жінок, що зверталися з приводу безпліддя за останні 8 років, нами була зареєстрована стійка тенденція до збільшення числа пацієток ПРВ. Так, якщо частка цих пацієток в 2004 р. складала 12,5%, то в 2011 р. – вже 38,5% (мал. 1).

**Метою** обстеження було визначення соціального статусу і мотивів звернення жінок ПРВ з приводу лікування безпліддя. При обстеженні з'ясували сімейний стан, освіту, кількість дітей, рівень доходу, пріоритети в життєвих цілях. Особливий інтерес представляє власна оцінка респонденток стану соматичного і репродуктивного здоров'я, виявлення можливих етичних проблем при лікуванні безпліддя (репродуктивне донорство), з'ясування знань респонденток про функціонування репродуктивної системи, здатності до зачаття, виношуванню і народженню здорових дітей в ПРВ.

Анкетування було проведене у 500 жінок пізнього репродуктивного віку, що звернулися з приводу лікування безпліддя. Віковий діапазон респонденток – 35–49 років і в середньому склав  $40,3 \pm 4,1$  року (мал. 2).



Мал. 2. Вікові особливості пацієток (%)



Мал. 3. Рівень освіти пацієток (%)

Слід зазначити, що серед пацієток, яким пропонували заповнити анкету, не було жодної, яка відмовилася взяти участь в дослідженні. Аналіз результатів медико-соціального анкетування, проведений після збору усіх анкет, дозволив виявити деякі особливості досліджуваної групи респонденток, а саме, 90,0% склали респондентки, що проживають в Києві і в Київській області, 10,0% – з інших регіонів України.



Абсолютна більшість жінок (більше 92,5%) були міськими мешканками і тільки 7,5% – жінки, що проживають в сільській місцевості.

Усі жінки мали освіту – лише у кожній п'ятій рівень освіти не перевищив середнє спеціальне, інші (80,0%) мали вищу освіту, в т.ч. 6,0% – учений ступінь (мал. 3).

Більшість жінок працюють, домогосподарок – 19,5%, вважають себе безробітними, але хочуть знайти роботу – 3,0%. Місця роботи різноманітні і відповідають традиційній структурі жіночої зайнятості. Серед медичних працівників – це лікарі різних спеціальностей, у тому числі акушери-гінекологи, медичні сестри, фельдшери, інструктори лікувальної фізкультури. Так само різноманітні і їх професійні позиції – від медичної сестри в поліклініці до завідувача відділенням в стаціонарі. Жінки, що займаються підприємницькою діяльністю, представлені як власниками фірм (підприємці без утворення юридичної особи), так і найнятими робітниками (виконавчими і фінансовими директорами, бухгалтерами). Зайнятих в підприємстві стільки ж, скільки педагогічних працівників і інженерів. Дещо менше зайнятих в науці і вищій освіті, але жінки цієї групи демонструють дуже успішну кар'єру – вони обіймають посади старших наукових співробітників і доцентів. Про професійні шкідливості не згадала жодна з жінок.

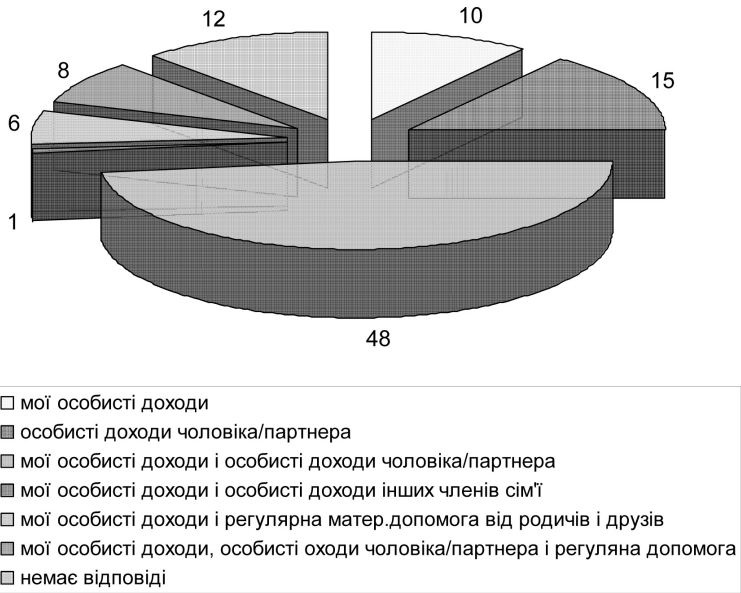
Серед респонденток 48,0% жінок оцінювали свій економічний стан вище за середній і мали можливість самостійно сплатити лікування, інша частина розцінювали свій економічний стан як середній і вказували на те, що можуть сплатити лікування за допомогою родичів. Усі опитані жінки усвідомлювали, що лікування вимагає витрат і свідомо відносилися до цього.

Структура сукупних доходів сімей респонденток різна, і це не завжди прямо пов'язано з фактичним складом сім'ї (мал. 4). Майже у половини опитаних сімейні доходи складаються з їх особистих доходів і доходів чоловіка/партнера, проте, співвідношення нерівне. Лише у кожній четвертій сім'ї з такою структурою доходи жінки у 2–3 рази вище ніж у чоловіка; у інших сім'ях ситуація інша – доходи чоловіків у 1,5–9 разів вище ніж у жінок, тобто складають від 60% до 90% загального доходу.

Частина сімей не в змозі підтримувати своє існування за рахунок тільки власних доходів, тому вони не можуть обійтися без регулярної матеріальної допомоги від рідних і друзів. Таких сімей 13,8%, і лише половина з них складається з самотніх жінок. Сімей, в яких увесь дохід формується тільки за рахунок особистих доходів чоловіка/партнера, в 1,5 рази більше, ніж сімей, в яких увесь дохід складають особисті доходи жінки.

Для визначення факторного джерела доходів 20,0% респонденток розподілили їх по наступних статтях:

- заробітна плата;
- стипендія;
- соціальні посібники (окрім пенсії);
- пенсія;
- випадкові заробітки;
- додаткові доходи (відсотки по вкладах, виграші і тому подібне);
- регулярна матеріальна допомога друзів і рідних.



**Мал. 4. Розподіл пацієнок по структурі сімейних доходів (%)**

Основним джерелом доходів 56,0% сімей є заробітна плата, вона ж є доходом і ще у 6,0% сімей, але вже разом з додатковими доходами і випадковими заробітками; лише 14,0% сімей не розглядають заробітну плату як джерело доходу.

Більшість жінок (89,0%) не вважають сімейні доходи низькими – лише 3,0% опитаних відповіли, що їх доходи бракує навіть на найнеобхідніше. Інші вважають, що доходів вистачає тільки на найнеобхідніше (43,0%), у 46,0% рівень доходів дає можливість робити накопичення. Це важлива характеристика свідчить про те, що потреба в дітях у жінок, що зважилися на пізні материнство, не пов'язана безпосередньо з рівнем їх доходів; діти розглядаються ними як «найнеобхідніше».

Майже половина жінок (45,0%) має особисті доходи, які не відносяться до сімейного бюджету. Кожна друга жінка, що має особисті, «непідзвітні» доходи, вважає рівень цих доходів невисоким («вистачає тільки на дрібниці»), кожна третя розцінює їх як «середні» або «достатні для задоволення необхідних потреб», інші вважають такі доходи досить великими. Багато жінок спеціально підкреслювали, що саме ці доходи вони витрачають на цілі, пов'язані з бажанням народити дитину (лікування безпліддя, спеціальні медичні обстеження та ін.).

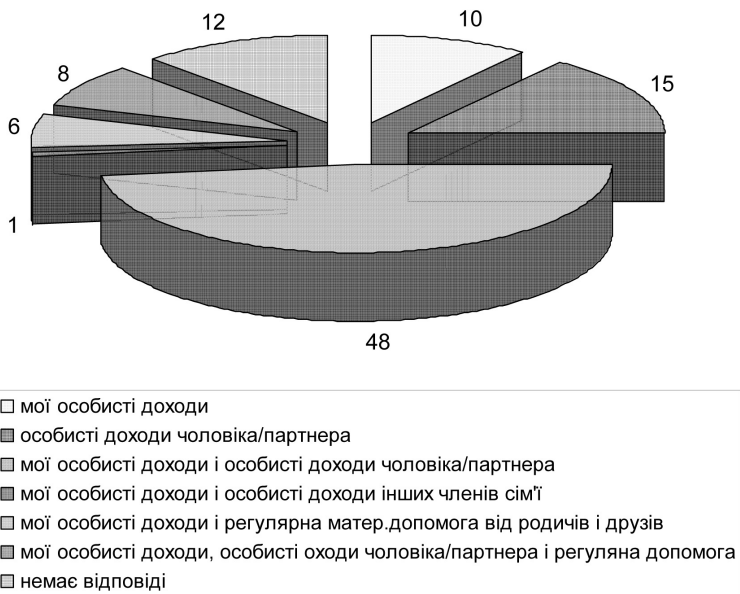
Абсолютна більшість опитаних жінок (75,0%) перебували в офіційно зареєстрованому шлюбі. Майже усі браки були тривалими (83,0% – 5 років і більше, 60,0% – 10 років і більше, 35,0% – 15 років і більше). «Найстаріший» брак зареєстрований за 35 років, «наймолодший» – за 3 міс до опитування. 82,0% опита-

них пацієнок вважали себе одруженими, у 75,0% – брак зареєстрований, у інших – цивільний, 25,0% жінок не перебували в шлюбі, проте з них 15,0% мали постійного статевого партнера, інші 10,0% жінок говорили про можливість використання донорської сперми при лікуванні безпліддя.

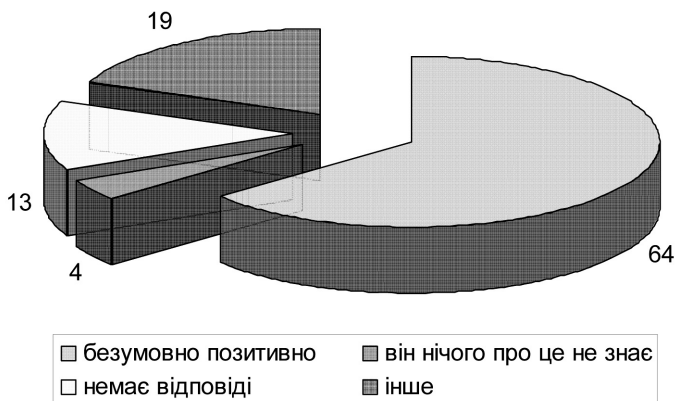
З усіх опитаних жінок 78,0% мали повторний шлюб (тривалість від 2 до 5 років), у 22,0% шлюб був першим (від 5 до 18 років). Серед респонденток, що перебувають в повторному шлюбі переважно більшість (90,0%) мали дітей від перших шлюбів. Мотивацією звернення цих пацієнок з приводу лікування безпліддя було бажання мати дітей в новому шлюбі. 40,0% чоловіків в повторному шлюбі не мали дітей. Тривалість першого шлюбу менше 5 років була лише у 10,0% пацієнок, тобто лише 10,0% жінок відклали створення сім'ї на пізній репродуктивний вік. Серед інших пацієнок шлюбний вік виявився середньостатистичним і дорівнював 25 років, а тривалість безпліддя перевищувала 15 років і у деяких пар складала 20 років. Враховуючи таке тривале первинне безпліддя у цих подружніх пар, особливий інтерес представляє аналіз причин цього явища.

Усі пацієнтки відмічали, що раніше зверталися з приводу лікування безпліддя. Проте у більшості звернення було пізнім, через 5–7 років регулярно статевого життя. При цьому деякі пацієнтки застосовували контрацепцію, а інші не робили нічого, вважаючи, що все станеться самостійно. Скрупульозний аналіз тривалого анамнезу безпліддя дозволив виявити істотні дефекти як в лікарській тактиці, так і в репродуктивному менталітеті пацієнок: лікарський персонал неадекватно оцінював стан репродуктивної системи як чоловіка, так і дружини, піддаючи їх необґрунтованим діагностичним і лікувальним заходам. А саме, 28,0% жінок були рекомендовані неодноразові реконструктивно-пластичні операції з приводу непрохідності маткових труб, спайкового процесу в малому тазу П–Ш ст. У 8,0% випадків проводилися неодноразові гідротубації маткових труб. У переважній більшості етапи обстеження були надто тривалими: неодноразові дослідження гормонального статусу, інфекційного скринінгу. Проводилися курси терапії урогенітальних інфекцій, застосовувалися різні гормональні препарати за відсутності показань для їх застосування. У чоловіків пацієнок також застосовувалися численні необґрунтовані заходи, спрямовані на поліпшення показників сперми, причому курси терапії проводили неодноразово. У лікарській практиці не простежувалася чітка послідовна тактика, спрямована на досягнення вагітності. Проте і самі пацієнти не були послідовні у своїх діях, міняли лікувальні установи, лікарів, робили тривалі перерви між різними етапами лікування від 3 до 5 років.

Узагальнюючи цей розділ дослідження, ми виявили головні причини звернення пацієнок ПРВ з приводу безпліддя. Так, повторний шлюб був названий як головна причина у 42,0% пацієнок. 40,0% жінок звернулися з приводу лікування безпліддя в ранньому репродуктивному віці, проте тривале неефективне лікування впродовж 10 і більше років, зі зміною ряду лікувальних установ привело до того, що по спеціалізовану допомогу ці пацієнтки звернулися вже в ПРВ. Відстрочене дитородіння за бажанням жінок склало лише 13,0%, тоді як саме ця мотивація за результатами інших дослідників європейських країн є найбільш значимою причиною звернення жінок ПРВ і загибель єдиної дитини – 5%.



Мал. 4. Розподіл пацієнток по структурі сімейних доходів (%)



Мал. 5. Розподіл відповіді на питання про те, як чоловіки відносяться до намірів жінки народити «пізню» дитину (%)

Пізнє материнство зазвичай супроводжується пізнім батьківством – про це свідчить вікова структура чоловіків наших респонденток (чи майбутніх батьків їх дітей).

Вік більшості чоловіків – від 35 до 47 років (72,0%), а жінок цих же вікових груп серед опитаних значно більше – 92,0%. При цьому межі віків у чоловіків ширші, ніж у жінок – наймолодшому 25 років, самому старшому 65 (у жінок це 35 і 49 відповідно).

Лише третина опитаних чоловіків вже має дітей. Бездітних чоловіків трохи більше половини (56,0%), тобто рівно стільки ж, скільки і бездітних жінок (яких 55,5%). Одна дитина є у 62,5% пар, двоє – у 62,5%, і лише у кількох чоловіків дітей троє і більше.

На думку опитаних жінок, 2/3 їх подружжя відносяться до бажання народження дитини, безумовно, позитивно (мал. 5).

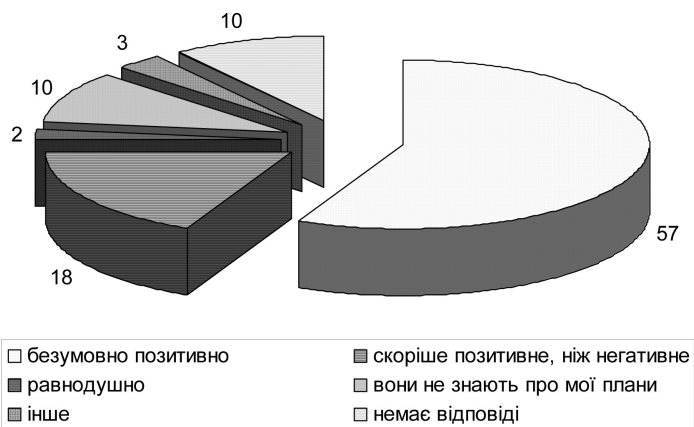
Відповіді «він нічого не знає про це» мали місце в тих випадках, коли жінка вважала себе самотньою, не перебуваючою ні в офіційному, ні у фактичному шлюбі (пізніше буде видно, що саме ці жінки не просто легко погоджуються на використання сперми донора, але навіть прагнуть до цього). Відповіді «інше» свідчили лише про міру бажання чоловіка мати дитину: «він дуже хоче дитини», «він вірить в успіх».

Така одностайність пов'язана з тим, що рішення про «пізню» дитину, як правило, приймається спільно жінкою і чоловіком – так поступають кожні дві пари з трьох. Проте кожна п'ята жінка (18,0% серед опитаних) приймає рішення про народження дитини самостійно, тобто не радиться зі своїм чоловіком, і це приблизно відповідає сумарній долі незаміжніх і розлучених жінок (24,0% серед опитаних).

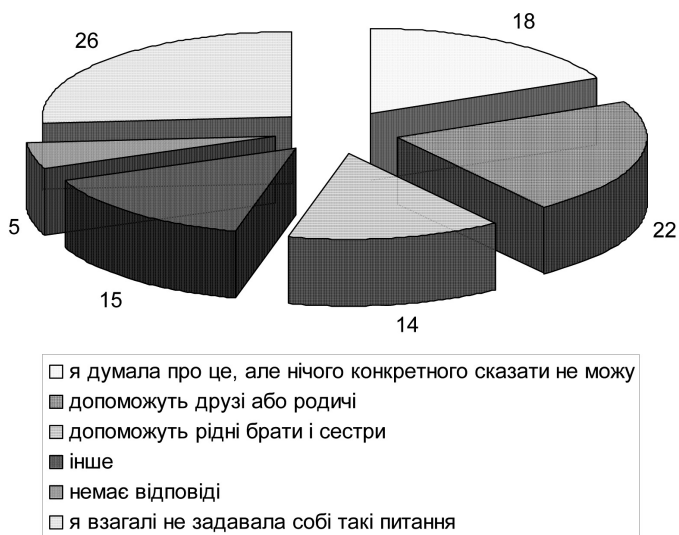
Частина респонденток вже має досить дорослих дітей, і прислухається до думки дітей відносно своїх репродуктивних планів. На питання про відношення дітей до наміру матері народити ще, відповіді 30% усіх опитаних, і виявилось, що в 2,0% випадків це відношення швидше негативне, чим позитивне, але ще 21,0% дорослих дітей нічого не знають про репродуктивні плани своїх матерів. Інші 75,0% опитаних відповіді, що відношення, безумовно, позитивне (57,0%) або швидше позитивне, чим негативне (20,0%).

Родичі 80,0% опитаних жінок також мають певну думку з приводу репродуктивних намірів жінок (мал. 6.). Деякі родичі відносяться до цього безумовно позитивно або швидше позитивно, чим негативно, причому в окремих випадках міра позитивності дуже велика – жінки вказують, що «родичі чекають з нетерпінням». Але лише кожному п'яту жінку цікавить реакція родичів – половина опитаних на питання про важливість для них думки родичів і друзів відносно наміру народити дитину відповідають категоричне «ні», а ще чверть – «не дуже».

Питання про думку дітей, родичів і друзів відносно майбутньої дитини були поставлені у зв'язку з тим, що багато жінок, що вже мають «пізніх» дітей, стурбовані тим, хто доглядатиме за дитиною, виховуватиме і навчатиме його, якщо самі вони не зможуть робити цього із-за віку або стану здоров'я. Лише кожна четверта респондентка не задавалася питанням про це, інші ж сподіваються на родичів, друзів, старших дітей або категорично стверджують, що впораються самі, оскільки «в цьому віці в повному об'ємі можливо виховання дітей» (мал. 7). Серед запропонованих варіантів відповіді був і «сподіваюся на допомогу громадських і державних організацій», але його не вибрав ніхто.



Мал. 6. Розподіл відповідей на питання про те, як родичі (крім чоловіка і дітей) відносяться до намірів жінки народити «пізню» дитину (%)



Мал. 7. Розподіл відповідей на питання про те, хто зможе виховувати дитину замість жінки (%)

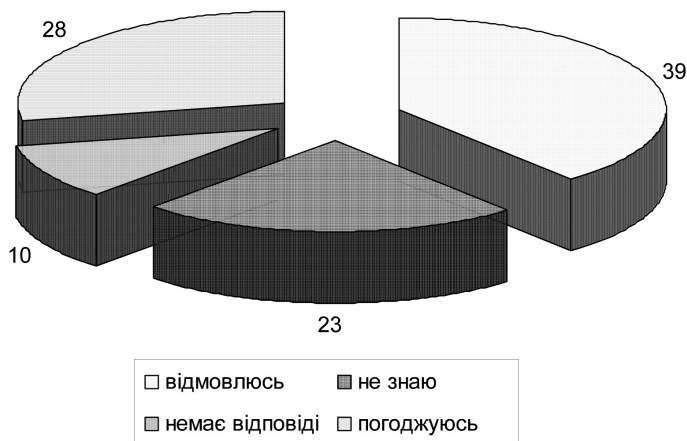


**Мал. 8. Розподіл відповідей на питання про взаємовідношення з «пізніми» дітьми (%)**

У сім'ї кожної третьої респондентки були «пізні» діти (у мами, бабусі, прабабусі, сестри, кузини), але у більшості випадків це не перші і навіть не другі пологи. До того ж поняття «пізні материнство» у усіх різне – деякі називали «пізніми» навіть пологи у віці 29 років. Проте сімейні традиції «пізнього» материнства, безумовно, сприятливо впливають і на вибір жінки на користь «пізніх» пологів як таких, і на взаємовідносини батьків з «пізніми» дітьми. Практично усі жінки, знайомі з «пізніми» пологами не з чуток, на питання про можливе непорозуміння між батьками і «пізніми» дітьми відповіли, що «це надумана проблема» (мал. 8). Як приклад наводилися власні сім'ї, де «моя рідна сестра і син – одного року народження», де «старші діти обзавелися власними дітьми і мені теж хочеться маленького».

З медичної точки зору це цілком виправдано – в акушерській практиці породілля старше 25 років вже вважається старородящою.

Нас цікавило питання про обізнаність респондентів про тимчасові параметри функціонування репродуктивної системи. Про небезпеку виношування в ПРВ і народженні дітей з природженою генетичною патологією. Хоча усі респондентки відповідали, що обізнані про ці факти, проте при більш скрупульозному аналізі з'ясовано, що ці знання не є достатніми. Навіть освічені жінки не знали, що 35 років – це вік, після якого різко знижується здатність до зачаття, а в 40 і після 40 вона практично зводиться до нуля. Респондентки орієнтувалися на популярні передачі і статті в ЗМІ, що друкують сенсаційні репортажі про народження дітей у жінок в 50, 58 років, при цьому, не підозрюючи, що в усіх випадках використовується яйцеклітина донора. На їх думку, науковий прогрес дійшов до такого рівня розвитку, що можна отримати вагітність у будь-якому віці. У зв'язку з цим є цікавим питання про відношення респондентів до донорства гамет.



**Мал. 9. Розподіл відповідей на питання про використання донорської сперми (%)**

Одним з морально найскладніших є питання про використання ооцитів і сперматозоїдів донорів під час проведення програм ДРТ. Кожна третя респондентка (мал. 9) або ще не прийняла ніякого рішення з цього приводу, або взагалі не відповіла на поставлені питання. Обґрунтовувавши свої відповіді, респондентки часто посилаються на думку своїх чоловіків/партнерів, особливо, при негативній відповіді; «чоловік буде проти» або навіть «категорично проти». Часто думка чоловіка негативна як відносно використання ооцитів донора, так і відносно донорської сперми.

Пацієнтки, що приймали участь в дослідженні, сприймали використання ооцитів донора позитивніше, ніж використання сперми донора. Проте в дослідженнях, що проводилися раніше, були отримані і прямо протилежні результати. Мабуть це пов'язано з майже рівноважними значеннями відповідей «так і ні», по питомій вазі рівними відповідям «не знаю». Тобто питання „за” або „проти” репродуктивного донорства вирішується не просто індивідуально, але й інакше на різних етапах лікування за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, які вимагають значних матеріальних і емоційних витрат. Не викликає сумніву лише одне – у випадках, коли планується народження дитини в першому шлюбі після того, як старші діти йдуть з сім'ї, будь-яке репродуктивне донорство, що стосується і яйцеклітини і сперматозоїдів, категорично відкидається.

Основними чинниками, що впливають на думку жінок, що приймають рішення, стали: перший чи повторний шлюб, вік подружжя, наявність у подружжя власних дітей. Жінки, що вступили в повторний шлюб, чоловік яких був набагато молодший в переважній більшості (98,0%) не хотіли використовувати донорську сперму, навіть, незважаючи на виражені порушення сперматогенезу. Більше того, що мають дітей від перших шлюбів в 65,0% випадків відмовлялися від використан-

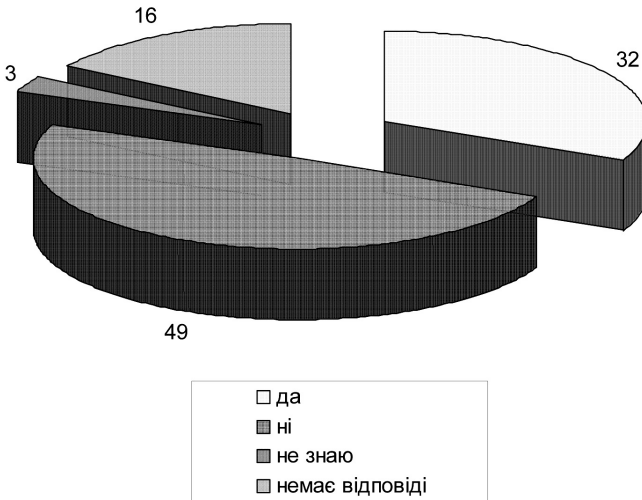


ня донорських яйцеклітин, якщо їм пояснювалася необхідність цього виду лікування. Жінки, що мають дітей наполягали на стимуляції функції яєчників з метою отримання власної яйцеклітини. При цьому, кожна з них знала, що в лікування може бути безперспективним, і в цьому випадку були готові відмовитися від досягнення вагітності взагалі. Частина пацієток, які не мають власних дітей і перебувають в повторному шлюбі, погоджувалися на використання ооцитів донора у разі використання тільки сперми чоловіка. Пацієтки, які перебували в першому шлюбі, не маючи своїх дітей, довго лікувалися від безпліддя, погоджувалися на використання, як ооцитів донора, так і донорської сперми. Слід зазначити, що таке рішення вони приймали після пробного неефективного курсу стимуляції функції яєчників в програмі ДРТ.

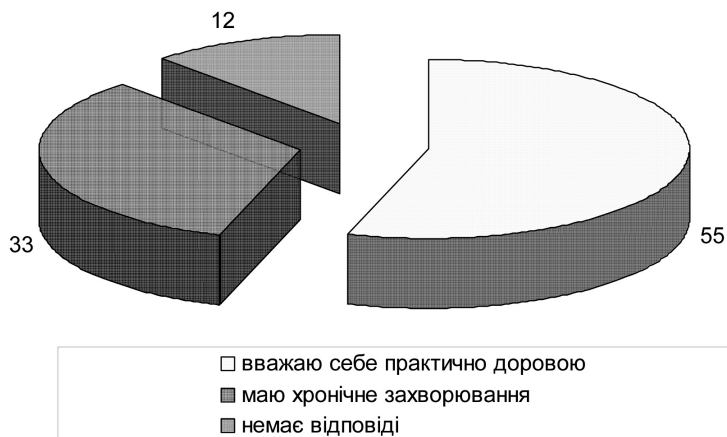
Жінки приймають рішення про народження дитини в ПРВ (мал. 10) цілком усвідомлено. Про це свідчить те, що абсолютна більшість опитаних жінок добре розуміють усі ризики, яким піддається і мати, і дитина.

Більшість жінок (55,0%) вважають, що стан здоров'я в даний момент не заважає їм планувати «пізню» вагітність – вони вважають себе «практично здоровими» (мал. 11). Найявніші хронічних захворювань визнала лише кожна третя респондентка, стверджуючи, що, захворювання знаходяться у стадії компенсації і не є причиною відмови від лікування безпліддя і виношування вагітності.

8 з 10 респонденток відповіли, що знають про проблеми, які можуть виникнути із здоров'ям жінки в ході виношування і народження дитини в пізньому репродуктивному віці; лише 10% жінок відповіли, що їм нічого про це не відомо і ще 10% не



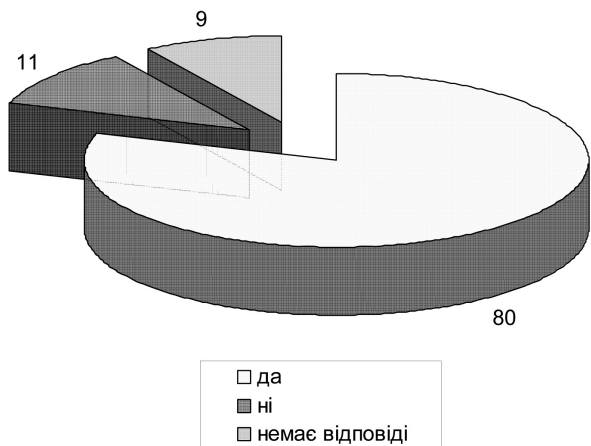
**Мал. 10. Розподіл відповідей на питання про «пізніх» дітей у сім'ї (респондентки вважають пізніми пологи у жінок старше 30 років) (%)**



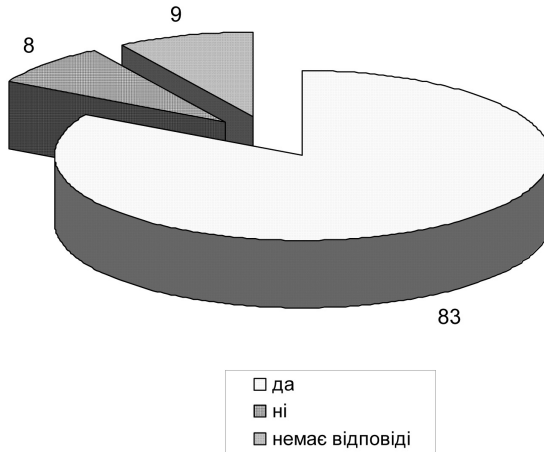
**Мал. 11. Стан здоров'я опитаних (%)**

дали ніякої відповіді (мал. 12). Проте одна жінка має намір вирішити це питання кардинально – вона підбрала собі сурогатну матір.

Майже така ж ситуація з інформацією про небезпеку пізніх пологів для дітей (мал. 13). Серед найбільш вірогідних проблем називають хворобу Дауна і вади внутрішньоутробного розвитку, але багато хто додає, що їм відомі способи скорочення ризику подібних аномалій, маючи на увазі перинатальну діагностику.



**Мал. 12. Розподіл відповідей на питання про ризик «пізніх» пологів для матері (%)**



**Мал. 13. Розподіл відповідей на питання про ризик «пізніх» пологів для дитини (%)**

Більшість жінок були стурбовані можливістю народження дітей з вродженою генетичною патологією, були обізнані про високу частоту вад розвитку дітей, народжених у жінок пізнього репродуктивного віку. Їх цікавили способи діагностики генетичної патології у майбутнього потомства під час виношування. Переважна більшість жінок вважали себе здоровими і здатними виносити вагітність, навіть ті які мали різні соматичні захворювання, не були стурбовані про погіршення свого здоров'я під час вагітності. Відносно способу розродження, респондентки поклалися на компетенцію лікаря залежно від перебігу вагітності.

Найбільш делікатним було питання про те, як пацієнтки планують виховувати і забезпечувати дитину, що народилася у батьків в пізньому репродуктивному віці, особливо якщо сімейні стосунки не були стабільними. Багато хто з пацієнток (30,0%) вважав це особистою справою, інші говорили (30,0%) про те, що мають родичів, що готові їм допомогти, 40,0% респонденток не відповідали на це питання.

Отже, проведений аналіз дозволив зробити висновок, що жінки ПРВ соціально спроможні для виношування, народження і виховання планованих дітей. Проте пацієнтки мали неправильне уявлення про фізіологію і згасання репродуктивної системи. У переважній більшості випадків вони вважали, що можливість реалізації репродуктивної функції зберігається до моменту настання менопаузи. Складним і суперечним виявилось відношення жінок до донорства гамет як чоловічих, так і жіночих. Також виявлена неадекватна оцінка свого соматичного здоров'я і можливих ускладнень, які можуть відбуватися під час вагітності. Аналіз результатів медико-соціального анкетування дозволив виявити відмінності у ряді показників соціально-економічного, сімейного положення жінок, що звернулися. Також були відмінності в мотивах звернення з приводу безпліддя жінок ПРВ у виділених групах, їх репродуктивному анамнезі і відношенню до донорства гамет.

Відсутність бажаних дітей створювала для більшості опитаних жінок психологічний і соціальний дискомфорт.

### **ВИСНОВКИ**

Таким чином, реабілітація репродуктивної функції хворих є медико-соціальним завданням для покращання якості життя цієї групи пацієнток. Незаперечний той факт, що жінка в пізньому репродуктивному віці має таке ж право на народження дитини, як і усі інші жінки. Іноді вона може створити навіть комфортніші умови для розвитку дитини, як в психологічному, так і матеріальному плані, використовуючи накопичений життєвий досвід і матеріальні можливості. Звичайно, питання про «граничний» вік жінки, коли вона може стати матір'ю, залишається дискусійним. Багато пацієнток, які приходять до спеціалізованої установи для лікування безпліддя, не замислюються, що буде через 15–20 років. Але відмовити їм в допомозі лікарі не мають права. Проте фахівець повинен детально розповісти про всі ризики, пов'язані з досягненням і виношуванням вагітності, про шанси при застосуванні тих або інших допоміжних репродуктивних технологій.

### **Медико-социальная характеристика супружеских пар позднего репродуктивного возраста**

***И.И. Чермак***

Реабилитация репродуктивной функции больных является медико-социальным заданием, решение которого позволяет изменить качество жизни пациенток. Безусловным является тот факт, что женщина в позднем репродуктивном возрасте имеет такое же право на рождение ребенка, как и все остальные женщины. Вместе с тем специалист должен детально рассказать обо всех рисках, связанных с возможностью наступления и вынашивания беременности, а также про возможности использования вспомогательных репродуктивных технологий.

***Ключевые слова:*** *поздний репродуктивный возраст, супружеские пары.*

### **The medical-social characteristic of married couples of late reproductive age**

***I.I. Chermak***

Rehabilitation of reproductive function of patients is the medical-social task, the decision allows to change quality of a life of patients. That fact is unconditional, that the woman in late reproductive age has the same right to a birth of the child, as well as all other women. At the same time the expert should tell in details about all risks connected with possibility of approach and prolongation of pregnancy, and also about possibilities of use auxiliary reproductive technologies.

***Key words:*** *late reproductive age, married couples.*

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Колчин А. Психологические аспекты репродукции человека // Проблемы репродукции. – 2005. – № 1. – С. 33–39.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС. – 2005. – 134 с.
3. Шаропова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В. Шаропова // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 1. – С. 7–10.

# Особенности функционального состояния молочных желез в динамике менструального цикла

*О.А. Полюлях*

Национальная медицинская академия последиplomного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований позволяют предположить наличие циклических изменений гемодинамических условий в паренхиме молочных желез у здоровых женщин репродуктивного возраста. Усиление кровоснабжения паренхимы во второй фазе цикла может быть обусловлено влиянием овариальных гормонов и пролактина на тонус сосудов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических мероприятий у женщин с патологией молочных желез.

*Ключевые слова:* молочные железы, функциональное состояние.

Последние годы характеризуются резким возрастанием частоты заболеваний молочных желез. Наибольший удельный вес среди их доброкачественной патологии составляют гиперпластические процессы, объединенные общим термином «фиброзно-кистозная болезнь» или «мастопатия». Вместе с тем, в структуре злокачественных новообразований у женщин частота опухолей молочных желез (19,8%) превышает таковую опухолей тела (6,8%), шейки матки (5,2%) и яичников (4,9%) [1, 2].

Данные об эхографических различиях между физиологическим состоянием и патологическими изменениями в молочных железах крайне ограничены и неоднозначны, что свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

**Цель исследования** – изучение биометрические и функциональные параметры развития молочных желез у здоровых женщин.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-эхографическое и лабораторное обследование 50 женщин различного возраста (от 16 до 50 лет) без патологии молочных желез.

Обследование включало в себя, наряду с общепринятыми методами, физикальное и ультразвуковое исследования молочных желез, доплерографию с цветным доплеровским картированием (ЦДК) кровотока в артериях паренхимы.

Ультразвуковое исследование молочных желез проводилось на ультразвуковом диагностическом аппарате «Aloka SSD-1700» с использованием линейного датчика с частотой 7,5–10 МГц согласно стандартной методике. С целью количественного анализа изображения молочной железы осуществляли измерение толщины паренхимы (фиброгландулярной зоны – ФГЗ). Измерение проводили в обла-

ти ее наибольшей выраженности, то есть в верхнем наружном квадранте молочной железы вдоль радиальной линии, разделяющей данный квадрант пополам. Измерение осуществляли от наружного контура переднего до наружного контура заднего листка расщепленной фасции. После определения толщины ФГЗ в правой и левой молочной железе вычисляли ее среднюю величину. Для выяснения степени циклических изменений данного показателя вычисляли разницу между средней толщиной ФГЗ на 20–23-й день и 5–7-й день менструального цикла.

В верхнем наружном квадранте молочных желез с помощью доплерографии и цветного доплеровского картирования (ЦДК) осуществляли регистрацию кривых скоростей кровотока (КСК) в артериях паренхимы. Оценку КСК производили при помощи качественного анализа. Для этого использовали величины систоло-диастолического отношения (СДО), индекса резистентности (ИР) и пульсационного индекса (ПИ). После определения величин качественных показателей в правой и левой молочных железах вычисляли их средние величины. Пульсационный индекс (ПИ) рассчитывали как отношение разницы максимальной систолической и конечно-диастолической скоростями кровотока к средней скорости кровотока. Индекс резистентности (ИР) представляет собой отношение разности максимальной систолической (А) и конечно-диастолической скорости к максимальной систолической скорости кровотока.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

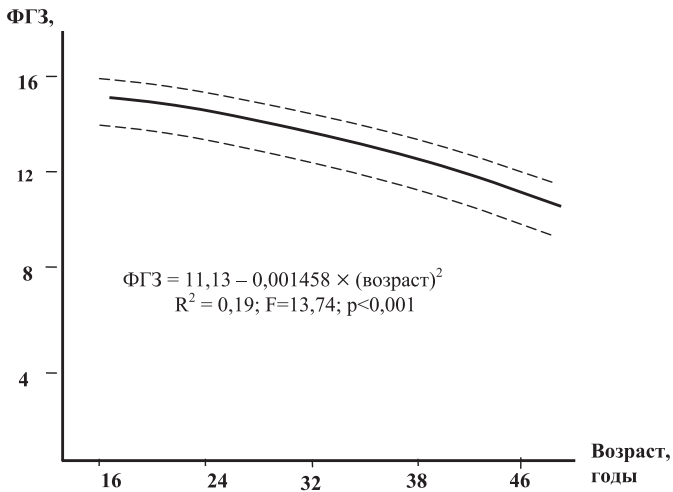
Средние значения толщины паренхимы молочных желез у женщин 46–50 лет ниже таковых в 16–18 и 19–35 лет (на 5–7-й день цикла в 1,3 и 1,4 раза, а на 20–23-й день – в 1,3 и 1,5 раз соответственно). Выявлена также достоверная разница в толщине паренхимы на 5–7-й день менструального цикла у женщин 19–35 лет по

*Таблица 1*

**Толщина фиброглангулярной зоны (ФГЗ) молочной железы у женщин различного возраста (M±m; min-max; мм)**

Возраст, годы	№ п/п	ФГЗ на 5-7-й день менструального цикла	ФГЗ на 20-23-й день менструального цикла	ΔФГЗ	p
		I	II	III	
16-18	1	10,1±0,6	11,1±0,3	1,2±0,3	p I-II <0,01
19-35	2	10,9±0,5	12,4±0,6	1,4±0,2	p I-II <0,001
36-45	3	9,3±0,4	10,4±0,6	1,1±0,3	p I-II <0,01
46-50	4	7,9±0,5	8,3±0,5	0,4±0,1	p I-II <0,01
p		p 1-4 <0,05 p 2-3 <0,05 p 2-4 <0,001	p 1-4 <0,01 p 2-4 <0,01 p 3-4 <0,05	p 1-4 <0,05	-

Δ – ΔФГЗ – разница между толщиной ФГЗ на 20–23-й и 5–7-й день цикла.



**Зависимость толщины фиброгландулярной зоны молочных желез на 5–7-й день менструального цикла от возраста женщин**

сравнению с 36–45-летними; на 20–23-й дни – 19–35 лет по сравнению с 46–50-летними, а также 36–45 лет по сравнению с 46–50-летними (табл. 1). Определена обратная взаимосвязь между толщиной паренхимы на 5–7 ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,001$ ) и 20–23 дни цикла ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,001$ ) и возрастом пациенток. На рис. 1 представлена динамика снижения толщины паренхимы с увеличением возраста женщин. Полученные результаты обусловлены возрастной инволюцией тканей молочных желез, их жировой трансформацией и фиброзированием.

Выявлена обратная взаимосвязь между степенью циклической трансформации паренхимы и возрастом пациенток ( $r_s = -0,32$ ;  $p < 0,01$ ). Наибольшие ее изменения в течение менструального цикла наблюдались у женщин 19–35 лет, а наименьшие – в 45–50 лет, что определяется различной зрелостью структурных компонентов фиброгландулярного комплекса (железистой ткани, опорной и ложевой строме) и их чувствительностью к регулируемому влиянию овариальных гормонов.

Выявлено наличие прямой взаимосвязи между толщиной паренхимы и содержанием в крови пациенток эстрадиола (в первую фазу цикла –  $r = 0,49$ ;  $p < 0,001$ ; во вторую фазу цикла –  $r = 0,46$ ;  $p < 0,001$ ) и пролактина ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,001$ ). При этом величина данного биометрического показателя не зависела от содержания прогестерона и величины отношения Э/П.

Определено, что усиление кровоснабжения паренхимы молочных желез приводит к увеличению ее толщины. Это доказывает наличие обратной взаимосвязи между толщиной паренхимы и показателями сосудистой резистентности как в течение фолликулярной (с СДО –  $r = -0,4$ ;  $p < 0,01$ ; с ИР –  $r = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ; с ПИ –

Таблица 2

**Значения качественных показателей кровотока в паренхиматозных артериях молочной железы на 5–7-й и 20–23-й дни менструального цикла (M±m; min-max)**

Возраст	№ п/п	СДО	ИР	СДО	ИР	p
		5-7-й день менструального цикла		20-23-й день менструального цикла		
		I	II	III	IV	
16-18	1	4,6±0,5	0,8±0,03	2,8±0,3	0,6±0,05	-
19-35	2	4,9±0,4	0,8±0,02	3,7±0,3	0,6±0,03	pI-III <0,001 pII-IV <0,001
36-45	3	4,2±0,3	0,7±0,02	3,3±0,2	0,7±0,06	pI-III <0,05 pII-IV <0,001
46-50	4	7,2±0,8	0,8±0,03	6,1±0,7	0,8±0,05	p I-III <0,05
p		p3-4 <0,01 p1-4 <0,05 p2-4 <0,05	p 3-4 <0,05 p 2-4 <0,05	p 3-4 <0,01 p 1-4 <0,01 p 2-4 <0,05	p 1-4 <0,05 p 2-4 <0,05	-

$r = -0,37$ ;  $p < 0,01$ ), так и лютеиновой фазы цикла (с СДО –  $r = -0,41$ ;  $p < 0,01$ ; с ИР –  $r = -0,31$ ;  $p < 0,05$ ; с ПИ –  $r = -0,38$ ;  $p < 0,01$ ).

Параметры сопротивления в артериях паренхимы у пациенток разного возраста представлены в табл. 2. Их величины в 16–18, 19–35, 36–45 лет не имеют достоверного отличия друг от друга. По сравнению с этими возрастными подгруппами, статистически значимое повышение значений СДО, ИР и ПИ наблюдается в возрасте 46–50 лет. В первую фазу менструального цикла определена взаимосвязь между возрастом женщин и величиной СДО ( $F=3,83$ ;  $p < 0,02$ ), ПИ ( $F=2,97$ ;  $p < 0,05$ ); во вторую – прямая корреляция возраста с величиной СДО ( $r=0,36$ ;  $p < 0,01$ ), ИР ( $r=0,4$ ;  $p < 0,01$ ) и ПИ ( $r=0,31$ ;  $p < 0,05$ ). Возрастание сопротивления кровотоку в артериях паренхимы с увеличением возраста женщин связано с перестройкой органного кровообращения, редуцированием его капиллярной сети.

У женщин репродуктивного возраста на 5–7-й день менструального цикла качественные показатели кровотока в артериях паренхимы превышали таковые на 20–23-й дни (табл. 2).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют предположить наличие циклических изменений гемодинамических условий в паренхиме молочных желез у здоровых женщин репродуктивного возраста. Усиление кровоснабжения паренхимы во второй фазе цикла может быть обусловлено влиянием овариальных гормонов и пролактина на тонус сосудов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических мероприятий у женщин с патологией молочных желез.



**Особливості функціонального стану молочних залоз в динаміці  
менструального циклу  
О.А. Полюлях**

Результати проведених досліджень дозволяють припустити наявність циклічних змін гемодинамічних умов в паренхімі молочних залоз у здорових жінок репродуктивного віку. Посилення кровопостачання паренхіми в другій фазі циклу може бути обумовлене впливом оваріальних гормонів і пролактину на тонус посудин. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних заходів у жінок з патологією молочних залоз.

**Ключові слова:** молочні залози, функціональний стан.

**Features of a functional condition of mammary glands  
in dynamics menstrual cycle  
O.A. Poljuljah**

Results of the spent researches allow to assume presence of cyclic changes of haemodynamic conditions in parenhime mammary glands at healthy women of reproductive age. Blood supply strengthening parenhima in the second phase of a cycle can be caused influence ovarial hormones and prolactinum on a tone of vessels. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic actions at women with a pathology of mammary glands.

**Key words:** mammary glands, functional condition.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2004. – 23 с.

# Комплексна оцінка стану ендометрію та яєчників з аналізом оваріального резерву у жінок із безпліддям

*П.О. Галайко*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ

---

Проведено оцінку стану репродуктивної системи за допомогою ультразвукового, гормонального моніторингу та проведеної гістеро-лапароскопії для прогнозування ймовірної відповіді яєчників на стимуляцію. Детально з практичної точки зору оцінено отримані результати ультразвукового, гормонального та ендоскопічного моніторингу в жінок із безпліддям для подальшого лікування.

**Ключові слова:** *безпліддя, гормональний гомеостаз, ультразвуковий моніторинг, гістеро-лапароскопія.*

Розвиток допоміжних репродуктивних технологій в усьому світі обумовлений пріоритетністю проблеми безпліддя в репродуктивній медицині. Настання вагітності в результаті програм запліднення *in vitro* (ЗІВ) коливається від 10 до 60% для різних груп пацієнтів і рідко перевищує 30% бар'єр. Цей показник залежить від багатьох факторів: віку пацієнток, причини безпліддя, застосованої схеми індукції суперовуляції, якості аспірованих ооцитів, показників спермограми, здатності ендометрію до імплантації отриманих ембріонів.

Не викликає сумніву той факт, що зниження частоти імплантації при тій чи іншій формі безпліддя виникає в результаті одночасної взаємодії цілого комплексу причинно-наслідкових факторів. Формуючи та підтримуючи патологічний процес в репродуктивній системі жінки, вони впливають на розвиток ооцитів та ембріонів і секреторну трансформацію ендометрію – основні складові процесу імплантації.

**Мета роботи** – діагностично оцінити можливу відповідь яєчників на стимуляцію овуляції за допомогою гормонального, ультразвукового та ендоскопічного методів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 54 жінки із безпліддям у віці від 22 до 40 років. Функціональний стан гіпофізарно-яєчникової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових, рентгенологічних та ендоскопічних методів досліджень. Матеріалом для дослідження були виділення з заднього склепіння піхви та цервікального каналу, циліндричний епітелій з цервікального каналу, а також сироватка крові.

Мікроскопію проводили у світловому мікроскопі з імерсійним об'єктивом. Спостерігали появу запальної реакції: наявність лейкоцитів, слизу, фібрину, при появі мікроорганізмів відмічали ступінь обсіменіння, відношення до забарвлення

по Граму та морфологічні особливості. Досліджуваний матеріал, взятий тампоном, засівали на половину чашки Петрі з оптимальними для кожної групи мікроорганізмів поживними середовищами. Результат дослідження був негативним при відсутності росту на всіх живильних середовищах протягом 72 год.

Ідентифікацію виділених чистих культур проводили за морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними властивостями. Популяційний рівень визначали за кількістю колоній, що виростили при висіву 0,1 мл ексудату та з врахуванням розведення, виражали його у lg КУО/мл або lg КУО/г.

При ретроспективному дослідженні нами вивчені дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Всім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчики 3–5 МГц та 5–9 МГц) з використанням УЗ системи HAWK 2102 EXL B-K medical (Німеччина). При дослідженні яєчників вимірювали їх об'єм та яєчничково-матковий індекс (ЯМІ) (И.А. Озерская, 2008). Лапароскопічне та гістероскопічне дослідження органів малого таза виконували за допомогою лапароскопічної апаратури «Karl-Storz». Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом за допомогою тест-системи „Хема-медіка” (Росія) на 2–3-й день менструального циклу.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакету програм Excel-2007, STATISTICA 5A. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених становив  $29,6 \pm 4,2$  року. Вони мали регулярний менструальний овуляторний цикл, прохідні маткові труби (метросальпінгографія), фертильну сперму чоловіка, позитивний посткоїтальний тест. Тривалість безпліддя в середньому становила  $7,9 \pm 4,2$  року. У 26 жінок (61,9%) діагностовано первинне безпліддя, а у 16 (38,1%) – вторинне.

У обстежених жінок оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза були в 23 (42,6%) випадках. Частіше відмічена операція апендектомія – 12 (22,2%), при цьому ускладнений апендицит був у 2 (3,7%) хворих, а ускладнений післяопераційний період у 3 (5,5%). Оперативні втручання гінекологічного характеру були у 13 (24,0%) жінок основної групи. Перенесена 4 (7,4%) жінками позаматкова вагітність, з приводу якої операція тубектомії була проведена 5 (9,2%) хворим, 2 (3,7%) – лапароскопічні органозберігаючі операції з евакуацією плідного яйця та пластикою маткової труби можуть бути маркером висхідного генітального інфікування з ураженням маткових труб. Лапароскопічні операції були у 7 (12,9%) обстежених жінок (з них 2 – діагностичні). На маткових трубах проведені у 2 хворих, комбіновані (сальпінгонеостомія, сальпінгооваріолізис) – у 5 випадках.

Дані ГСГ наступні: двобічна непрохідність маткових труб у різних відділах виявлена нами у 14 (25,9%) жінок із безпліддям, з них з первинним безпліддям – у 6 (11,1%), з вторинним безпліддям – у 8 (14,8%). Прокідність однієї маткової труби при оклюзії другої встановлено у 7 (12,9%) жінок, з них з первинним безпліддям – у 2 (3,7%), з вторинним безпліддям – у 5 (9,2%) жінок. Часткова прохідність мат-

кових труб була у 8 (14,8%) жінок із безпліддям. Прохідність маткових труб була збережена у 25 (46,3%) жінок із безпліддям. Перитубарні спайки за даними ГСГ встановлено в 8 (14,8%) жінок із безпліддям.

Детальний аналіз анамнезу, даних клінічного дослідження, результатів обстеження спеціальними методами жінок із безпліддям у шлюбі показав, що тільки ретельне обстеження згідно існуючих алгоритмів дозволяє попередньо верифікувати можливі чинники безпліддя, підготувати хворих для проведення інвазивних методів обстеження при зведенні до мінімуму можливих ускладнень. У двох третин обстежених жінок на первинному етапі дослідження та лікування не були прийняті до уваги клініко-анамнестичні дані та не проведені вчасно специфічні методи дослідження та лікування.

Під час лапароскопії у 8 (14,8%) жінок діагностовано перший (мінімальний) ступінь важкості спайкового процесу, у 7 (12,9%) – другий (середній) ступінь тяжкості спайкового процесу, у 9 (16,7%) – третій (помірний) ступінь тяжкості спайкового процесу, у 6 (11,1%) – четвертий (тяжкий) ступінь спайкового процесу. Всього спайковий процес діагностовано у 30 (55,5%) жінок. У 24 (44,5%) обстежених жінок спайковий процес у ділянці придатків матки був відсутнім, з них у 3 (5,5%) жінок, які мали в анамнезі лікований урогенітальний хламідіоз і тривалість безпліддя у шлюбі до 2 років. Дані проведеного дослідження свідчать, що найбільш виражений спайковий процес мав місце у жінок із змішаним інфікуванням і частими рецидивами ЗЗОМТ в анамнезі.

Базальна та циклічна секреція ЛГ не відрізнялась від показників норми та становила  $24,8 \pm 3,81$  МО/л. Рівень ФСГ є одним із маркерів оваріального резерву. Він характеризує секрецію інгібіну  $\beta$  та естрадіолу в фолікулах. Вважають ФСГ більш достовірно прогностичним критерієм для оцінки оваріального резерву, ніж вік жінки. Для оцінки ймовірного оваріального резерву користувались табл. 1.

Рівень пролактину в плазмі крові у жінок із безпліддям неясного генезу становив  $408,6 \pm 10,7$  МО/л. Концентрація естрадіолу становила  $227,6 \pm 22,1$  МО/л та  $13,5 \pm 1,4$  пмоль/л прогестерону. Отже, більш низька концентрація нормального значення прогестерону у жінок із безпліддям свідчить про зміну оптимального балансу стероїдних гормонів, який забезпечує реалізацію генеративної функції жінки.

*Таблиця 1*

**Показники ФСГ для оцінки оваріального резерву**

Концентрація ФСГ на 2-3-й день циклу, МО/л	Ймовірна відповідь яєчників
3-8	Позитивна відповідь
8-10	Відповідь від "позитивна" до "помірно знижена"
10-12	Задовільна, знижена відповідь
12-17	"бідна" відповідь із низькою частотою настання вагітності
>17	Вкрай незадовільна чи негативна відповідь

Таблиця 2

## Кількість антральних фолікулів

Антральний фолікул, d=2-10 мм в обох яєчниках	Ймовірна відповідь
<5	"бідна"
5-7	"бідна" - збільшити дозу ФСГ
8-12	Задовільна, помірна частота настання вагітності
13-30	Позитивна
>30	Ризик виникнення СГЯ

Термін ультразвуковий моніторинг – це серія ультразвукових досліджень, які виконані в певні дні стимуляції з метою оцінки динаміки росту фолікулів та ендометрію для визначення тактики лікування. Під час проведення першого УЗД (2-3 день менструального циклу) звертаємо увагу на стан ендометрію, міометрію, порожнини матки та маткових труб.

В судинній сітці репродуктивної системи щомісячно відбуваються зміни. Адекватний кровообіг важливий фактор для їх нормального функціонування. Пікова систолічна швидкість (ПСШ) кровообігу в судинах строми яєчників – важливий доплерометричний критерій для оцінки ймовірної оваріальної відповіді. У випадку «бідної» відповіді на стимуляцію овуляції середня ПСШ стромальних артерій буде в 2 рази нижчою, ніж при благо приємній відповіді (табл. 2).

Збільшення пульсаційного індексу (ПІ) та індексу резистентності (ІР) перифолікулярних судин яєчників жінок із недостатньою відповіддю на стимуляцію та

Таблиця 3

## Показники «бідної» та гіпервідповіді яєчників на стимуляцію

Показники	"бідна"	ГСЯ
Вік, роки	>35	<25
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	>30	<23
ФСГ на 2-3-й день м.ц.	>12	-
E <sub>2</sub> на 2-4-й день м.ц., пмоль/л	>300	<100
Інгібін β на 2-4-й день, пг/мл	<45	>76
Об'єм яєчників, см <sup>3</sup>	<3	>10
Кількість антр. фолік. d=2-10 мм на 2-4-й день м.ц.	<7	>15
ПСШ артерій строми яєчника, с/с	<8	>12
ПІ	>1,6	<0,75
ІР	-	<0,48

нормальним рівнем ФСГ. Спостерігається позитивна кореляція між кількістю введених гонадотропінів, рівнем ФСГ та ПІ в стромальних артеріях яєчників склав  $1,5 \pm 0,4$ . Отже, до факторів ризику недостатньої відповіді відносять низьку ПСШ (менше 10 см/с, збільшення ПІ та ІР.

Після проведення лапароскопії діагноз безпліддя діагностували: у 6 (14,3%) жінок безпліддя неясного генезу. У 15 (35,7%) жінок діагностовано ендометріоз різних стадій, а в інших випадках 21 (50,0%) жінок виявили трубно-перитонеальний фактор безпліддя. Тобто, лапароскопія відіграє важливу діагностичну роль для встановлення діагнозу безпліддя.

Під час проведення гістероскопії у 23 (54,8%) обстежених жінок була нормальна гістероскопічна картина, а в 19 (45,4%) жінок були виявлені різні патологічні зміни в ендометрію: поліпи – у 16,7%, гіперплазія базального шару ендометрію – у 21,4%, хронічний ендометрит – у 4,76%. Ці дані свідчать про необхідність проведення гістероскопії в жінок із безпліддям.

Дослідження ендометрію на 6–8-й день постовуляторний день дозволяє охарактеризувати стан слизової тіла матки в період максимальної активності жовтого тіла. При достатньо високому рівні оваріальних гормонів в плазмі крові у жінок із регулярним менструальним овуляторним циклом майже в 30% випадків виявлено неповноцінну секреторну трансформацію, гіперплазію та поліпи ендометрію.

## **ВИСНОВКИ**

Проаналізувавши отримані дані проведеного нами дослідження слід сказати, що ґрунтовний підхід до оцінки оваріальної відповіді дасть змогу правильно вибрати тактику лікування та дозу препаратів, а також від слідкувати їх відповідь. Багатофакторність даного питання зумовлює необхідність проведення комплексної, поетапної та індивідуально підібраної терапії, яка дозволить відновити репродуктивну функцію.

### **Перспективи подальших досліджень**

Вивчити показники імунного гомеостазу для корекції виявлених змін з метою підвищення ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій. Оцінити ефективність запропонованого лікування в жінок із безпліддям.

## **Комплексная оценка состояния эндометрия и яичников с анализом овариального резерва у женщин с бесплодием**

***П. О. Галайко***

Провели оценку репродуктивной системы после ультразвукового, гормонального мониторинга и гистеро-лапароскопии для прогнозирования возможного ответа яичников на стимуляцию. Детально с практической стороны оценили результаты ультразвукового, гормонального и эндоскопического мониторинга у женщин с бесплодием для дальнейшего лечения.

***Ключевые слова:*** бесплодие, гормональный гомеостаз, ультразвуковой мониторинг, гистеро-лапароскопия.

## Endoscopic Methods in Evaluation of Endometrium and Ovary Condition

*P. O. Halayko*

The condition of reproductive system has been evaluated following ultrasound and hormonal monitoring and hystero-laparoscopy in order to predict the probable ovarian response to stimulation. The article provides a detailed, practical evaluation of the results obtained from ultrasound, hormonal and endoscopic monitoring of women with infertility to assist further treatment.

**Key words:** *infertility, hormonal homeostasis, ultrasound monitoring, hystero-laparoscopy.*

### ЛІТЕРАТУРА

1. Аншина М.Б. Принципы гормональной диагностики в лечении бесплодия: показания, интерпритация результатов, ошибки (клиническая лекция) // Проблемы репродукции. – 2004. – № 2. – С. 6–13.
2. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Поетапна діагностика та лікування безплідності в шлюбі // Нова медицина. – 2002. – № 4. – С. 28–30.
3. Босацький Я.В., Воробій В.Д. Сніжко Т.Б. Лапароскопічне лікування жіночого безпліддя різного генезу // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – Вип. 14, книга 4. – К., 2006. – С. 161–162.
4. Голота В.Я. Ендоскопічні методи лікування трубної безплідності // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 141–145.
5. Допоміжні репродуктивні технології в Україні / О.М. Юзько, Н.Я. Жилка, Н.Г. Руденко і співавт. // Жіночий лікар. – 2007. – № 3 (11). – С. 8–12.
6. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новое направление в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: Мед. информ. агенство, 2002. – 782 с.
7. Shifren J.L. The role of androgens in female sexual dysfunction // Mayo Clin Proc. – 2004. – Vol. 79. – P. S19–S24.
8. Nelson H. D. Commonly used types of postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: scientific review // J Am Med Assoc. – 2004. – Vol. 7. – P. 1610–1620.

# Гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція у жінок при ановуляторному безплідді

*Н.В. Гафійчук*

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ  
Український державний інститут репродуктології

---

Вивчили гормональний гомеостаз та дослідити вираженість порушень імунної системи в обстежених жінок із безпліддям при гіпоталамо-гіпофізарній дисфункції, яка в обстежених жінок проявляється недостатністю лютеїнової фази.

**Ключові слова:** ановуляторне безпліддя, гормональний гомеостаз, імунна дисфункція.

При звичному невиношуванні гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція виникає внаслідок порушень на різних рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової та надирникової системи та проявляється у вигляді зниження секреції гонадотропного рилізінг-гормону (люліберину) [4], зниження овуляторного піку ЛГ та/або співвідношення ФСГ/ЛГ протягом циклу й у період овуляції, порушення повноцінного дозрівання фолікула, неповноцінної овуляції та утворення патологічного жовтого тіла, яке секретує недостатню кількість прогестерону [3–5]. Цей стан проявляється зниженням рівня естрогенів впродовж менструального циклу та змінами співвідношення між естрогенами та прогестероном в лютеїнової фази. Порушення функції жовтого тіла є причиною самовільного викидню в першому триместрі [1,4].

**Мета роботи** – оцінити діагностичні критерії порушень гормонально-імунологічного гомеостазу при ановуляторному безплідді.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 63 жінки із ановуляторним безпліддям у віці від 22 до 40 років, яких було розділено на дві групи основну (32 жінки) та порівняння (31 жінка) для оцінки запропонованого лікування. Контрольну групу склали 30 жінок із нормальною репродуктивною функцією. Функціональний стан гіпофізарно-яєчникової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових та ендоскопічних методів досліджень. Нами вивчено дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного та алергологічного анамнезу. Всім жінкам проводилось повне клініко-лабораторне обстеження. Всім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчики 3–5 МГц та 5–9 МГц) з використанням УЗ системи KRANZBUHLER-sonoscope-20 (Німеччина). Лапароскопічне та гістероскопічне дослідження органів малого тазу виконували за допомогою лапароскопічної апаратури фірми «WOLF». Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом з використанням стандартних наборів фірми ЗАО «Алкорбіо» (Росія) і «Bio-Rad» (США) на 2–3-й день менструального циклу.



Всі отримані результати статистично оброблені за допомогою програм «Біос-таг», «MedStat», електронних таблиць Excel. Достовірність параметричних величин оцінювали за вірогідністю критерію Стюдента, а непараметричних – із застосуванням методу кутового перетворення Фішера. Різницю між величинами чисел вважали достовірною у разі  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок становив  $31,2 \pm 2,5$  року. Вони мали нерегулярний менструальний овуляторний цикл, прохідні маткові труби (на основі проведеної лапароскопії), фертильну сперму чоловіка та позитивний посткоїтальний тест. Тривалість безпліддя в середньому становила  $3,1 \pm 1,9$  року. У 33 жінок (60,56%) діагностовано первинне безпліддя, а у 30 (39,44%) – вторинне.

Базальна та циклічна секреція ЛГ становила  $24,8 \pm 3,81$  МО/л. Рівень становив  $408,6 \pm 10,7$  МО/л, що було в межах норми. Концентрація естрадіолу становила  $127,6 \pm 22,1$  МО/л та прогестерону  $13,5 \pm 1,4$  пмоль/л. Більш низька концентрація прогестерону в жінок із безпліддям при зниженій відповіді яєчників можливо свідчить про зміну балансу стероїдних гормонів, який забезпечує реалізацію генеративної функції жінки.

При оцінці загального імунітету у обстежених жінок виявлено вірогідне зниження кількості лейкоцитів в 1,13 рази, відносний та абсолютний лімфоцитоз, зниження загальної та відносної кількості CD3+ клітин. Відносна кількість лімфоцитів в основній групі (ОГ) склала 40,4%, в групі порівняння (ГП) – 41,5% ( $p > 0,05$ ); абсолютна кількість лімфоцитів у жінок ОГ склала  $2,33 \pm 0,08$  г/л, в ГП –  $2,37 \pm 0,06$  г/л ( $p > 0,05$ ); в контрольній –  $1,75 \pm 0,02$  г/л ( $p < 0,05$ ). Відносна кількість CD3+ клітин у жінок ОГ склала 41,8%, в ГП – 42,5%; в КГ – 71,2% ( $p < 0,05$ ). Абсолютне число Т-лімфоцитів склало відповідно  $0,97 \pm 0,02$ ,  $1,08 \pm 0,03$  та  $1,64 \pm 0,01$  Г/л в КГ ( $p < 0,05$ ). Імунорегуляторний індекс був знижений у 83% пацієнток з безпліддям, в основному за рахунок зниження кількості клітин CD4+. В групі ОГ імунорегуляторний індекс склав  $1,32 \pm 0,05$ ; в ГП –  $1,21 \pm 0,04$ ; в КГ –  $2,13 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ). Зменшення абсолютної кількості CD4+ спостерігалось у 72%; CD8+ – у 49% пацієнток. В групі ОГ відносна кількість CD4+ клітин склала 23,18%; в ГП – 26,15%; в КГ – 43,26% ( $p < 0,05$ ). Абсолютна кількість CD4+ склала  $0,58 \pm 0,02$ ,  $0,52 \pm 0,02$  та  $1,02 \pm 0,01$  г/л відповідно ( $p < 0,05$ ). Відносна кількість цитотоксичних клітин CD8+ в групі ОГ склала 21,04%; в ГП – 20,18%; в КГ – 36,15% ( $p < 0,05$ ) при абсолютній кількості CD8+ відповідно  $0,51 \pm 0,03$ ,  $0,49 \pm 0,02$  й  $0,84 \pm 0,01$  Г/л ( $p < 0,05$ ).

За результатами діагностичної та оперативної гістеро- та лапароскопії, ендометріоз був діагностований у 9 (28,1%) жінок основної групи та 8 (25,8%) жінок групи порівняння; міома матки, відповідно, – у 4 (12,5%) та 3 (9,6%); гіперпластичні процеси ендометрія – у 7 (21,8%) та 14 (38,7%) жінок.

Під час проведення першого УЗД (2-3 день менструального циклу) звертали увагу на стан ендометрію, міометрію, порожнини матки та маткових труб. У випадку «бідної» відповіді на стимуляцію овуляції середня ПСШ стромальних артерій в 2 рази нижча, ніж при сприятливій відповіді.

Збільшення пульсаційного індексу (ПІ) та індексу резистентності (ІР) перифолікулярних судин яєчників спостерігається у жінок із гіпоталамо-гіпофізарною дисфункцією та високим рівнем ФСГ (таблиця). Відмічена позитивна кореляція

**Показники відповіді яєчників на стимуляцію в жінок із безпліддям при зниженій відповіді яєчників на стимуляцію**

Показники	Основна група (n=63)	Контрольна група (n=30)
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	27,3±3,8	25,4±2,8
ФСГ на 2-3-й день МЦ	18,1±2,3*	12,9±1,5
Е <sub>2</sub> на 2-4-й день МЦ, пмоль/л	129,7±20,4*	201,2±18,4
Інгібіт β на 2-4-й день, пг/мл	42,8±2,6*	71,6±1,9
Об'єм яєчників, см <sup>3</sup>	2,3±1,6*	3,5±0,8
Кількість антр. фолік. d=2-10 мм на 2-4-й день МЦ.	<7	>15
ПСШ артерій строми яєчника, см/с	7,9±0,1*	17,9±0,2
ПІ	1,63*	1,02
ІР	0,71±0,001*	0,46±0,002

*Примітка:* \* – p<0,05

між кількістю введених гонадотропінів, рівнем ФСГ та ПІ в стромальних артеріях яєчників, яка склала 1,63±0,36. До факторів ризику недостатньої відповіді яєчників відносять низьку ПСШ (менше 10 см/с), збільшення ПІ та ІР.

Порівнюючи показники перифолікулярного кровообігу на 6–8-й день менструального циклу у досліджуваних жінок нами було виявлено, що повна систолічна швидкість (ПСШ) перифолікулярного кровообігу становила 7,9±0,1 см/с у жінок основної групи та 17,9±0,2 см/с контрольної (p<0,05). Індекс резистентності становив 0,71 проти 0,46. Кровообігання стінки домінуючого фолікула перед овуляцією у обстежених жінок не перевищувало 67% окружності у порівнянні із показником жінок контрольної групи (75–100%). Високий рівень кровообігу створює необхідні умови для повноцінної овуляції та розвитку ооциту високої якості. Слід зазначити, що у жінок контрольної групи перед овуляцією діагностовано суттєве збільшення повної систолічної швидкості кровообігу (15–21 см/с) та зниження показника периферичного судинного опору. Вивчені показники кровообігу в судинах стінки фолікула виявили відсутність прискорення швидкості кровообігу в них перед овуляцією, а також високий судинний опір, що безперечно сповільнює процес овуляції та знижує ймовірність запліднення.

**ВИСНОВКИ**

Комплексне дослідження гормонально-імунологічних змін та доплерометричне дослідження яєчників дозволяє ґрунтовно підійти до оцінки оваріальної відповіді та корекції їх стимуляції. У жінок із безпліддям при гіпоталамо-гіпофізарній дисфункції спостерігається недостатнє збільшення повної швидкості перифолікулярного кровообігу та діагностується високе значення індексу резистентності, що свідчить про недостатню васкуляризацію домінуючого фолікула в преовуляторний період.

### **Перспективи подальших досліджень**

Раціональний підхід до діагностики та лікування виявлених змін у жінок із безпліддям при гіпоталамо-гіпофізарній дисфункції потребує альтернативного підходу.

### **Гипоталамо-гипофизарная дисфункция у женщин с ановуляторным бесплодием Н.В. Гафийчук**

Изучили гормональный гомеостаз и проанализировали нарушения иммунной системы в обследуемых женщин с бесплодием при гипоталамо-гипофизарной дисфункции, которая в обследуемых женщинах проявляется недостаточностью лютеиновой фазы.

**Ключевые слова:** ановуляторное бесплодие, гормональный гомеостаз, иммунная дисфункция.

### **Pituitary-hypothalamic dysfunction in women with anovulatory infertility N.V. Gafiychuk**

The authors have studied hormonal homeostasis and researched the intensity of immune system disorders in the examined infertile women with pituitary-hypothalamic dysfunction which is characterized by lutein phase impairment.

**Key words:** anovulatory infertility, hormonal homeostasis, immune dysfunction.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2008. – 275 с.
2. Допоміжні репродуктивні технології в Україні / О.М. Юзько, Н.Я. Жилка, Н.Г. Руденко і співавт. // Жіночий лікар. – 2007. – № 3 (11). – С. 8–12.
3. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новое направление в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: Мед. информ. агенство, 2002. – 782 с.
4. Цветовая дуплексная сонография. Практическое руководство под редакцией Матиаса Хофера Медицинская литература, Москва. – 110 с.
5. Пол Л. Аллан Клінічна доплерівська ультрасонографія (друге видання)/ Пол Л. Аллан, Пол А. Даббінс, Мирон А. Позняк. – Львів, Медицина світу, 2007. – 380 с.

# Функція гормонального гомеостазу при синдромі виснажених яєчників у жінок із безпліддям

*Р.Г. Гафійчук*

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ  
Український державний інститут репродуктології

---

Оцінений гормональний гомеостаз у жінок із безпліддям при синдромі виснажених та рефрактерних яєчників. Для обстежених жінок обох груп характерні високі рівні гонадотропних гормонів, а для жінок із синдромом виснаження яєчників – низький рівень естрадіолу. Дані ультразвукового дослідження, лапароскопії з подальшою гістологічною діагностикою яєчничкової тканини дозволяють уточнити діагноз та вибрати оптимальну схему використання програм допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** безпліддя, синдром виснажених яєчників, синдром рефрактерних яєчників.

Синдром виснажених яєчників (СВЯ) характеризується фолікулярним типом недостатності, за якого рецептори яєчника є нечутливими до дії гонадотропних гормонів. Він розвивається у жінок після 35 років. СВЯ проявляється первинною чи вторинною аменореєю, безпліддям, фізіологічним розвитком вторинних статевих ознак, макро- та мікронезміненими яєчниками на фоні підвищеного рівня гонадотропних гормонів в крові та діагностується із частотою 1–11% випадків серед усіх форм аменореї. Розвиток СВЯ зумовлений цілою низкою механізмів патогенезу, включаючи хромосомні, генетичні, аутоімунні, метаболічні (галактоземія), інфекційні (свинка) та ятрогенні (онкотерапія) чинники. Для значної частини випадків причину встановити неможливо. У ой час до 30% випадків можуть мати аутоімунну етіологію (Laml et al., 2000; Pal and Santoro, 2002).

Синдром резистентних (рефрактерних) яєчників (СРЯ) обумовлений фолікулярним типом недостатності, за якого рецептори яєчника є нечутливими до дії гонадотропних гормонів [1, 6]. Він характеризується передчасним згасанням функції яєчників у жінок до 35 років [3, 5], первинною чи вторинною аменореєю, безпліддям, фізіологічним розвитком вторинних статевих ознак, макро- та мікронезміненими яєчниками на фоні підвищеного рівня гонадотропних гормонів в крові [1, 2, 6]. Частота СРЯ складає 1–11% випадків серед усіх форм аменореї [3, 7].

**Мета дослідження** – вивчити показники гормонального статусу при синдромі виснажених яєчників у жінок із безпліддям.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 110 жінок із різними формами безпліддя у віці від 22 до 45 років. Основну групу було сформовано із 80 жінок із безпліддям при синдромах виснажених

та резистентних яєчників, контрольна – 30 жінок із безпліддям трубного походження. Основну групу в подальшому було розподілено на дві підгрупи: I – 50 жінок із синдромом виснажених яєчників, II – 30 жінок із синдромом виснажених яєчників.

Функціональний стан гіпофізарно-яєчничкової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових, рентгенологічних та ендоскопічних методів досліджень.

При ретроспективному дослідженні нами вивчені дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Усім жінкам проводилось повне клініко-лабораторне обстеження. При оцінці антропометричних даних визначали масу тіла, зріст та розраховували масово-ростовий індекс (МРІ) за формулою:  $MPI = \text{маса тіла} / \text{ріст}^2$ . Вивчили виразність гірсутизму шляхом визначення гірсутного числа згідно «гормональної» шкали Ферімана-Галвея за чотириохвальною системою по локалізації волосся в 9 гормональних зонах. Вивчили частоту виявлення урогенітальних інфекцій з використанням методу полімеразної ланцюгової реакції. Всім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчики 3–5 МГц та 5–9 МГц) з використанням УЗ системи HAWK 2102 EXL B-K medical (Німеччина). При дослідженні яєчників вимірювали їх об'єм та яєчничково-матковий індекс (ЯМІ) (С.Г. Хачкарузов, 1999). Лапароскопічне дослідження органів малого таза виконували за допомогою лапароскопічної апаратури фірми „Karl-Storz”.

Рівень гормонів у сироватці крові, а саме, фолікулоstimулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), естрадіолу ( $E_2$ ), прогестерону (П), пролактину (Прл), тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну ( $T_3$ ), тироксину ( $T_4$ ), тестостерону – Т, андростендіону – А, кортизолу – К досліджували імуноферментним методом за допомогою тест-системи „Хема-медіка” (Росія) незалежно від дня менструального циклу при аменореї, або на 2–3-й день менструального циклу при присутності менструацій.

Для виключення органічних уражень гіпофізу у деяких пацієнток проводили комп'ютерну томографію головного мозку та краніограму турецького сідла (КТГ – „Simens”, Німеччина).

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакету програм Exel-2007, STATISTICA 5A. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

Дані, отримані нами після ретельного вивчення анамнезу, соматичного статусу, проведення клініко-лабораторних та функціональних досліджень, дозволяють стверджувати, що групи хворих були репрезентативними за основними показниками.

Середній вік пацієнток I та II груп достовірно не відрізнявся і становив  $27,4 \pm 2,6$  і  $28,8 \pm 2,3$  року відповідно. Проаналізувавши стан захворюваності в дитячому та підлітковому віці (скарлатина, краснуха, кір, епідемічний паротит, вітряна віспа) було виявлено, що кожна п'ята пацієнтка мала супутню соматичну патологію.

Аналіз характеру реалізації репродуктивної функції підтвердив, що у більшості пацієнток діагностовано первинне безпліддя у 92,0% жінок I групи та у 73,3% жінок

**Вміст пептидних та стероїдних гормонів при аменореї**

Групи обстежених	ФСГ, МО/л	ЛГ, МО/л	ПРЛ, мМО/л	E <sub>2</sub> , нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л
I група	28,2±2,6	50,1±2,4	27,8±14,8	106,2±11,8	5,9±0,03
II група	18,8±4,3	37,4±2,6	18,2±17,2	60,4±13,2	5,2±0,05

II групи, відповідно). Тривалість періоду безпліддя в обох групах становила від 3 до 7 років. Нормальний менструальний цикл був у 4 (8,0%) жінок I групи, а аменорея – у 44 (88,0%), опсоменорею у – 2 (4,0%). В II групі, відповідно: 0%, 36 (86,7%), 4 (13,3%). У 4 жінок I групи діагностовано вторинну гіперпролактинемію. Характерним типом порушення менструальної функції для пацієнток була олігоменорея (76,0% та 73,3% у I та II групах відповідно). У 42 (84,0%) жінок I групи та 22 (73,3%) жінок II групи виявлено запальні захворювання геніталій (хронічні сальпінгофорити). Підвищення маси тіла виявили у 16 жінок I групи та у 18 жінок II групи, що становило 32,0% та 60,0%. Гірсутний синдром різного ступеня спостерігався у 24,0% та 26,6% жінок обох груп.

Тести функціональної діагностики у обстежених жінок обох груп наступні: первікальне число 0–4 бали, капіопікнотичний індекс від 10 до 25%, що вказує на естрогенову недостатність. Однак рівень естрадіолу в плазмі крові склав 106,2 нмоль/л у жінок I групи (в нормі E<sub>2</sub> 90–229 нмоль/л) та 60,4 нмоль/л у жінок II групи, що в 1,75 рази менше в порівнянні з виявленою концентрацією у жінок I групи та безперечно вказує на зниження синтезу даного гормону в гонадах. Гонадотропну функцію гіпофіза у обстежених жінок оцінювали по концентрації ЛГ, ФСГ та пролактину в крові. Рівень ЛГ становив 50,1 МО/л та 37,4 МО/л, що перевищувало фізіологічні показники (ЛГ в нормі 2,61–16,3 МО/л) в 1,3 рази. Рівень ФСГ становив 28,2 МО/л та 18,8 МО/л, що також перевищувало концентрацію (ФСГ в нормі 2–14 МО/л) при фізіологічних значеннях в 1,5 разу відповідно.

Під час лапароскопії виявляли зменшення яєчників із щільною капсулою, у деяких жінок при нормальних розмірах яєчників – дрібнокістозні зміни (наявні фолікули, які діагностовано гістологічно). У жінок II групи – яєчники зменшені, зморщені, жовтого кольору, фолікули не просвічувались. При гістологічному дослідженні біопатів яєчників фолікулярний апарат був відсутній у жінок другої групи.

**ВИСНОВКИ**

Гормональний гомеостаз у пацієнток з синдромом резистентних яєчників та синдромом виснажених яєчників по клінічній картині ідентичні. Для жінок обох груп характерні високі рівні гонадотропних гормонів, а для жінок із синдромом виснаження яєчників низький рівень естрадіолу. Дані ультразвукового дослідження, лапароскопії з подальшою гістологічною діагностикою яєчничкової тканини дозволяють уточнити діагноз та вибрати оптимальну схему використання програм допоміжних репродуктивних технологій.

**Перспективи подальших досліджень**

Раціональний підхід до лікування виявлених змін у жінок із безпліддям потребує альтернативного підходу до лікувального комплексу у обстежених жінок.

## Функция гормонального гомеостаза при синдроме истощенных яичников у женщин с бесплодием

*Р.Г. Гафийчук*

В проведенном исследовании оценивали гормональный гомеостаз у женщин с бесплодием при синдроме рефрактерных яичников а также истощенных яичников. У обследуемых женщин двух групп характерно высокие уровни гонадотропных гормонов, а также для женщин из синдромом истощенных яичников низкий уровень эстрадиола. Данные ультразвукового исследования, лапароскопии с гистологической диагностикой яичниковой ткани позволяют уточнить диагноз и выбрать оптимальную схему применения программ вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** бесплодие, синдром рефрактерных яичников, синдром истощенных яичников.

## The hormonal homeostasis function in women with exhausted ovary syndrome

*R.G. Gafiychuk*

Hormonal homeostasis in women with infertility accompanied by refractory ovaries and ovary exhaustion syndromes has been evaluated. The women examined in both groups showed high levels of gonadotrophic hormones, while women with ovary exhaustion syndrome had high levels of estradiol. Ultrasound examination and laparoscopy data along with subsequent histological diagnostics of the ovarian tissue allow clarifying the diagnosis and selecting the optimum regimen of Assisted Reproductive Technologies application.

**Key words:** infertility, ovary exhaustion syndrome, refractory ovaries syndrome.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей. – М.: «МЕДпресс-информ», 2006. – 415 с.
2. Боярский К.Ю. Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия: Автореф. дис... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 26 с.
3. Марченко Л.А., Александрова Н.В. Роль представителей семейства трансформирующего фактора роста  $\beta$  в оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников. – Москва, 2006. // Гинекология, № 1, том 8. – С. 27–30.
4. Юзько О.М. Допоміжні репродуктивні технології в Україні / Юзько О.М., Камінський В.В., Жилка Н.Я., Руденко Н.Г., Юзько Т.А., Альошина Г.М., Онищук О.Д. // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шуплика. – Випуск 17, Книга 4. – 2008. – С. 5–14.
5. Abir R., Fisch B., Nitke S. et al. Morphological study of fully and partially isolated early human follicles. *Fertil Steril.* 2001; 75: 141–146.
6. Betterle C., Dal Pra C., Mantero F., Zanchetta R. Autoimmune adrenal insufficiency and autoimmune polyendocrine syndromes: autoantibodies, autoantigens, and their applicability in diagnosis and disease prediction. *Endocr Rev.* 2002; 23: 327–364.
7. Chernyshov V.P., Radysh T.V., Gura I.V. et al. Immune disorders in women with premature ovarian failure in initial period. *Am J Reprod Immunol.* – 2001; 46: 220–225.
8. Forges T., Monnier-Barbarino P., Faure G.C., Bene M.C. Autoimmunity and antigenic targets in ovarian pathology. *Hum Reprod Update.* 2004; 10: 163–175.

## Дискутабельные вопросы внутриматочной контрацепции после консервативной миомэктомии

*М.Л. Куземенская*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

---

Изучена целесообразность контрацепции у 30 женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии во время кесарева сечения (I группа) и после кесарева сечения у 30 пациенток с миомэктомией до беременности (II группа) через 3–5 мес после кесарева сечения. Отдаленные результаты состояния репродуктивной функции у женщин, оперированных по поводу миомы вне беременности и во время кесарева сечения, свидетельствовали о целесообразности миомэктомии. Так, в половине наблюдений у женщин после миомэктомии произошла нормализация менструального цикла, а у женщин с длительным бесплодием уже в первый год наступила беременность, сохранение репродуктивной функции позволило каждой второй женщине родить второго или третьего ребенка.

*Ключевые слова:* миомэктомия, внутриматочная контрацепция.

С увеличением числа женщин, перенесших миомэктомию вне беременности или во время кесарева сечения, сохранения репродуктивной функции этих пациенток в отдаленный срок после операции ставит новые актуальные задачи. Большинство исследователей [1–5], занимающихся этим вопросом, считают, что при искусственном прерывании незапланированной беременности в течение первого года после миомэктомии существует высокий риск перфорации матки в результате несостоятельности рубца. В связи с этим остается важным вопрос выбора метода контрацепции у пациенток после миомэктомии. Независимо от разнообразия ассортимента контрацептивов, вопрос о методах контрацепции у женщин с рубцом на матке остается открытым.

Наши предыдущие результаты свидетельствуют о раннем (в течение 3 мес после оперативного родоразрешения) становлении менструальной функции у большинства пациенток с рубцом на матке, а результаты 10-летнего катamnестичного наблюдения подтверждают возобновление овуляторного характера менструального цикла. В связи с этим мы изучили вопрос контрацепции у женщин с рубцом на матке после миомэктомии во время кесарева сечения (I группа) и после кесарева сечения у женщин с миомэктомией вне беременности (II группа) через 3–5 мес после кесарева сечения.

Контрацептивы, которые используются пациентками этих групп, должны быть высокоэффективными, безопасными, потому что эти женщины, во-первых, оперировались по поводу гормонозависимой опухоли и, во-вторых, большинство из них в период применения контрацептива являются кормящими матерями.



**Сроки начала контрацепции после миомэктомии**

Сроки начала контрацепции	Группы обследованных		
	I группа	II группа	Всего
Через 3 мес	10	10	20
Через 4 мес	10	10	20
Через 5 мес	10	10	20
Всего	30	30	60

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Под наблюдением находились 60 пациенток в возрасте от 25 до 34 лет. Миомэктомия проведена во время кесарева сечения у 30 женщин, до кесарева сечения – у 30 (таблица).

В каждой группе введения медьсодержащих внутриматочных средств ТСИ-380 и МЛ Си-375 проводилось через 3, 4, 5 мес после операции. У всех пациенток операция и послеоперационный период протекали без осложнений.

Приемлемость внутриматочной контрацепции оценивалась по контрацептивной эффективности, частоте осложнений (перфорация, болевой синдром, воспалительные заболевания органов малого таза, непроизвольные аборт), характера лактации, менструальной функции, а также по зависимости частоты и характера осложнений, которые оказываются, от объема оперативного вмешательства и сроков послеоперационного введения ВМС.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

У всех пациенток к моменту введения контрацептива состоялось возобновление спонтанных менструаций, лактация сохранилась к началу контрацепции у 36 женщин. Введения ВМС осуществляли на 4–5-й день менструального цикла по общепринятой методике, дополнительную медикаментозную терапию после введения контрацептива не проводили. Длительность наблюдения за пациентками составила от 2 до 5 лет.

У всех пациенток процедура введения контрацептива прошла без осложнений, случаев перфорации матки, выраженного болевого синдрома или механических затруднений при проведении проводника ВМС через цервикальный канал не было.

Динамическое наблюдение за пациентками позволило обнаружить расхождение в индивидуальной переносимости ВМС в течение периода адаптации (первые 3–4 мес контрацепции), которая зависит от объема оперативного вмешательства и сроков введения контрацептива после операции. При динамическом наблюдении пациенток, у которых миомэктомия была сделана вне беременности и предшествовала кесареву сечению, нарушения менструального цикла при ведении ВМС через 3 мес после операции были зарегистрированы у 4 (13,2%) женщин, в 2 (6,6%) – при введении контрацептива через 4 мес, при введении контрацептива через 5 мес после операции осложнений контрацепции не наблюдалось. У всех пациенток этой группы обнаруженные нарушения менструального цикла были корректируемыми дополнительным назначением кровоостанавливающих средств. Случаев удаления ВМС по медицинским показаниям в связи со стойким характером осложнений в этой группе пациенток не было, не отмечено также случаев непроизвольной экспульсии ВМС и воспалительных заболеваний органов малого таза.

В группе пациенток, которые перенесли миомэктомию во время кесарева сечения (30 женщин), отсутствие осложнений при введении ВМС через 3 мес после операции отмечено только у 1 (3,3%) женщины и у 3 (10%) после введения ВМС через 4 мес. У 8 (26,7%) пациенток с рубцом на матке потом кесарева сечения и миомэктомии с введением контрацептива через 3 мес и у 6 (20%) этой же группы после введения его через 4 мес после операции отмечались длительные кровянистые мажущиеся выделения из половых путей по типу метроррагий. Эти осложнения у 12 (40,0%) женщин прекратились после применения спазмолитических препаратов, кровоостанавливающих средств, индометацина. У 2 (6,6%) женщин, которым ВМС было введено через 3 мес после операции, его пришлось удалить через 1,5–2 мес наблюдения. У каждой второй женщины с миомэктомией во время кесарева сечения в течение месяца сохранился болевой синдром, если контрацепция была начата через 3–4 мес после операции.

Из 10 женщин (33,3%) с рубцом на матке после кесарева сечения и миомэктомии, которым ВМС было введено через 5 мес после операции, только у одной состоялось непроизвольная экспульсия контрацептива, а у других женщин контрацепция прошла без осложнений. Случаев наступления незапланированной беременности у всех пациенток не зарегистрировано, при динамическом УЗД органов малого таза положение контрацептива в полости матки было правильным.

При ретроспективном анализе характера лактации существенных расхождений между женщинами, которым миомэктомия была сделана вне беременности и во время кесарева сечения, зарегистрировано не было. У 28 (93,3%) женщин на фоне введенного контрацептива лактация продолжалась в течение 4 мес. Лактацию до 6 мес сохранили 18 (60,0%) матерей.

При проспективном наблюдении с применением ультразвукового скрининга рецидива миомы матки у пациенток не обнаружено, у 2 (6,7%) женщин контрацептив был изъят в связи с запланированной беременностью.

Отдаленные результаты состояния репродуктивной функции у женщин, оперируемых по поводу миомы вне беременности и во время кесарева сечения, свидетельствовали о целесообразности миомэктомии. В половине наблюдений у женщин после миомэктомии нормализовался менструальный цикл, а у женщин с длительной бесплодностью в первый же год наступила беременность, сохранение репродуктивной функции позволило каждой второй женщине родить второго или третьего ребенка.

Незапланированная беременность приводит, по данным катанестичного исследования, к высокой частоте искусственных абортов, что является актуальной проблемой для женщин с рубцом на матке.

Анализ отдаленных результатов контрацепции показал, что целесообразными сроками введения ВМС стоит считать: в случае миомэктомии вне беременности – через 5–6 мес после оперативного родоразрешения; в случае миомэктомии во время кесарева сечения – не раньше 8 мес после операции.

## **ВЫВОДЫ**

Изучение приемлемости внутриматочного метода контрацепции у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и миомэктомии показало, что этот метод предупреждения беременности является высокоэффективным и безопасным для данной категории пациенток, не оказывает существенного влияния на лактацию.

## Дискутабельні питання внутрішньоматкової контрацепції після консервативної міомектомії

*М.Л. Куземенська*

Вивчена доцільність контрацепції у 30 жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії під час кесарева розтину (I група) і після кесарева розтину в 30 пацієнток з міомектомією до вагітності (II група) через 3–5 міс після кесарева розтину. Віддалені результати стану репродуктивної функції в жінок, оперованих з приводу міоми поза вагітністю і під час кесарева розтину, свідчили про доцільність міомектомії. Так, у половині спостережень у жінок після міомектомії відбулася нормалізація менструального циклу, а в жінок із тривалою безплідністю вже в перший рік наступила вагітність, збереження репродуктивної функції дозволило кожній другій жінці народити другу чи третю дитину.

**Ключові слова:** міомектомія, внутрішньоматкова контрацепція.

## Discuss questions intrauterine contraceptions after conservative myomectomy

*M.L. Kuzemenskay*

We have studied the advisability of contraception in 30 women with a womb cicatrix after conservative myomectomy during a cesarotomy (1st group), and in 30 patients with myomectomy before pregnancy (2nd group) in 3-5 months after a cesarotomy. Distant effects of the state of reproductive function with women operated on for myoma outside pregnancy and during a cesarotomy testified to the advisability of myomectomy. Thus, in half of the observations, women after myomectomy had their menstrual cycle normalised, and women with long-term infertility became pregnant already in the first year. Preservation of reproductive function allowed every other woman to have a second or a third baby. Analysis of distant effects of contraception showed that advisable terms for introducing intrauterine pharmaceuticals can be: in case of myomectomy outside pregnancy - in 5-6 months after abdominal delivery; in case of myomectomy during a cesarotomy - not earlier than after 8 months after the operation. The study of acceptability of intrauterine contraception for women with a womb cicatrix after a cesarotomy and myomectomy showed that this method of anticonception is highly effective and safe for this category of patients, does not influence lactation and does not lead to the increase in recurrence of womb myome.

**Key words:** Myomectomy, Intrauterine Contraception .

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М.С. Хирургическое лечение фибромиомы матки. – М.: Медицина, 1998. – 215 с.
2. Краснопольский В.И. Консервативная миомэктомия // Акуш. и гин. – 2005. – № 3. – С. 71–75.
3. Кулаков В.И., Шамаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 344 с.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. – 236 с.
5. Современные аспекты контрацепции: Практическое руководство // Под ред. А.Я. Сенчука, Б.М. Венцовского. – К.: ТМК, 2007. – 212 с.

# Основні аспекти діагностики хронічної ановуляції при безплідді

**А.Д. Вітюк, Н.І. Бурко**

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Український державний інститут репродуктології, кафедра акушерства,  
гінекології та перинатології

---

Оцінено гормональний гомеостаз у жінок із хронічною ановуляцією при безплідді. Дані ультразвукового дослідження, лапароскопії з подальшою гістологічною діагностикою яєчникової тканини дозволяють уточнити діагноз та вибрати оптимальну схему використання програм допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** хронічна ановуляція, безпліддя, синдромом полікістозних яєчників.

За визначенням ВООЗ, репродуктивне здоров'я - це стан повного фізичного, розумового і соціального добробуту, а не просто відсутність хвороб репродуктивної функції. Реалізація завдань з охорони репродуктивного здоров'я розглядається як сукупність методів, прийомів і послуг шляхом запобігання проблемам, що стосуються репродуктивного здоров'я та їх наслідків [2, 3].

Основною причиною ендокринного безпліддя є хронічна ановуляція, яка виникає в результаті органічних та функціональних уражень ЦНС, гіпофізу, яєчників. Близько 30% безпліддних пацієнок мають порушення овуляції, які часто супроводжуються нерегулярними циклами (олігоменорея) або відсутністю менструацій (аменорея). Коли пацієнтки виконують поради лікарів, лікування може бути досить простим і ефективним. В інших випадках проблему вирішують допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) [2-4].

За даними популяційних досліджень, хронічна ановуляція спостерігається у 1-2% жінок, а серед жінок, що страждають безпліддям, у 25-45%. Фолікулогенез і овуляція вимагають злагодженої взаємодії всіх ланок репродуктивної системи. Патологічні зміни, що виникли на будь-якому рівні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, а також порушення діяльності інших ендокринних залоз, веде до ановуляції, що є провідною причиною ендокринного безпліддя [1, 2, 5, 7].

Мета дослідження - вивчити показники гормонального статусу при хронічній ановуляції у жінок із безпліддям.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 100 жінок із різними формами безпліддя у віці від 22 до 45 років. В основну групу були включені 70 жінок із безпліддям при хронічній ановуляції, контрольну - 30 жінок із безпліддям трубного походження. В подальшому основну групу було розділено на дві групи: I - 34 жінки з надмірною масою тіла та інсулінорезистентністю та II - 36 жінок з гіперандрогенією без інсулінорезистентності.

При клінічному обстеженні вивчено гінекологічний, акушерський, соматичний та інфекційний анамнез жінок. Проведена оцінка антропометричних даних з визначенням маси тіла, росту та масово-ростового індексу (МРІ) за формулою:  $MPI = \text{masa}$

тіла/ріст<sup>2</sup>. Оцінена виразність гірсутизму згідно "гормональний" шкалі Ферімана-Галвея. Усім жінкам проведено обстеження на наявність урогенітальних інфекцій.

Досліджували рівні гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ, ПРЛ), стероїдних гормонів (Т, Е2, П), інсуліну. Гормональний статус жінок визначали методом імуноферментного аналізу стандартними сироватками: вміст лютеїнізуючого та фолікулоstimулюючого гормонів, естрадіолу, пролактину, тестостерону, кортизолу, інсуліну, соматотропного гормону на 5-й день менструального циклу, прогестерону - на 20-22-й день за допомогою тест-системи "Хема-медіка" (Росія).

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу проводилося за допомогою HDI 1500 фірми ATL, США з трансвагінальним датчиком з діапазоном частот 2-9,5 МГц та Medison ACCUVIX XQ з трансвагінальним багаточастотним датчиком. Об'ємний кровоток в яєчниках досліджувався за методикою детально описаною S. Kurçak та A. Kurçak (2002) в режимі 3Д сканування та одночасного 3Д та енергетичного доплера.

Діагноз хронічної ановуляції ставився при тривалості менструальних циклів більше 30-35 днів, монофазній базальній температурі, концентрації прогестерону на 20-22-й день менструального циклу нижче 15 нмоль/л та при відсутності секреторної трансформації ендометрія.

Для виключення органічних уражень гіпофізу у деяких пацієнток проводили комп'ютерну томографію головного мозку та краніограму турецького сідла (КТГ - "Simens", Німеччина).

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакету програм Excel-2007, STATISTICA 6. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дані, які отримані нами після ретельного вивчення анамнезу, соматичного статусу, проведення клініко-лабораторних та функціональних досліджень дозволяють стверджувати, що групи хворих були репрезентативними за основними показниками.

Середній вік пацієнток становив  $27,6 \pm 2,6$  і  $28,4 \pm 2,3$  року відповідно. Проаналізувавши стан захворюваності в дитячому та підлітковому віці (скарлатина, краснуха, кір, епідемічний паротит, вітряна віспа) було виявлено, що кожна п'ята пацієнтка мала супутню соматичну патологію.

Аналіз характеру реалізації репродуктивної функції підтвердив, що у більшості пацієнток діагностовано первинне безпліддя у 30 (88,2%) жінок I групи та у 27 (75,0%) жінок II групи, відповідно). Нормальний менструальний цикл був у 2 (5,88%) жінок I групи, а аменорея - у 85,3%, опсоменорею у - 3 (8,8%). В II групі, відповідно: 0%, 36 (86,7%), 4 (13,3%). У 2 (5,88%) жінок I групи діагностовано вторинну гіперпролактинемію. Характерним типом порушення менструальної функції для пацієнток була олігоменорея (73,5% та 75,0% у I та II групах відповідно). У 19 (55,9%) жінок I групи та 23 (63,9%) жінок II групи виявлено запальні захворювання геніталій (хронічні сальпінгоофорити). Присутній синдром різного ступеня спостерігався у 8 (23,5%) та 10 (27,8%) жінок обох груп.

У всіх обстежених пацієнток виявлена гіперандрогенія в порівнянні з контрольною групою. Рівень тестостерону у хворих із хронічною ановуляцією вірогідно перевищував

показники контрольної групи більше, ніж у 2,5 рази ( $p < 0,05$ ). Вміст кортизолу і ДЕА-с у обстежених хворих в межах нормальних показників, що свідчить про яєчникове походження гіперандрогенії. У 34 пацієток I групи виявлений вірогідно більш високий рівень інсуліну в плазмі крові - 16,01 0,85 мкМЕ/моль у порівнянні з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). При цьому рівень глікемії склав 4,70 0,05 ммоль/л, а гліколізованого гемоглобіну - 6,27 0,07 мкмоль фруктози/гНв. Дані показники свідчать про відсутність порушень вуглеводного обміну та розвитку компенсаторної гіперінсулінемії у відповідь на резистентність до інсуліну в даній групі хворих. Порівняльний аналіз гормональних показників у жінок обох груп не виявив достовірних розходжень у рівнях ЛГ, Е2, тестостерону, ДЕА-с, КТ, ПРЛ і співвідношеннях ЛГ/ФСГ та Е2/П між групами пацієток. Рівень ФСГ у жінок I групи дорівнював 6,02 0,21 IU/L, що на 13,5% менше показника пацієток II групи ( $p < 0,05$ ) і на 21,4% більше, ніж у здорових жінок ( $p < 0,05$ ).

Концентрація СТГ в крові у обстежених жінок вірогідно нижче на 25,8% у порівнянні з контрольною групою. Варто підкреслити, що більш значне зниження соматотропного гормону в 1,6 рази спостерігалось у пацієток I групи ( $p < 0,05$ ). Концентрація ІПФР-1 у жінок I групи становив 161,2 4,8 нг/моль ( $p < 0,05$ ), що на 26% вірогідно нижче, ніж у пацієток II групи.

Хронічна гіперінсулінемія, і як наслідок інсулінорезистентність, стимулює біосинтез андрогенів у клітинах яєчника, порушує ріст і дозрівання фолікулів, що призводить до хронічної ановуляції, а надмірна маса тіла ще більше підсилює її. У пацієток I групи рівень інсуліну був більше на 32,35% ( $p < 0,05$ ), рівень тестостерону був на 21,4% ( $p < 0,05$ ) вище і співвідношення Е2/П на 47,2% ( $p < 0,05$ ) більше, а вміст ФСГ і естрадіолу нижче на 9,2% ( $p < 0,05$ ) і на 10,1% відповідно, чим у пацієток II групи. Рівень ЛГ у обстежених пацієток практично не розрізнявся. У хворих з нормальною масою тіла звертає на себе увагу високий рівень пролактину - на 22,5% ( $p < 0,05$ ) і прогестерону на 35,3% ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з пацієтками, у яких ІМТ  $> 25$ .

Під час проведення першого УЗД (2-3 день менструального циклу) звертали увагу на стан ендометрію, міометрію, порожнини матки та маткових труб. У випадку ановуляторного безпліддя у обстежених жінок середня ПСШ стромальних артерій в 2,4 рази нижча, ніж у жінок контрольної групи.

Збільшення пульсаційного індексу (ПІ) та індексу резистентності (ІР) перифолікулярних судин яєчників спостерігається у жінок I групи. Відмічена позитивна кореляція між кількістю введених гонадотропінів, рівнем ФСГ та ПІ в стромальних артеріях яєчників, яка склала  $1,41 \pm 0,32$ . До факторів ризику недостатньої відповіді яєчників відносять низьку ПСШ (менше 10 см/с), збільшення ПІ та ІР.

Порівнюючи показники перифолікулярного кровообігу на 6-8-й день менструального циклу у досліджуваних жінок нами було виявлено, що повна систолічна швидкість (ПСШ) перифолікулярного кровообігу становила  $6,4 \pm 0,2$  см/с у жінок основної групи та  $16,5 \pm 0,2$  см/с контрольної ( $p < 0,05$ ). Індекс резистентності становив 0,69 проти 0,47. Кровопостачання стінки домінуючого фолікула перед овуляцією у обстежених жінок не перевищувало 67% окружності у порівнянні із показником жінок контрольної групи (75-100%). Вивчені показники кровообігу в судинах стінки фолікула виявили відсутність прискорення швидкості кровообігу в них перед овуляцією, а також високий судинний опір, що безперечно сповільнює процес овуляції та знижує ймовірність запліднення.

## ВИСНОВКИ

Комплексне дослідження гормонально-імунологічних змін та доплерометричне дослідження яєчників дозволяє ґрунтовно підійти до оцінки оваріальної відповіді та корекції їх стимуляції. У жінок із безпліддям при хронічній ановуляції спостерігається недостатнє збільшення повної швидкості перифолікулярного кровообігу та діагностується високе значення індексу резистентності, що свідчить про недостатню васкуляризацію домінуючого фолікула в преовуляторний період.

### Перспективи подальших досліджень

Раціональний підхід до діагностики та лікування виявлених змін у жінок із безпліддям при хронічній ановуляції потребує альтернативного підходу.

### Основные аспекты диагностики хронической ановуляции при бесплодии

**А.Д. Витюк, Н.І. Бурко**

Оценен гормональний гомеостаз у женщин с хронической ановуляцией при бесплодии. Данные ультразвукового исследования, лапароскопии с последующей гистологической диагностикой яичниковой ткани дают возможность определить диагноз и выбрать оптимальную схему использования программ вспомогательных репродуктивных технологий.  
**Ключевые слова:** хроническая ановуляция, бесплодие, синдром поликистозных яичников.

### The main aspects of chronic anovulation diagnostics in patients with infertility

**A.D. Vitiuk, N.I. Burko**

Homeostasis has been evaluated in infertile women with chronic anovulation. The data of ultrasound examination and laparoscopy with subsequent histological diagnostics of the ovarian tissues allow to specify the diagnosis and choose an optimal scheme of Assisted Reproductive Technologies implementation.

**Key words:** chronic anovulation, infertility, polycystic ovary syndrome.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2008. – 275 с.
2. Допоміжні репродуктивні технології в Україні / О.М. Юзько, Н.Я. Жилка, Н.Г. Руденко і співавт. // Жіночий лікар. – 2007. – № 3 (11). – С. 8-12.
3. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новое направление в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: Мед. информ. агенство, 2002. – 782 с.
4. Гинекология от пубертата до постменопаузы Практическое руководство под редакцией академика РАМН, профессора Э.К. Айламазяна. МЕДпресс. – Москва, 2007. – 495 с.
5. Сильвия К. Роузвина Гинекология. Справочник практического врача. МЕДпресс. – Москва, 2007. – 519 с.
6. Цветовая дуплексная сонография. Практическое руководство под. редакцией Матиаса Хофера Медицинская литература, Москва. – 110 с.
7. Пол Л. Аллан Клінічна доплерівська ультрасонографія (друге видання) / Пол Л. Аллан, Пол А. Даббінс, Мирон А. Позняк. – Львів, Медицина світу, 2007. – 380 с.

Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ  
СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО  
ім. П.Л. ШУПИКА**

*Випуск 20, книга 4, частина 2*

**Головний редактор:** член.-кор. НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**  
**Науковий редактор:** д.мед. н., професор **Ю.П. Вдовиченко**

Рецензенти:

**В.Г. Коляденко** – член.-кор. НАМН України, професор;  
**З.А. Шкіряк-Нижник** – д.мед.н., професор.

*Друкується згідно зі свідоцтвом про внесення академії  
до державного реєстру видавців – серія ДК, № 1337*

Формат 60x84/16 . Гарнітура Peterburg.  
Папір офсетний, друк офсетний.  
Обл.-вид. арк. 10,32. Ум. друк. арк. 12,16.