



# 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. – 248 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 3)*

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; 248 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 3)*

Kyiv – 2011

---

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

<b>Шляхи зниження гестаційних ускладнень у жінок з гіперандрогенією в анамнезі</b>	
<i>І.П. Бульваренко</i> .....	9
<b>Третье кесарево сечение: акушерские и перинатальные исходы</b>	
<i>Н.П. Гончарук</i> .....	13
<b>Патологія пуповини та аномальна плацентація – фактор перинатального ризику</b>	
<i>С.А. Куріцина</i> .....	17
<b>Вплив гіперандрогенії на клінічний перебіг гестаційного періоду</b>	
<i>В.І. Бойко, В.А. Кияненко</i> .....	21
<b>Вплив варикозної хвороби нижніх кінцівок на перебіг в I триместрі вагітності</b>	
<i>Л.В. Манжула</i> .....	25
<b>Розродження жінок, які народжують вперше до 20 років: порівняльні аспекти</b>	
<i>В.В. Маркевич</i> .....	30
<b>Особенности гематологического и гормонального статуса при анемии беременных в условиях йодного дисбаланса</b>	
<i>Н.М. Романенко</i> .....	35
<b>Вплив методики ушивання розрізу на матці при першому і повторному кесаревому розтині на інволюцію матки</b>	
<i>І.М. Шлапак</i> .....	43
<b>Патологічний прелімінарний період як чинник ризику перинатальної патології</b>	
<i>С.Я. Ткачик</i> .....	47
<b>Ефективність лікувально-профілактичних заходів для вагітних з вродженими вадами серця</b>	
<i>В.Є. Дашкевич, Л.І. Тутченко, М.Є. Кирильчук</i> .....	51
<b>Психоемоційні аспекти невиношування вагітності</b>	
<i>А.Г. Коломійцева, К.А. Коломійцева</i> .....	57
<b>Акушерская и перинатальная патологии при наличии лейомиомы матки</b>	
<i>М.Л. Куземенская</i> .....	60
<b>Профилактика потери беременности во II триместре – ресурс усовершенствования перинатальной помощи</b>	
<i>Л.Г. Назаренко, Е.А. Бибик, Д.А. Настенко</i> .....	65

---

---

**Психоемоційний стан вагітної жінки як фактор ризику порушень пуповинного кровообігу**

*Л.Г. Назаренко, І.О. Семеринська*.....73

**Оцінка стану внутрішньоутробного плода у жінок, вагітність у яких настала завдяки допоміжним репродуктивним технологіям**

*В.К. Чайка, І.Т. Говоруха*.....80

**ГІНЕКОЛОГІЯ**

**Гормональні рилізінг-системи – ефективність і побічні дії**

*Н.В. Адамчук*.....87

**Тотальна і субтотальна гістеректомія у жінок репродуктивного віку: порівняльні аспекти**

*В.О. Товстановська, Н.В. Алексєєнко*.....92

**Влияние состояния микробиоценоза половых путей на выбор различных вариантов гормональной контрацепции**

*Г.А. Барановская*.....96

**Функціональний стан репродуктивної системи у пацієнок старше 40 років з безпліддям**

*Л.В. Давід*.....101

**Зміни якості життя жінок в постменопаузальний період**

*І.Т. Кишакевич*.....105

**Морфологічні особливості ендометрія у пацієнок з матковим чинником безпліддя**

*А.В. Колесник*.....109

**Репродуктивні аспекти хірургічного лікування лейоміоми матки**

*М.Л. Кузьоменська*.....115

**Оптимізація контрацепції в жінок з хронічною патологією печінки та жовчовивідних шляхів**

*Д.С. Ледін*.....120

**Особливості функціонального стану щитоподібної залози при патології ендометрія в пременопаузальний період**

*О.О. Літвак*.....124

**Аденоміоз: сучасні аспекти діагностики і лікування**

*Б.М. Лисенко*.....131

**Реабілітація репродуктивної функції жінок з патологією шийки матки**

*С.М. Ніколішин*.....135

**Вплив соматотипа на перебіг передменструального синдрому**

*Л.В. Пахаренко*.....139

---

---

---

**Імунологічний моніторинг ефективності допоміжних репродуктивних технологій**

*І.Е. Палига* ..... 142

**Шляхи зниження патології грудних залоз при порушеннях менструальної функції в пубертатному періоді**

*О.А. Полюлях* ..... 147

**Влияние дисфункции яичников после гистерэктомии на изменения вегетативной нервной системы**

*Т.В. Лещева, Н.В. Поп* ..... 151

**Актуальные аспекты местной контрацепции у девочек-подростков**

*Т.В. Лещева, Т.Б. Романчук* ..... 156

**Поєднана патологія матки: порівняльні аспекти лікування**

*С.А. Шамрай* ..... 160

**Гигиенические аспекты условий труда женщин – медицинских работников**

*А.С. Шельгин* ..... 164

**Тактика хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань статевих органів на тлі внутрішньоматкової контрацепції**

*В.С. Страховецький* ..... 171

**Ризик ускладнень при поєднаних гінекологічних і хірургічних лапароскопічних операціях**

*О.А. Волошин* ..... 176

**Профілактика гінекологічної захворюваності дівчаток-підлітків після артифіційних абортів**

*Т.В. Лещева, Т.А. Зіненко* ..... 180

**Профилактика перинатальной патологии у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий с использованием коррекции психологического статуса**

*Я.И. Винниченко* ..... 184

**Результаты исследования генетического профиля в семьях с нарушением репродуктивной функции**

*В.В. Грабарь, А.М. Феськов, Е.С. Жилкова* ..... 189

**Оптимізація протівірусної терапії в комплексному лікуванні хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією**

*О.О. Єгоров* ..... 196

**Впровадження системи охорони репродуктивного здоров'я в умовах мегаполісу східної України**

*Ю.В. Сороколат, О.Л. Черняк, М.А. Голубова* ..... 201

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ 4 МЕЖДУНАРОДНОГО СИМПОЗИУМА «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО»**

*2-3 июня 2011 г. г. Харьков* ..... 175



# Шляхи зниження гестаційних ускладнень у жінок з гіперандрогенією в анамнезі

*І.П. Бульваренко*

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

Як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією складають групу високого ризику акушерських і перинатальних ускладнень, що розвиваються на фоні дисадаптації в системі мати–плацента–плід ендокринного генезу. Використання запропонованої нами методики дозволяє своєчасно і ефективно коригувати виникаючі дисгормональні і дисметаболічні порушення, що зрештою дозволяє поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику.

*Ключові слова:* акушерство, перинатологія, ускладнення, профілактика, гіперандрогенія.

Антенатальна охорона плода – одна з найбільш актуальних задач перинатології, тісно пов'язана із зниженням перинатальної смертності і захворюваності в групах високого ризику [1–3]. У сучасних умовах серед чинників, що призводять до перинатальної патології і антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі і гіперандрогенії [1–3].

Основним етіологічним чинником розвитку гіперандрогенії є генетично обумовлена, пов'язана з системою HLA, неповноцінність ферментативних систем в корі надниркових залоз і яєчників або їх одночасне порушення, обумовлене єдністю ембріонального походження (з єдиного зачатка ціломічного мезотелія) [3]. В результаті спостерігається зниження рівня нормальних продуктів стероїдогенезу (в першу чергу кортизолу) і збільшення продукції андрогенів.

Гіперандрогенія при вагітності розглядається як потенційний чинник ризику розвитку перинатальних ускладнень, що призводить до порушення взаємозв'язків у системі мати–плацента–плід [1–3]. Надлишкова кількість андрогенів під час вагітності веде до стазу і склеротичним змінам в руслі мікроциркуляції, підвищується ламкість судин міометрія і плаценти, що несприятливо відбивається на стані матково-плацентарного кровотоку і призводить в свою чергу до порушення функціонування фетоплацентарної системи, розвитку плацентарної недостатності і внутрішньоутробного страждання плода [2].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі акушерських і перинатальних ускладнень, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з таких наукових завдань є зниження частоти ускладнень вагітності і пологів у жінок з гіперандрогенією в анамнезі. На наш погляд, все вищевикладене є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

**Метою** наукового дослідження стало зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з гіперандрогенією на основі вивчення особливостей гормонального статусу і синтезу плацентарних білків; функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені в два етапи. На першому – вивчали особливості преморбідного фону, перебіг вагітності, пологів і стан новонароджених в 50 жінок з гіперандрогенією в анамнезі, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи – I група. Для порівняння використовували аналогічні дані в 50 акушерски і соматично здорових жінок, розроджених через природні пологові шляхи – контрольна група. На другому етапі ми провели клініко-лабораторну оцінку ефективності розроблених лікувально-профілактичних заходів у 50 жінок з гіперандрогенією в анамнезі – II група.

Загальноприйняте ведення вагітності і пологів у жінок I групи включало використання гормональної корекції (глюкортикоїди і гестагени), вітамінотерапію (вітаміни С, Е, Р); антиоксиданти, спазмолітики і антиагреганти. За наявності істміко-цервікальної недостатності накладався циркулярний шов на шийку матки в терміни від 16–18 до 22–24 тиж вагітності [3].

Термін використання вітчизняного препарату Кратал – з 7–8-го тижня вагітності в загальноприйнятому дозуванні курсом не менше 30 діб. Потім робили перерву на 15 днів і проводили повторний 30-денний курс. Кількість проведених курсів – 5 за весь гестаційний період.

Гініпрал використовували профілактично в мінімальній дозі (5–10 мг) перорально починаючи з 28-го тижня вагітності курсом 5–7 днів, який повторювався через 14 днів. Всього було використано 3 курси (до 36–37 тиж вагітності).

Під час вибору методу розродження особливу увагу приділяли віку пацієнток, їх анамнезу (наявність безпліддя, мертвонароджень), стану плода і готовності пологових шляхів. Програмовані пологи проводилися лише при хорошій готовності пологових шляхів і задовільному стану плода за показниками функціональної діагностики. Обов'язковим моментом є попередня амніотомія і динамічне кардіомоніторне спостереження. Найбільш адекватним методом знеболення пологів у жінок з гіперандрогенією в анамнезі є перидуральна анестезія, яка дозволяє не лише зняти больові відчуття, пов'язані із скороченнями матки, і, тим самим, ліквідувати родовий стрес, але й унаслідок блокади симпатичних нервових волокон, поліпшити регіональний кровотік в органах малого тазу і матці, нормалізувати матково-плацентарний кровообіг.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок з гіперандрогенією супроводжується в першій половині вагітності високою частотою загрози переривання вагітності (40,0%) і істміко-цервікальною недостатністю (18,0%). Після 20 тиж гестації необхідно відзначити значний рівень

гестаційної анемії (52,0%); плацентарної дисфункції (44,0%); загрози передчасних пологів (30,0%) і прееклампсії (28,0%).

Частота передчасних пологів у жінок з гіперандрогенією складає 20,0%, а серед основних причин частіше за інших зустрічається передчасний розрив плодових оболонок (60,0%), причому у всіх цих пацієнток була вироблена хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності; у 30,0% спостережень має місце підвищена скоротлива активність матки і лише в 10,0% – дострокове розродження у зв'язку з погіршенням стану плода на фоні дистресу плода.

При розродженні жінок з гіперандрогенією має місце висока частота кесарева розтину (30,0%), а в структурі показань переважають дистрес плода (33,3%) і неефективне лікування аномалій пологової діяльності (33,3%); у інших випадках зустрічаються газове передлежання крупного плода (20,0%) і клінічно вузький таз (13,3%).

Перинатальні результати розродження жінок з гіперандрогенією в анамнезі характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку (26,0%); асфіксії новонароджених (18,0%) і внутрішньоутробного інфікування (10,0%). У ранній неонатальний період основною патологією є синдром дихальних розладів (20,0%), обумовлений недоношеністю, а також постгіпоксична енцефалопатія (16,0%). Сумарні перинатальні втрати складають 40,0% (синдром дихальних розладів на тлі глибокої недоношеності і гостра асфіксія плода на тлі важкої форми затримки внутрішньоутробного розвитку).

Плацентарна дисфункція у жінок з гіперандрогенією в анамнезі розвивається з 16 тиж вагітності на тлі виражених дисгормональних і дисметаболічних порушень: у 16–20 тиж характерне зниження вмісту плацентарного лактогену, естріолу і кортизолу на фоні одночасного збільшення концентрації плацентарних білків – плацентарного  $\alpha_1$ -мікроглобуліну;  $\alpha_2$ -мікроглобуліну фертильності і трофобластичного  $\beta$ -глікопротеїду. Додатково, з 24 тиж достовірно зменшується рівень тестостерону, а після 32 тиж – 17-оксипрогестерону і дегідроепіандростерону-сульфату.

Зміни функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з гіперандрогенією набувають найбільш вираженого характеру з 28 тиж вагітності і характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (20,0%); порушень серцевої діяльності плода (10,0%); дихальних рухів плода (12,0%); його рухової активності (10,0%) і тонусу (8,0%). Субкомпенсовані зміни мають місце в 10,0% і декомпенсовані в 4,0%. Гемодинамічні порушення характеризуються посиленням кровотоку в артерії пуповини і в маткових артеріях на тлі зниження кровотоку в середньомозковій артерії плода.

Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперандрогенією в анамнезі дозволяє знизити частоту загрози передчасних пологів (з 30,0% до 18,0%); плацентарної дисфункції (з 44,0% до 30,0%); прееклампсії (з 28,0% до 20,0%); передчасних пологів (з 20,0% до 8,0%); кесарських перегинів (з 30,0% до 20,0%); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (з 20,0% до 12,0%); асфіксії новонароджених (з 18,0% до 10,0%); синдрому дихальних розладів (з 20,0% до 8,0%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 16,0% до 10,0%), а також попередити перинатальні втрати.

## **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією в анамнезі складають групу високого ризику акушерських і перинатальних ускладнень, що розвиваються на фоні дисадаптації в системі мати–плацента–плід ендокринного генезу. Використання запропонованої нами методики дозволяє своєчасно і ефективно коригувати виникаючі дисгормональні і дисметаболичні порушення, що зрештою дозволяє поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику.

### **Пути снижения гестационных осложнений у женщин с гиперандрогенией в анамнезе** **И.П. Бульваренко**

Как показали результаты проведенных исследований, женщины с гиперандрогенией составляют группу высокого риска акушерских и перинатальных осложнений, развивающихся на фоне дисадаптации в системе мать–плацента–плод эндокринного генеза. Использование предлагаемой нами методики позволяет своевременно и эффективно корректировать возникающие дисгормональные и дисметаболические нарушения, что в конечном итоге позволяет улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** акушерство, перинатология, осложнения, профилактика, гиперандрогения.

### **Decrease ways gestational complications at women with hyperandrogenia in the anamnesis** **I.P. Bulvarenko**

As have shown results of the lead researches, women with hyperandrogenia make group of high risk obstetrical and perinatal the complications developing on a background dysadaptation in system mother – placenta-born endocrinological genesis. Use of a technique offered by us allows is duly and effective correction arising dyshormonal and dysmetabolical infringements, that finally allows to improve results deliveries women of group of high risk.

**Key words:** obstetrics, perinatology, complications, preventive maintenance, hyperandrogenia.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Волощук И.Н., Ковганко П.А., Ляшко Е.С. Морфофункциональная характеристика маточно-плацентарного кровотока (результаты морфологических и доплерометрических исследований) // Акушерство и гинекология. – 2009. – № . – С. 7–9.
2. Ляшко Е.С., Побединский Н.М., Сулейманова Н.С. Исследование плацентарных белков в III триместре беременности у женщин с хронической внутриутробной гипоксией плода // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 15–19.
3. Побединский Н.М., Сонич М.Г., Ляшко Е.С. Исследование плацентарных белков во второй половине беременности у женщин с гиперандрогенией // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 2. – С. 34–37.

# Третье кесарево сечение: акушерские и перинатальные исходы

*Н.П. Гончарук*

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что третье кесарево сечение является достаточно актуальной проблемой современного акушерства. Среди основных сравнительных аспектов второго и третьего абдоминального родоразрешения можно выделить более высокую частоту исходной генитальной патологии, угрозы прерывания беременности, плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития, несостоятельности рубца на матке, а также осложнений при родоразрешении и в послеоперационном периоде. Это диктует необходимость разработки комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для женщин с двумя рубцами на матке после абдоминального родоразрешения.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, акушерские и перинатальные исходы.

В настоящее время проблема кесарева сечения является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве [1–5]. Это обусловлено постоянно возрастающей частотой этой операции, а также увеличением числа женщин с рубцом на матке, родоразрешение которых через естественные родовые пути является проблематичным [3, 4].

В структуре современных показаний к абдоминальному родоразрешению преобладают следующие: дистресс плода на фоне плацентарной недостаточности, неэффективное лечение аномалий родовой деятельности, использование вспомогательных репродуктивных технологий, несостоятельность рубца на матке и др. [1–5].

Повторное кесарево сечение является предметом изучения многих научных специалистов как в нашей стране, так и за рубежом [1–5]. При этом достаточно убедительно показано, что наличие рубца на матке увеличивает частоту акушерских и перинатальных осложнений: угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, преждевременный разрыв плодных оболочек и др. [5]. Вместе с тем, родоразрешение через естественные родовые пути женщин с рубцом на матке имеет свои строгие показания, особенно в плане состоятельности рубца на протяжении гестации и в родах. Для этого предлагается ряд диагностических и прогностических методик с использованием клинических, эхографических и доплерометрических параметров [1–5].

Не всегда повторное кесарево сечение заканчивается стерилизацией, особенно у женщин молодого возраста, при наличии репродуктивных и перинатальных потерь в анамнезе, а также при нежелании пациентки травмировать маточные трубы. Это приводит к появлению новой акушерской проблемы – третье кесарево сечение,

которой на сегодняшний день является неизученной как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Одним из объяснений такой ситуации является отсутствие таких пациенток 5–7 лет тому назад. На сегодняшний день их число стремительно возрастает.

Все вышеизложенное является убедительным обоснованием для проведения настоящего научного исследования.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для решения поставленной цели были обследованы 60 женщин с рубцом на матке после кесарева сечения, которые были поделены на две группы: 1 группа – 30 женщин, которые имели в анамнезе одно кесарево сечение и 2 группа – 30 женщин с двумя кесаревыми сечениями в анамнезе.

В комплексе проведенных исследований были включены клинические, доплерометрические, УЗИ исследования, биофизический профиль плода, КТГ, лабораторные, биохимические, патоморфологические и статистические данные.

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

Средний возраст пациенток 1 группы составил  $27,2 \pm 1,2$  года, 2 –  $31,8 \pm 1,1$  года ( $p < 0,05$ ).

Нами проанализирована гинекологическая заболеваемость пациенток до настоящей беременности. Установлено, что во 2 группе была выше частота различных нарушений менструального цикла (1 группа – 33,3%, 2 – 53,3%) и воспалительных процессов репродуктивной системы (1 группа – 23,3%, 2 – 33,3%), частота патологических изменений шейки матки была без существенных различий по группам (по 10,0% в каждой группе). В структуре нарушений менструального цикла в обеих группах преобладала альгодисменорея, а среди различных воспалительных процессов чаще других наблюдался хронический эндометрит.

Суммарная частота сопутствующей экстрагенитальной патологии не отличалась по группам и составила в 1 группе 26,7%, во 2 – 23,3% соответственно. По нозологическим вариантам чаще других встречались нейроциркуляторная астенія и аутоиммунный тиреоидит, все остальные были в единичных случаях.

Мы посчитали целесообразным проанализировать показания к первому кесареву сечению в обеих группах. Согласно полученным результатам, в структуре показаний преобладали дистресс плода на фоне плацентарной недостаточности (1 группа – 33,3%, 2 – 30,0%); неэффективное лечение аномалий родовой деятельности (1 группа – 30,0%, 2 – 33,3%) и тазовое предлежание крупного плода (1 группа – 16,7%, 2 – 13,3%). Все остальные варианты наблюдались в единичных случаях.

Во 2 группе к повторному абдоминальному родоразрешению основным показанием было несостоятельность шва на матке (63,3%), реже встречался дистресс плода на фоне плацентарной недостаточности (20,0%) и тазовое предлежание плода с предполагаемой массой тела более 3500 г (16,7%).

Клиническое течение первой половины беременности с двумя рубцами на матке чаще осложнялось угрозой прерывания беременности (1 группа – 16,7%, 2 – 23,3%) и ранним токсикозом (1 группа – 23,3%, 2 – 30,0%). Все остальные осложнения встречались с одинаковой частотой.

Аналогичная закономерность была отмечена и при клиническом анализе второй половины беременности. Так, в первую очередь обращает на себя внимание высокая частота плацентарной недостаточности (1 группа – 33,3%, 2 – 63,3%) и угрозы преждевременных родов (1 группа – 46,7%, 2 – 56,7%). Кроме того следует указать, что уровень анемии беременных (1 группа – 40,0%, 2 – 36,7%) и преэклампсии (1 группа – 10,0%, 2 – 13,3%) существенно не отличались по группам. Все остальные осложнения имели место в единичных случаях.

Анализируя основные особенности родоразрешения женщин обеих групп можно отметить, что в 1 группе 10,0% пациенток были родоразрешены через естественные родовые пути. Частота преждевременных родов была одинаковой в обеих группах (по 3,3%). Среди остальных сравнительных аспектов следует указать на более высокую частоту несостоятельности рубца на матке у пациенток после двух кесаревых сечений (1 группа – 33,3%, 2 – 40,0%), а также преждевременного разрыва плодных оболочек (1 группа – 3,3%, 2 – 10,0%).

Перинатальные исходы родоразрешения во 2 группе характеризуются более высокой частотой асфиксии средней степени тяжести (1 группа – 6,7%, 2 – 16,7%); задержки внутриутробного развития (1 группа – 16,7%, 2 – 30,0%) и незрелости на фоне доношенной беременности (1 группа – 6,7%, 2 – 16,7%).

Мы проанализировали основные особенности повторного абдоминального родоразрешения. Так, в первую очередь, можно отметить тот факт, что несостоятельность рубца на матке была подтверждена в ходе операции у 33,3% женщин 1 группы и у 46,7% – 2 группы. Выраженный спаечный процесс встречался чаще у пациенток с двумя рубцами на матке (1 группа – 20,0%, 2 – 46,7%). Стерилизация была выполнена у всех пациенток 2 группы и только в одном случае (3,3%) в 1 группе. Кровопотеря свыше 700 мл была отмечена в каждом десятом наблюдении (1 группа – 10,0%, 2 – 13,3%), а акушерская гистерэктомия была произведена только во 2 группе в двух наблюдениях (6,7%) по поводу атонии матки.

Среди основных особенностей послеоперационного периода можно выделить более высокую частоту у женщин с двумя рубцами на матке гнойно-воспалительных осложнений (1 группа – 6,7%, 2 – 13,3%) и нарушений сократительной активности матки (1 группа – 3,3%, 2 – 10,0% соответственно).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, третье кесарево сечение является достаточно актуальной проблемой современного акушерства. Среди основных сравнительных аспектов второго и третьего абдоминального родоразрешения можно выделить более высокую частоту исходной генитальной патологии, угрозы прерывания беременности, плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития, несостоятельности рубца на матке, а также осложнений при родоразрешении и в послеоперационном периоде. Это диктует необходимость разработки комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для женщин с двумя рубцами на матке после абдоминального родоразрешения.

### **Третій кесарів розтин: акушерські і перинатальні результати** **Н.П. Гончарук**

Результати проведених досліджень свідчать, що третій кесарів розтин є досить актуальною проблемою сучасного акушерства. Серед основних порівняльних аспектів другого і третього абдомінального розродження можна виділити вищу частоту початкової генітальної патології, загрози переривання вагітності, плацентарної недостатності, затримки внутрішньоутробного розвитку, неспроможності рубця на матці, а також ускладнень при розродженні і в післяопераційному періоді. Це диктує необхідність розробки комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для жінок з двома рубцями на матці після абдомінального розродження.

**Ключові слова:** кесарів розтин, акушерські і перинатальні результати.

### **The third cesarean: sections obstetrical and perinatal outcomes** **N.P. Goncharuk**

Results of the lead researches testify, that the third cesarean section is enough an actual problem of modern obstetrics. Among the basic comparative aspects of the second and the third abdominal delivery it is possible to allocate higher frequency initial genital pathologies, threats of interruption of pregnancy, placentary insufficiency, a delay of intra-uterine development, an inconsistency рубца on a uterus, and also complications at delivery and in the postoperative period. It dictates necessity of development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for women with two cicatrices on a uterus after abdominal delivery.

**Key words:** cesarean section, obstetrical and perinatal outcomes.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство та гінекологія. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
2. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Современные аспекты операций кесарева сечения (обзорная информация). – М., 2003. – 64 с.
3. Венцковский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения // Зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Сімферополь. – 1998. – С. 40–43.
4. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 14–16.
5. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения. Медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 48 с.



# Патологія пуповини та аномальна плацентація – фактор перинатального ризику

**С.А. Куріцина**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що багаторазове обвиття пуповиною шії плода є чинником ризику розвитку плацентарної недостатності, що значною мірою обумовлює високий рівень перинатальної захворюваності і смертності. З метою поліпшення перинатальних результатів розродження необхідна адекватна оцінка найбільш інформативних клініко-функціональних і лабораторних показників, на підставі чого можливий вибір правильної тактики ведення жінки в III триместрі вагітності і раціонального методу розродження.

**Ключові слова:** обвиття пуповиною, перинатальні результати розродження.

Проблема зниження перинатальної смертності і захворюваності продовжує залишатися однією з найважливіших в сучасному акушерстві. На тлі низької народжуваності плодові втрати за останні 10 років залишаються досить високими, хоч і спостерігається тенденція до зниження [1–4].

За даними сучасної літератури [1–4] понад 75% випадків перинатальної смертності пов'язано з гіпоксією плода, асфіксією новонародженого і внутрішньочерепною травмою гіпоксичного генезу, обумовлених частенько патологією пуповини: відносна короткість пуповини унаслідок її обвиття довкола частин тіла плода. Обвиття пуповини є найчастішим і в теж час одним з найбільш несприятливих в плані прогнозування результату вагітності і пологів для плода патологічних станів. Ознаки хронічної гіпоксії виявлені в два, а ознаки гострої гіпоксії в 11 разів частіше у дітей, що народилися з обвиттям пуповиною. Крім того, в цих новонароджених спостерігається високий відсоток порушень мозкового кровообігу і гіпотрофії.

Сприятливий результат вагітності і пологів при даній патології пуповини визначається як спадковістю на етапах ante- і інтранатальної охорони плода, так і ретельною розробкою семіотики страждання плода при розродженні. В той же час, багато питань пренатальної діагностики багаторазового обвиття пуповиною плода, а також оцінка клінічної значущості лабораторного і ультразвукового дослідження залишаються маловивченими. Так, на нашу думку, серед цілої низки важливих запитань особливе місце займає необхідність вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу в цій групі вагітних, що дозволить, на наш погляд, науково обґрунтувати необхідність удосконалення використаних прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Метою дослідження** було зниження частоти перинатальної патології у жінок при багаторазовому обвитті пуповиною шії плода на основі вивчення особливос-

тей клінічного перебігу вагітності і пологів, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розробки алгоритму діагностичних заходів і раціональної тактики розродження.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Відповідно до мети і завданням справжнього наукового дослідження було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 175 жінок в термін вагітності від 28 до 41 тиж. Всі обстежені були розподілені на дві групи: основна – 125 вагітних з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода (за наявності або відсутності іншої акушерської і екстрагенітальної патології), причому були виділені три підгрупи: 1 підгрупа – 50 жінок з дворазовим обвиттям; 2 підгрупа – 50 жінок з триразовим обвиттям і 3 підгрупа – 25 жінок з чотириразовим обвиттям. Контрольну групу склали 50 жінок в ті ж терміни вагітності з аналогічною акушерською і екстрагенітальною патологією, але без обвиття пуповиною шії плода.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні і статистичні методи дослідження.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода характеризується високим рівнем плацентарної недостатності, частота якої збільшувалася у міру наростання кратності обвиття: з 24,0% – при дворазовому; до 32,0% – при триразовому і до 52,0% – при чотириразовому обвитті пуповиною шії плода з переважанням затримки внутрішньоутробного розвитку по асиметричному варіанту (90,0%).

При розродженні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода часто та ускладнень (передчасний розрив плодових оболонок, аномалії пологової діяльності, дистрес-плода і випадання петель пуповини) залежить від міри кратності обвиття, що призводить до високого рівня абдомінального розродження (33,6%), який також залежить від кратності обвиття: при дворазовому – 24,0%; при триразовому – 30,0% і при чотириразовому – відповідно 60,0%. У структурі показань частіше за інших має місце поєднання обвиття пуповиною шії плода з фетоплацентарною недостатністю (при дворазовому – 25,0%; при триразовому – 33,3% і при чотириразовому – 46,7%).

Перинатальні результати розродження жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода характеризуються високим рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених (при дворазовому – 10,0%; при триразовому – 14,0% і при чотириразовому – 16,0%); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (22,0%; 30,0% і 48,0%) і енцефалопатії постгіпоксичної гіпоксії (12,0%; 16,0% і 24,0%). Сумарні перинатальні втрати склали при дворазовому обвитті – 20,0%; при триразовому – 40,0% і при чотириразовому – 60,0%. Основною причиною перинатальних втрат у всіх випадках була гостра асфіксія новонароджених на тлі важкої форми затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

При розродженні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода встановлена пряма кореляційна залежність між частотою обвиття і рівнем затримки

внутришнюютробного розвитку: дворазове обвиття –  $r=+0,71$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,91$ ; а також між частотою обвиття і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: дворазове обвиття –  $r=+0,74$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,93$ . При вивченні взаємозв'язку основних показників стану плода і способу розродження показано пряму кореляційну залежність між способом розродження і рівнем затримки внутрішнюютробного розвитку: консервативне –  $r=+0,73$  і оперативне –  $r=+0,79$ ; а також між способом розродження і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: консервативне –  $r=+0,75$ ; і оперативне –  $r=+0,93$ .

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода залежить від кратності обвиття і характеризується високою частотою затримки внутрішнюютробного розвитку плода на тлі порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку, дисгормональних і дисметаболічних змін.

Морфологічні зміни з боку фетоплацентарного комплексу у жінок з двократним обвиттям пуповиною шії плода характеризуються різко вираженими компенсаторно-приспосувальними реакціями, які макроскопічно виявляються збільшенням маси, об'єму і товщини плаценти, а мікроскопічно – гіперплазією термінальних ворсин, капілярів, збільшенням синцитіокапілярних мембран, судинного індексу і площі капілярів. При трикратному обвиванні нарастають деструктивно некротичні зміни, які виявляються наявністю  $\alpha$ -функціональних зон і збільшенням розповсюдження незрілих форм ворсин.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, багаторазове обвиття пуповиною шії плода є чинником ризику розвитку плацентарної недостатності, що значною мірою обумовлює високий рівень перинатальної захворюваності і смертності. З метою поліпшення перинатальних результатів розродження необхідна адекватна оцінка найбільш інформативних клініко-функціональних і лабораторних показників, на підставі чого можливий вибір правильної тактики ведення жінок в III триместрі вагітності і раціонального методу розродження.

1. Вагітні з багаторазовим обвиттям пуповиною шії плода відносяться до групи високого перинатального ризику, що вимагає обов'язкового скринінгового трьохетапного обстеження з 34 тиж вагітності (ехографія, доплерометрія і кардіокографія).

2. При багаторазовому обвиванні пуповиною шії плода у поєднанні з високою локалізацією плаценти і наявністю фетоплацентарної недостатності повинно бути виконано плановий кесарів розтин. У останніх випадках може плануватися розродження через природні пологові шляхи під кардіомоніторним контролем. При наростанні ознак плацентарної недостатності (за даними КТГ) і при розвитку аномалій пологової діяльності повинно бути виконано екстрений кесарів розтин.

## Патология пуповины и аномальная плацентация – фактор перинатального риска

**С.А. Курицина**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многократное обвитие пуповиной шеи плода является фактором риска развития плацентарной недостаточности,

что в значительной мере обуславливает высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности. С целью улучшения перинатальных исходов родоразрешения необходима адекватная оценка наиболее информативных клинико-функциональных и лабораторных показателей, на основании чего возможен выбор правильной тактики ведения женщины в III триместре беременности и рационального метода родоразрешения.

**Ключевые слова:** *обвитие пуповиной, перинатальные исходы родоразрешения.*

**Pathology of an umbilical cord and abnormal placentation –  
the factor of perinatal risk  
S.A. Kurizina**

Results of the lead researches testify, that repeated twist a umbilical cord of a neck of a born is a risk factor of development of placentary insufficiency, that appreciably causes a high level perinatal diseases and death rates. With the purpose of improvement perinatal outcomes deliveries the adequate estimation of the most informative clinical-functional and laboratory parameters on the basis of that the choice of correct tactics of conducting 111 trimesters of pregnancy and a rational method deliveries is possible is necessary.

**Key words:** *twist a umbilical cord, perinatal outcomes deliveries.*

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Пырскова Ж.Ю., Титченко Л.И. Индекс извитости сосудов пуповины. Антенатальная диагностика и перинатальные исходы // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2008. – № 4. – С. 13–15.
2. Титченко Л.И., Пырскова Ж.Ю. Ультразвуковая диагностика патологии пуповины. Обзор литературы // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 26–28.
3. Шадлун Д.Р. Сучасні аспекти аналізу перинатальної смертності // Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія “Медицина”. – 2000. – вип. 11. – С. 292–297.
4. Шадлун Д.Р. Актуальні питання інтранатальних втрат на сучасному етапі // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ, 2000. – вип. 9. – кн. II. – С. 765–769.

# Вплив гіперандрогенії на клінічний перебіг гестаційного періоду

*В.І. Бойко, В.А. Кияненко*

Вивчені основні клінічні особливості перебігу вагітності і пологів у 100 жінок із гіперандрогенією в анамнезі на підставі їх комплексного динамічного клініко-лабораторного і функціонального обстеження. Встановлено високу частоту порушень у системи мати–плацента–плід, що корелює із рівнем початкових репродуктивних втрат. Значна частота абдомінального розродження обумовлена високим рівнем аномалій пологової діяльності і гострою гіпоксією плода. Представлено наукове обґрунтування необхідності підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** вагітність, патологія, гіперандрогенія.

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства і гінекології є відновлення репродуктивної функції жінок, які страждають безплідністю, невиношуванням вагітності, мають ускладнений перебіг гестаційного процесу і високий рівень перинатальних втрат в анамнезі [1–3]. В усіх цих ускладненнях велику роль відіграють фонові ендокринні порушення, що ведуть до гіперандрогенії, частота якої серед жінок репродуктивного віку досягає 15% [3]. Незважаючи на значну кількість наукових публікацій у даному напрямку, цілий ряд питань, пов'язаних із перебігом гестаційного процесу і формуванням повноцінного потомства в жінок із гіперандрогенією ще далекі від вирішення, а причини і механізми розвитку ускладнень вагітності також залишаються не встановленими. Не вивчені також питання формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також взаємозв'язок між фоною гіперандрогенією і розвитком основних акушерських і перинатальних ускладнень. Все це свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

**Метою** наукового дослідження є вивчення клінічних особливостей перебігу гестаційного періоду і розродження жінок із гіперандрогенією в анамнезі.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для рішення поставленої мети нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 вагітних жінок із гіперандрогенією в анамнезі та проаналізовані акушерські і перинатальні наслідки розродження.

У комплекс проведеного обстеження були включені клінічні (репродуктивний, соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез); функціональні (ехографічні і кардіотокографічні дослідження) і лабораторні (ендокринологічні і біохімічні) методи дослідження в динаміці: на догравідарному етапі, під час вагітності і при розродженні.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

У результаті проведених досліджень було встановлено, що патологічні зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирково-яєчниковій системі, що супроводжуються гіперандрогенією і секреторною недостатністю ендометрію, створюють несприятливі умови для формування хоріону/плаценти. Наявність гіперандрогенії в жінок, незалежно від джерела її походження, свідчить про високий ризик розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Підтвердженням цьому служить той факт, що в I триместрі вагітності спостерігається висока частота репродуктивних втрат (10%). Крім того, гіперандрогенія є фактором ризику аномального розташування хоріону (передлежання або низьке прикріплення), що спостерігається в 42,0% пацієток.

Найбільше діагностичне значення під час розвитку істміко-цервікальної недостатності в жінок із гіперандрогенією мають дані клінічного, гормонального й ультразвукового моніторингу за станом шийки матки. Так, зміна рівня синтезу плацентарних білків у терміни розвитку істміко-цервікальної недостатності може мати тільки деяке діагностичне, але не прогностичне значення. Основними прогностичними критеріями при істміко-цервікальній недостатності, що розвилася на фоні гіперандрогенії є: зниження рівня загального кортизолу в 1,5 разу протягом всієї вагітності; підвищення рівня дегідроепіандростерону-сульфату в 3 рази в I триместрі вагітності; передлежання/низьке прикріплення гіллястого хоріону.

Дослідження функціонального стану фетоплацентарного комплексу виявили наявність плацентарної недостатності в 40,0% вагітних із гіперандрогенією. Частота і тяжкість перебігу плацентарної недостатності знаходяться в прямій залежності від ступеня репродуктивних порушень: чим тяжче порушення репродуктивної функції, тим частіше і тяжче плацентарна недостатність. Моніторинг плацентарних гормонів, естріолу і кортизолу дозволяє прогнозувати розвиток даного ускладнення, вже починаючи з I триместру вагітності. Формування плацентарної недостатності при гіперандрогенії призводить до великих змін функціональної активності плодово-плацентарного комплексу, що виявляється порушенням білково-синтетичної функції плаценти і зміною гормонального гомеостазу.

Виразність клінічних проявів плацентарної недостатності знаходиться в прямій залежності від характеру морфологічних змін у плаценті, а компенсаторно-приспосувальні реакції (форма плацентарної недостатності) – від ступеня порушення репродуктивної функції. Головною ланкою в етіопатогенезі плацентарної недостатності при гіперандрогенії є порушення в періоді імплантації, раннього ембріогенезу і плацентации під впливом ендокринних і інфекційних факторів, що реалізується у вигляді порушень дозрівання ворсинчатого дерева (29,0%); порушень плацентации (18,0%); анатомічних аномалій посліду (9,0%) у поєднанні з порушеннями материнського кровотоку (57,0%) і запальними змінами в посліді (33,0%).

Високий відсоток ускладнень пологів в жінок із гіперандрогенією (аномалії плодової діяльності – 48,0%; гостра гіпоксія плода – 8,0%; передчасний розрив плодових оболонок – 19,0%; клінічно вузький таз – 3,0%) веде до збільшення частоти екстрених операцій кесарева перетину і свідчить про не-

обхідність планового оперативного розродження в цих пацієнток. Сумарний показник абдомінального розродження в жінок із гіперандрогенією в анамнезі складає 36,0% (20,0% – екстрені операції і 16,0% – планові).

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології. Це свідчить про необхідність удосконалення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів.

### ВИСНОВКИ

1. Наявність гіперандрогенії в жінок, незалежно від джерела її походження, свідчить про високий ризик розвитку акушерських і перинатальних ускладнень.

2. Дослідження функціонального стану фетоплацентарного комплексу виявили наявність плацентарної недостатності в 40,0% вагітних із гіперандрогенією, причому частота і тяжкість перебігу плацентарної недостатності знаходяться в прямій залежності від ступеня репродуктивних порушень.

3. Головною ланкою в етіопатогенезі плацентарної недостатності при гіперандрогенії є порушення в періоді імплантації, раннього ембріогенезу і плацентації під впливом ендокринних і інфекційних факторів, що реалізується у вигляді порушень дозрівання ворсинчатого дерева (29,0%); порушень плацентації (18,0%); анатомічних аномалій посліду (9,0%) у поєднанні з порушеннями материнського кровотоку (57,0%) і запальними змінами в посліді (33,0%).

4. Частота абдомінального розродження в жінок із гіперандрогенією в анамнезі складає 36,0% (20,0% – екстрені операції і 16,0% – планові), а в структурі показань переважають аномалії пологової діяльності і дистрес-плода.

### **Влияние гиперандрогении на клиническое течение гестационного периода**

***В.И. Бойко, В.А. Кияненко***

Изучены основные клинические особенности течения беременности и родов у 100 женщин с гиперандрогенией в анамнезе на основе их комплексного динамического клинико-лабораторного и функционального обследования. Установлена высокая частота нарушений в системы мать-плацента-плод, которая коррелирует с уровнем исходных репродуктивных потерь. Значительная частота абдоминального родоразрешения обусловлена высоким уровнем аномалий родовой деятельности и острой гипоксией плода. Представлено научное обоснование необходимости повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** беременность, патология, гиперандрогения.

### **Influence of hyperandrogenia on a clinical current gestational the period**

***V.I. Boyko, V.A. Kijanenko***

The resume. The basic clinical features of current of pregnancy and sorts at 100 women with hyperandrogenia in the anamnesis are investigated on the basis of their complex

dynamic clinical-laboratory and functional inspection. High frequency of infringements in systems mother - placenta-born who correlates with a level of initial reproductive losses is established. Significant frequency abdominal delivery a high level of anomalies of patrimonial activity and sharp hypoxia of born. The scientific substantiation of necessity of increase of efficiency of treatment-and-prophylactic actions is submitted.

**Key words:** *pregnancy, a pathology, hyperandrogenia.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Волощук И.Н., Ковганко П.А., Ляшко Е.С. Морфофункциональная характеристика маточно-плацентарного кровотока (результаты морфологических и доплерометрических исследований) // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 7–9.
2. Ляшко Е.С., Побединский Н.М., Сулейманова Н.С. Исследование плацентарных белков в III триместре беременности у женщин с хронической внутриутробной гипоксией плода // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 15–19.
3. Побединский Н.М., Сонич М.Г., Ляшко Е.С. Исследование плацентарных белков во второй половине беременности у женщин с гиперандрогенией // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 2. – С. 34–37.



# Вплив варикозної хвороби нижніх кінцівок на перебіг в I триместрі вагітності

*Л.В. Манжула*

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

Вивчені основні клінічні, ехографічні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні і мікробіологічні особливості у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок в I триместрі вагітності. Встановлені основні причини високого рівня мимовільного переривання вагітності і вибрані основні моменти проведення лікувально-профілактичних заходів.

*Ключові слова:* I триместр вагітності, варикозна хвороба нижніх кінцівок.

Вагітність і пологи у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок є предметом багатьох наукових досліджень [1–4]. При цьому відмічено, що при даній соматичній патології частіше розвиваються різні акушерські і перинатальні ускладнення. Серед основних причин такої тенденції виділяють початкові порушення системного гемостазу і порушення мікроциркуляції. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з цієї проблеми не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На наш погляд, в першу чергу це стосується особливостей перебігу в I триместрі вагітності за наявності варикозної хвороби нижніх кінцівок.

Основною метою справжнього наукового дослідження з'явилося вивчення клінічних, ехографічних, ендокринологічних, імунологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей в I триместрі вагітності у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 40 жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок, яких було розподілено на дві підгрупи залежно від репродуктивного анамнезу:

- підгрупа 1.1. – 20 пацієнок, які завагітніли природнім шляхом;
- 1.2. – 20 пацієнок після ДРТ.

Контрольну групу склали 20 первородящих без акушерської і соматичної патології.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ми вирішили, що доцільним буде представити результати обстеження пацієнок залежно від репродуктивного анамнезу (використання ДРТ) по основних клінічних, функціональних і лабораторних параметрах в наступні терміни вагітності: 5–6 тиж; 9–10 тиж і 12–13 тиж вагітності відповідно.

Серед широкого спектру різної клінічної симптоматики ми вибрали ту, що найчастіше зустрічається: больові відчуття (постійного характеру, в дні передбачуваних місячних, при фізичній і психоемоційній навантаженню); кров'яні виділення із статевих доріг (періодичного або постійного характеру); нейроендокринна симптоматика і психоемоційна напруга.

Як свідчать отримані дані з різних больових відчуттів найчастіше спостерігалися біль при фізичному навантаженні (підгрупа 1.1. – 40,0% і 1.2. – 65,0%); виділення із статевих шляхів, що періодично маються (підгрупа 1.1. – 20,0% і 1.2. – 40,0%); нейроендокринна симптоматика (підгрупа 1.1. – 25,0% і 1.2. – 60,0%) і психоемоційна напруга (підгрупа 1.1. – 50,0% і 1.2. – 80,0% відповідно). З представлених даних видно, що в порівняльному аспекті в 5–6 тиж вагітності частота всіх клінічних проявів загрози переривання вагітності вище у жінок після ДРТ. На нашу думку, це можна пояснити вищим рівнем початкової генітальної патології і ускладненим репродуктивним анамнезом, що мало місце в підгрупі 1.2.

На наступних етапах досліджень описані вище закономірності повністю підтвердилися. Окремо хотілося б виділити в 12–13 тиж вагітності високу частоту психоемоційної напруги (підгрупа 1.1. – 55,0% і 1.2. – 80,0%), а також больових відчуттів при фізичній (підгрупа 1.1. – 30,0% і 1.2. – 50,0%) і психоемоційній напрузі (підгрупа 1.1. – 20,0% і 1.2. – 40,0%).

При оцінці сумарної частоти різних ускладнень в I триместрі вагітності необхідно відзначити, що не дивлячись на проведену зберігальну терапію мимовільне переривання вагітності сталося в 6 випадках (15,0%), причому в 2 (10,0%) в підгрупі 1.1. і в 4 (20,0%) – в підгрупі 1.2. Безумовно, такі показники підтверджують високий ступінь ризику невиношування у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок. По термінах вагітності нами встановлено наступне співвідношення: 8 тиж – 3 випадки з 6 (50,0% від загального числа); 10 тиж – 2 випадки (33,3%), 12 тиж – 1 випадок (16,7%).

Серед останніх особливостей в I триместрі вагітності можна виділити значний рівень порушень мікробіоценозу статевих шляхів (підгруп 1.1. – 20,0% і 1.2. – 35,0%), а частота останніх ускладнень носила характер загальної популяції.

Для характеристики ехографічних змін в I триместрі вагітності ми вважали за доцільне виділити 4 основних варіанти порушень, характерних для мимовільного переривання на даному етапі гестаційного періоду: гіпоплазія амніону; дострокова облітерація екстацелома; прискорене зростання або ранній гідроамніон і гіпоплазія хоріону. Ці висновки були зроблені після ультразвукового дослідження у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

Виходячи з отриманих даних сумарна частота перелічених вище змін в підгрупі 1.1 склала 15,0% (3 випадки), а в підгрупі 1.2. – зросла до 35,0% (7 випадків). Ми розцінюємо таку ехографічну ситуацію як реальну загрозу мимовільного переривання вагітності в I триместрі, що диктує необхідність проведення лікувально-профілактичних заходів направленою характеру. Надалі частота цих змін зросла до 35,0% і 50,0% в 9–10 тиж і до 40,0% і 60,0% в 12–13 тиж вагітності.

При порівнянні отриманих клінічних і ехографічних результатів слід вказати не лише на високий ризик мимовільного переривання вагітності у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок (15,0%), але і на інформативність динамічних ехографічних досліджень в цей період гестації.

Не викликає сумнівів той факт, що для глибшого розуміння процесів, що відбуваються, необхідне додаткове проведення ендокринологічних досліджень.

Нами вивчений широкий спектр ендокринологічних показників в аналогічні терміни вагітності. Так, найбільш достовірні відмінності мали місце з боку трьох основних параметрів: естріол (Е), прогестерон (ПГ) і хоріонічний гонадотропін (ХГ), причому ступінь їх змін залежала від репродуктивного анамнезу пацієнток. Отримані дані вказують на достовірне зниження вмісту Е (контрольна група –  $10,1 \pm 0,8$  нмоль/л; підгрупа 1.1. –  $7,2 \pm 0,6$  нмоль/л,  $p < 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $6,1 \pm 0,3$  нмоль/л,  $p < 0,01$ ); ПГ (контрольна група –  $183,1 \pm 11,4$  нмоль/л; підгрупа 1.1. –  $140,2 \pm 13,2$  нмоль/л,  $p < 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $110,4 \pm 8,7$  нмоль/л,  $p < 0,01$ ). В порівнянні з цим, рівень ХГ був достовірно понижений лише у пацієнток після ДРТ (контрольна група –  $108,7 \pm 7,3$  нмоль/л; підгрупа 1.1. –  $107,2 \pm 6,1$  нмоль/л,  $p > 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $81,3 \pm 6,1$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ).

В 9–10 тиж. вагітності описані вище зміни повністю збереглися, а в 12–13 тиж носили дещо інший характер. Це підтверджується відсутністю достовірних відмінностей з боку ХГ ( $p > 0,05$ ), а також достовірним збільшенням концентрації До лише у жінок після ДРТ (контрольна група –  $273,6 \pm 21,4$  нмоль/л; підгрупа 1.1. –  $281,9 \pm 20,7$  нмоль/л,  $p > 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $351,4 \pm 24,1$  нмоль/л,  $p < 0,05$ )/

Підсумовуючи отримані ендокринологічні результати необхідно відзначити, що високий ризик невиношування вагітності у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок пояснюється наявністю дисгормональних порушень, в першу чергу, з боку естрадіолу і прогестерону. Ступінь вираженості цих порушень залежить від репродуктивного анамнезу, при його ускладненості відмічено додаткове зниження вмісту ХГ, що корелює з отриманими клінічними і ехографічними результатами, які були представлені вище.

Для розширення наявних даних про патогенез мимовільного переривання вагітності в I триместрі у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок вважає за необхідне провести додаткові імунологічні, біохімічні і мікробіологічні дослідження.

Дизадаптація системного імунітету в I триместрі у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок діагностовано нами вже в 5–6 тиж вагітності і характеризується зниженням числа CD3+ (контрольна група –  $61,1 \pm 5,1\%$ ; підгрупа 1.1. –  $52,4 \pm 4,1\%$ ,  $p < 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $40,4 \pm 3,2\%$ ,  $p < 0,01$ ) і CD4+ (контрольна група –  $42,2 \pm 4,1\%$ ; підгрупа 1.1. –  $31,7 \pm 2,1\%$ ,  $p < 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $20,5 \pm 1,6\%$ ,  $p < 0,01$ ) при одночасному збільшенні числа CD8+ (контрольна група –  $43,8 \pm 5,1\%$ ; підгрупа 1.1. –  $52,7 \pm 4,8\%$ ,  $p < 0,05$  і підгрупа 1.2. –  $53,1 \pm 5,1\%$ ,  $p < 0,05$ ). Ці зміни наочно є видимим при оцінці хелперно-супресорного співвідношення.

У подальшому в 9–10 тиж вагітності і в 12–13 тиж гестації вищеописані зміни характеризуються достовірнішим зниженням ( $p < 0,01$ ) числа CD8+ у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок після ДРТ.

В даний час використовується досить широкий спектр біохімічних досліджень, але ми зробили свій вибір на основних 7 параметрах. Виходячи з отриманих результатів достовірні відмінності мали місце лише з боку 3 параметрів, причому незалежно від репродуктивного анамнезу, що ми наочно спостерігали при вивченні ендокринологічних і імунологічних показників. Біохімічні зміни характеризувалися достовірним збільшенням вмісту  $\beta$ -ліпопротеїдів (контрольна група –

50,3±1,5 ОД/л; підгрупа 1.1. – 65,4±2,1 ОД/л,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 64,8±1,8 ОД/л,  $p<0,05$ ); тригліцеридів (контрольна група – 3,2±0,3 ммоль/л; підгрупа 1.1. – 4,3±0,3 ммоль/л,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 4,5±0,4 ммоль/л,  $p<0,05$ ) і ЛФ (контрольна група – 150,1±10,1 МО/л; підгрупа 1.1. – 184,5±11,2 МО/л,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 190,8±12,4 ОД/л,  $p<0,05$ ). Характерною особливістю подальших досліджень є аналогічні дані незалежно від використання ДРТ.

На нашу думку, виявлені біохімічні порушення стосуються, в першу чергу, ліпідного обміну. В той же час, проведені дослідження мають також і діагностичне значення, оскільки можуть з'явитися показанням для використання препаратів, що позитивно впливають на ліпідний обмін.

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів носили аналогічний характер в 5–6 тиж і в 9–10 тиж вагітності і не залежали від репродуктивного анамнезу. Основні зміни характеризувалися достовірним зниженням числа лактобацил (контрольна група – 6,5±0,2 КУО/мл; підгрупа 1.1. – 4,8±0,3 КУО/мл,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 4,7±0,2 КУО/мл,  $p<0,05$ ) і біфідобактерій (контрольна група – 6,6±0,3 КУО/мл; підгрупа 1.1. – 4,7±0,4 КУО/мл,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 4,6±0,3 КУО/мл,  $p<0,05$ ) на тлі одночасного зростання числа різних штамів стафілококів (контрольна група – 2,4±0,2 КУО/мл; підгрупа 1.1. – 4,1±0,3 КУО/мл,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 3,9±0,3 КУО/мл,  $p<0,05$ ). У подальшому в 12–13 тиж додатково до вищеописаних змін приєднувалось і достовірне зниження числа молочно-кислих стрептококів (контрольна група – 3,4±0,2 КУО/мл; підгрупа 1.1. – 2,1±0,1 КУО/мл,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2. – 2,0±0,2 КУО/мл,  $p<0,05$ ).

## **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених в I триместрі вагітності, жінки з варикозною хворобою нижніх кінцівок складають групу високого ризику по невиношуванню, частота якого складає 15,0% і термінам вагітності розподіляється від 8 до 12 тиж. Дане ускладнення розвивається на тлі виражених ехографічних змін (гіпоплазія амніона; дострокова облітерація екстацелома; прискорене зростання або ранній гідроамніон і гіпоплазія хоріону); дисгормональних порушень (зниження вмісту естрадіолу і прогестерону); імунологічних (зниження числа CD3+ і CD4+ при зростанні числа CD8+); біохімічних (збільшення вмісту  $\beta$ -ліпопротеїдів, тригліцеридів і лужної фосфатази) і мікробіологічних (зниження числа лактобацил і біфідобактерій на тлі зростання різних штамів стафілококів) порушень. Залежно від репродуктивного анамнезу більш виражені ехографічні та ендокринологічні зміни спостерігалися у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок після ДРТ.

### **Влияние варикозной болезни нижних конечностей на течение I триместра беременности**

***Л.В. Манжула***

Изучены основные клинические, эхографические, эндокринологические, иммунологические, биохимические и микробиологические особенности у женщин с варикозной бо-

лезною нижних конечностей в I триместре беременности. Установлены основные причины высокого уровня самопроизвольного прерывания беременности и намечены основные моменты проведения лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *I триместр беременности, варикозная болезнь нижних конечностей.*

**Influence varicose illness of the bottom finitenesses on a current I trimester of pregnancy**  
**L.V. Manzula**

The basic are investigated clinical, ehografical, endocrinological, immunological, biochemical and microbiological features at woman with varicose illness of the bottom finitenesses in 1 trimester of pregnancy. Principal causes of a high level of spontaneous interruption of pregnancy are established and the basic moments of carrying out of treatment-and-prophylactic actions are planned.

**Key words:** *I trimesters of pregnancy, varicose illness of the bottom finitenesses.*

**ЛІТЕРАТУРА**

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. Хаца І.І., Трещак І.І., Козодой А.В. Особенності гормонального статусу в період лактогенезу первородячих старше 30 лет// Зб. наук. праць “Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики”. – Вип. 5. – Київ–Луганськ. – 2007. – С. 119–121.
3. Шадлун Д.Р. Частота і структура перинатальної смертності на сучасному етапі // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 3. – С. 97–103.
4. Яковлева Э.Б. Юный возраст матери и состояние здоровья ребенка // Педиатрия. – 2005. – № 3. – С. 62–65.

# Розродження жінок, які народжують вперше до 20 років: порівняльні аспекти

**В.В. Маркевич**

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

---

Як показали результати клінічних досліджень, юні жінки, які народжують вперше, складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології, причому чим менше вік первородящих, тим частіше у них виникають різні ускладнення як з боку матері, так і з боку плода. Це свідчить про необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів.

*Ключові слова:* вагітність, пологи, вікові аспекти.

За останнє десятиріччя у всьому світі збільшилася кількість незапланованих вагітностей у неповнолітніх жінок [1–4]. Щорічно у багатьох індустріальних та країнах, які розвиваються, від 5 до 10% дівчат у віці 13–18 років стають вагітними, а в деяких регіонах, в тому числі і в Україні, цей показник досягає 20% (дані ВООЗ). В результаті, за рік у світі народжують 15 млн дівчат-підлітків, а ще 5 млн вимушені прибігати до переривання вагітності [1–4].

Вагітність в юному віці представляє складну медико-соціальну проблему, вирішення якої залежить від підлітків та їх сімей, а також від суспільства в цілому. Юна вагітна часто не використовує пренатальну допомогу, у неї вище імовірність загинути від ускладнень під час вагітності і пологів [4]. Рання вагітність веде до соціальної ізоляції незаміжних юних матерів, перериває їх освіту, що надалі наносить економічну шкоду суспільству. Неповнолітня мати нерідко позбавлена економічної та психоемоційної підтримки, що викликає погіршення її здоров'я як жінки. Все це негативно відображається не тільки на здоров'ї майбутньої матері, але і її дитини. Причому, несприятливий вплив даних факторів на зростаюче покоління в сучасних умовах України посилюється кризовим станом держави.

Вивченню різних боків перебігу вагітності і пологів в юному віці, як в нашій країні, так і за кордоном, присвячена велика кількість публікацій. Загальновідомим є той факт, що жінки, які народжують вперше до 18 років складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської та перинатальної патології.

**Метою** даної роботи стало вивчення порівняльних аспектів розродження первородящих до 20 років.

## **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

У відповідності з метою нашої наукової роботи ми провели клініко-статистичний аналіз 310 випадків першого розродження у віковому аспекті:

- контрольна група – 105 жінок у віці 18–20 років;
- I група – 75 жінок у віці 13–15 років;
- II група – 130 жінок у віці 16–17 років.

Такий підхід, на наш погляд, дозволить нам встановити вплив віку (від 13 до 20 років) на частоту розвитку різних видів акушерської і перинатальної патології.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючі вік юних первородящих необхідно відмітити той факт, що більша частина жінок була у віці 17 (39,6%) і 16 (23,9%) років/ Лише в поодиноких випадках (1,9%) вік жінок, які народжують вперше, склав 13 років. Така вікова різниця явилась для нас підставою для проведення досліджень у юних жінок, які народжують вперше, в двох групах – 13–15 років і 16–17 років, що у відсотковому відношенні складає 36,5%:63,5%. Початок менструальної функції у всіх групах частіше відбувався в 11 (від 20,0% до 31,5%) і 12 років (від 24,0% до 27,6%). Крім того, можна відмітити і відносно високий рівень таких показників, як 9 (від 10,7% до 11,4%) і 10 років (від 14,6% до 16,0%). Лише в поодиноких випадках це мало місце після 14 років (від 2,7% до 3,8%). Зіставляючи отримані дані між собою, ми не відмічали достовірних різниць по всім групам ( $p > 0,05$ ), хоч разом з тим, можна констатувати ранній початок менструальної функції в більшості випадків (з 9 до 12 років). Більш ніж в половині випадків (від 52,0% до 55,2%) цикл встановився одразу. Також, тут можна відмітити і відносно високий рівень такого показника, як „через 2 місяці” – від 27,3% до 29,5%.

Соціальний склад обстежених жінок, безумовно, залежав від вікової категорії. Так, в контрольній групі (18–20 років) переважали домогосподарки (30,5%); учні технікумів (25,7%) та сільгоспробітники (19,1%). На відміну від цього, в I групі (13–15 років) основну частину складали учні середніх шкіл (69,3%) та технікумів (22,7%), також як і в II групі (16–17 років) – 47,7% і 40,8% відповідно. Встановлені різниці соціального складу обстежених жінок мали виражену вікову залежність.

При оцінці особливостей репродуктивної функції необхідно вказати на значний рівень артіфіційних (33,3%); мимовільних (7,6%) та пізніх абортів (6,7%) в контрольній групі. Незважаючи на такий юний вік (13–15 років) обстежених I групи, в кожному п'ятому випадку (20,0%) вони відмічали в анамнезі артіфіційні аборти. В II групі цей показник був більше – 28,5%. Крім того, звертає на себе увагу відносно висока питома вага кримінальних втручань з приводу непланованої вагітності (від 3,8% до 8,5%), причому з віком дана величина прогресивно зростала. Перебіг вагітності на такому несприятливому преморбідному фоні, безумовно, буде супроводжуватись високим рівнем різних ускладнень, що суттєво впливає на частоту акушерської та перинатальної патології.

Ми вважали за доцільне вивчити особливості використовуваної контрацепції. Серед жінок 18–20 років найчастіше використовували гормональні циклічні контрацептиви (20,0%); механічні засоби (17,1%) та внутрішньоматкові спіралі (14,3%). Рівень такого значення, як „не використовували” був відносно низьким – 10,5%. Порівняно з цим, у юних жінок 13–15 років цей показник складає 62,7%, а використання механічних засобів в 13,3% випадків. В II групі обстежених ми також відмічали значний рівень відсутності контрацепції – 49,2%, а також перерваний статевий акт – 14,6%. Резюмуючи отримані результати необхідно відмітити рівень роботи центрів та кабінетів планування сім'ї в даному регіоні, що є одним з основоположних моментів у зниженні частоти акушерської та перинатальної патології.

Отримані дані свідчать про високий рівень перенесеної генітальної патології у всіх групах ще до даної вагітності. Найчастіше обстежені жінки відмічали запальні процеси матки та додатків (від 35,2% до 47,7%) та патологічні зміни шийки матки (від 29,1% до 43,1%). Крім того, тут також можна відмітити і значний рівень різних порушень менструального циклу (від 26,2% до 32,0%). Зіставлюючи отримані дані в залежності від віку жінок, можна відмітити той факт, що найбільш високі показники гінекологічної захворюваності мали місце в II групі хворих (43,1% і 47,7% відповідно). На нашу думку, дана закономірність свідчить про більш високий рівень непорядкованих статевих стосунків та недостатню якість лікувально-профілактичних заходів у юних жінок 16–17 років.

Незважаючи на юний вік всіх обстежених (до 20 років) ми спостерігали у них суттєву частоту різної екстрагенітальної патології. При цьому, переважали серцево-судинні (від 16,2% до 18,5%); ендокринні захворювання (від 13,2% до 16,2%), а також патологія нирок (від 11,4% до 13,1%). Наряду з тим, достовірних різниць між рівнем соматичної патології і віком первородящих ми не відмічали ( $p > 0,05$ ).

Серед ускладнень I половини вагітності переважали два види ускладнень – ранній токсикоз (від 18,5% до 24,0%) та загроза переривання (від 16,9% до 22,7%). Набагато рідше ми відмічали різну вірусну інфекцію (від 10,8% до 13,3%) та загострення екстрагенітальної патології (від 10,0% до 10,7%). Порівняльний аналіз цих даних свідчить про те, що чим менше вік первородящих, тим вище рівень ускладнень I половини вагітності, в першу чергу ранніх токсикозів (24,0%) та загрози переривання (22,7%). Дану особливість, безумовно, необхідно враховувати при розробці плану ведення юних вагітних на етапі жіночої консультації.

Як видно з отриманих даних, найчастішим ускладненням II половини вагітності є анемія вагітних (від 29,5% до 54,7%). Крім того, тут слід виділити і відносно високий рівень різних проявів фетоплацентарної недостатності (мало- і багатоводдя, затримка внутрішньоутробного росту плода тощо) – від 16,2% до 21,3%; загрози переривання – від 14,6% до 21,3% та пізніх токсикозів – від 12,4% до 18,7%. Встановлена нами закономірність про збільшення частоти основних ускладнень II половини вагітності водночас зі збільшенням віку первородящих спостерігалася і в даному випадку.

Звичайно, що при такому рівні різних ускладнень вагітності, клінічний перебіг пологів також супроводжувався значною частотою відхилень. Так, передчасні пологи спостерігалися від 9,6% до 10,7%; передчасний розрив плодових оболонок – від 11,4% до 18,7%; аномалії пологової діяльності – від 14,3% до 22,7%; безводний період понад 12 год – від 11,4% до 18,7%; маткові кровотечі – від 21,5% до 38,7% і травми тканин пологових шляхів – від 20,0% до 33,3%. В структурі аномалій пологової діяльності переважала первинна слабкість, а серед основних причин маткових кровотеч – патологія відділення плаценти і виділення посліду, а також гіпо- та атонія матки. При аналізі рівня клінічних ускладнень пологів серед різних груп обстежених, ми відмічали той факт, що найчастіше пологи ускладнювались у юних жінок віком 13–15 років. Цей факт раніше у вітчизняній та зарубіжній літературі не відзначали.

Серед різних допомог та оперативних втручань при розродженні первородящих до 20 років ми також встановили ряд закономірностей. Так,



найчастіше використовували пологовиклинання та пологопідсилення (від 20,9% до 25,4%); епізіо- та перинеотомію (від 18,1% до 32,0%), а також амніотомію (від 16,2% до 23,1%). З оперативних втручань найчастіше мало місце ручне входження в порожнину матки (від 23,0% до 30,0%) та кесарів розтин (від 8,6% до 14,7%). Екстракцію плода за тазовий кінець (від 1,3% до 2,3%) та акушерські щипці (від 1,9% до 3,8%) використовували в поодиноких випадках. Найбільш високий рівень надання різних допомог та оперативних втручань мав місце у юних жінок I групи (13–15 років) і був обумовлений значною частотою ускладнень клінічного перебігу вагітності та пологів.

Ми вважали за доцільне окремо роздивитись структуру показань до абдомінального розродження. У жінок контрольної групи при загальному рівні 8,6% можна виділити аномалії пологової діяльності та прогресуючу внутрішньоутробну гіпоксію плода (по 1,9%). В I групі в структурі показань мав місце клінічно вузький таз (5,3%) та аномалії пологової діяльності (4,0%), при тому, що загальний показник склав 14,3%. Аналогічну закономірність ми могли спостерігати і в II групі – 3,8% і 3,1% при величині 12,3%. Отже, в структурі показань до операції кесарева розтину у юних жінок, які народжують вперше, явно переважають клінічно вузький таз і аномалії пологової діяльності. Цю обставину, безумовно, необхідно враховувати при веденні пологів у юних первородящих.

Аналізуючи особливості маси тіла новонароджених необхідно вказати на той момент, що показники „1001–1500 г” і „понад 4000 г” найчастіше спостерігали у первородящих у віці 13–15 років (2,7% і 9,3% відповідно). Серед найбільш розповсюдженої величини можна виділити два значення: „3001–3500 г” (від 45,3% до 56,1%) і „2501–3000 г” (від 20,0% до 22,7%), причому достовірних різниць за групами ми не виявили ( $p > 0,05$ ). Встановлені нами тут особливості пояснюються, з нашої крапки зору, високим рівнем фетоплацентарної недостатності, передчасних пологів та аномалій пологової діяльності.

З отриманих даних можна виділити той факт, що серед недоношених новонароджених у всіх випадках переважала I ст. (від 4,8% до 7,7%). Певний інтерес представляють показники, котрі характеризують ступінь вираженості фетоплацентарної недостатності: незрілість та гіпотрофія. Найбільш високий їх рівень має місце у юних первородящих у віці 13–15 років – 9,3 і 18,7% відповідно, в той час як в контрольній групі вони склали 7,6% і 11,4% випадків. Суттєву різницю ми відмічали і при аналізі такого показника як асфіксія – з переважанням в I і II групах (21,3% і 23,8% проти 16,2%). Частота пологової травми у хворих була також в 2 рази вище – 4,0% і 3,8% порівняно з 1,9% в контрольній групі.

Оцінюючи захворюваність новонароджених необхідно відмітити той факт, що найчастіше відмічали постнатальні гнійно-септичні захворювання (від 18,2% до 31,8%); постгіпоксичну енцефалопатію (від 14,3% до 23,1%) та внутрішньоутробне інфікування (від 9,5% до 16,9%). При цьому, порівняльний аналіз показав явне переважання у юних первородящих обох груп. Все викладене вище, безумовно, свідчить про високий ступінь перинатального ризику, який має місце у юних первородящих з переважанням у жінок 13–15 років.

На завершальному етапі наших досліджень ми провели аналіз післяпологової захворюваності у жінок, які народжують вперше до 20 років. При цьому,

найчастіше мала місце анемія (20,0%; 46,7% і 44,6%); гнійно-запальні ускладнення (11,5%; 23,7% і 25,4%) та порушення контрактильної активності матки в післяпологовому періоді (6,7%; 18,7% і 16,1%). Також, як і при попередніх даних, найбільш висока частота післяпологових ускладнень зустрічалась у первородящих як в 13–15, так і в 16–17 років.

### **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати клінічних досліджень, юні первородящі складають групу високого ризику по розвитку акушерської та перинатальної патології, причому чим менший вік жінок, які народжують вперше, тим частіше у них виникають різні ускладнення як з боку матері, так і з боку плода. Це свідчить про необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### **Родоразрешение первородящих до 20 лет: сравнительные аспекты В.В. Маркевич**

Как показали результаты клинических исследований, юные первородящие составляют группу высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии, причем чем меньше возраст первородящих, тем чаще у них возникают различные осложнения как со стороны матери, так и со стороны плода. Это свидетельствует о необходимости разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *беременность, роды, возрастные аспекты.*

### **The first labour till 20 years – comparative aspects V.V. Markevich**

As have shown results of clinical researches, young first labour make group of high risk on development obstetrical and perinatal pathologies, and depending on their age – the age first labour less, the more often they have various complications both on the part of mother, and on the part of a born. It testifies to necessity of development of a complex of treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *pregnancy, labour, age aspects.*

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Маркін Л.Б., Пирогова В.І., Ткаченко С.К. Вагітність та пологи у неповнолітніх. – Львів, 2006. – 96 с.
2. Масенко В.В. Діагностика та профілактика пізніх гестозів у юних жінок на доклінічному етапі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 4. – С. 96–98.
3. Шадрин Т.Н., Тухватуллина Л.М. Особенности беременности и родов у юных женщин // В кн.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Казань, 2009. – С. 69–70.
4. Яковлева Е.Б. Особливості перебігу вагітності та пологів у підлітків // Педіатрія, Акушерство та гінекологія. – 2004. – № 2. – С. 55–57.

# Особенности гематологического и гормонального статуса при анемии беременных в условиях йодного дисбаланса

*Н. М. Романенко*

Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского МЗ Украины

Результаты проведенных исследований показали достоверную связь процессов свободно-радикального окисления и состояния клеточных мембран эритроцитов, подчеркивая важную роль нарушения биогенеза активных кислородных метаболитов в формировании анемических состояний у беременных женщин, проживающих в условиях йодного дисбаланса. Установленные особенности патогенеза анемии беременных необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

*Ключевые слова:* анемия беременных, патогенез, йодный дисбаланс.

Анемия беременных на сегодняшний день является одной из наиболее часто встречающихся патологий у женщин репродуктивного возраста, особенно во время беременности [1–4]. Это связано с изменением экологической ситуации, ростом частоты экстрагенитальной патологии, ухудшением экономического состояния населения, особенно в аспекте качества питания, а также неблагоприятным воздействием различных вредных привычек: курение, употребление алкоголя и др. [1–4].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме анемии нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в аспекте роли процессов перекисного окисления липидов в патогенезе анемии беременных, проживающих в условиях йодного дисбаланса. Мы считаем данное научное направление достаточно актуальным, особенно в условиях экологической ситуации в Крымском регионе и наличия здесь выраженного йодного дисбаланса.

**Целью** настоящего научного исследования является изучение особенностей гематологического и гормонального статуса при анемии беременных в условиях йодного дисбаланса.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В комплекс обследования было включено определение тиреоидных гормонов, ультразвуковое исследование ЩЖ и консультации врача-эндокринолога. Проведено обследование крови на гормоны ЩЖ у 139 беременных и 17 женщин вне беременности.

Для постановки диагноза анемических состояний были использованы диагностические программы:

- 1) минимальная (скрининговая): анамнез, клинический анализ крови;
- 2) максимальная (эритроцитометрия, определение Fe, общая железосвязывающая способность ферритина, процент насыщения трансферрина в сыворотке крови);
- 3) углубленная (трансформация эритроцитов, определение показателей свободно-радикального окисления, микроэлементного, гормонального состава крови).

Используя основные критерии диагностики, все беременные женщины были разделены на 5 подгрупп в зависимости от данных красной крови и показателей обмена железа (ферродинамики):

- 1) группа сравнения (контрольная) – все показатели соответствовали норме;
- 2) латентное анемическое состояние (преданемия с нормальными показателями ферродинамики) – ЛАС;
- 3) сидероахрестическая анемия (железонасыщенная) – САА;
- 4) скрытый, латентный дефицит железа (преданемия) – ЛДЖ;
- 5) железодефицитная анемия – ЖДА.

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

При обследовании взятых на учет женщин выявлено, что только 8,9% из них можно считать практически здоровыми. Преобладающее большинство страдали соматической патологией. Наиболее часто встречались проблемы с желудочно-кишечным трактом (44,2%). На втором месте по частоте встречаемости находилась заболеваемость сердечно-сосудистой системы (42,5%). Сосудистыми нарушениями в виде дистоний страдали 68,9% пациенток, наиболее часто диагностировалась гипотония (47,3%), значительно реже гипертония (9,3%) и смешанный тип встречался в 12,6% случаев. Женщины, страдающие заболеваниями мочевыделительной системы, составили 28,4%. Почти четверть беременных (24,9%) имели отягощенный аллергологический анамнез. Патология щитовидной железы наблюдалась у 29,6% женщин. Только 12,4% обследованных знали о факте наличия анемии до беременности. У 10,5% женщины в анамнезе отмечались различные кровотечения (носовые, гинекологические, желудочно-кишечные).

Из акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, у 85,8% девушек период становления менструального цикла закончился в течение года, его продолжительность составляла до 21 дня – 1,9% подростков, до 32 дней – 92,5%, более 32 дней – 4,2% и нестабильный цикл – у 1,6% человек. В 82,1% случаев женщины отмечали умеренные менархе, в 14,9% – обильные, в 3% – скудные. Продолжительность до 7 дней преобладала у большинства – 97,4%, длительные менархе (более 7 дней) наблюдались лишь у 2,6%. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (эрозия шейки матки, воспалительные и другие заболевания) отмечен у 70,5% человек, у остальных 29,5% патологии не выявлялось. Факт нарушения менструального цикла констатировали 30,5% беременных. Бесплодием страдали 8,6% наблюдавшихся женщин.

Настоящая беременность у 44,2% женщин была первой, у 39,9% – вторая и третья, у 16,1% – четвертая и более. Первородящие беременные составили основную часть исследуемых – 88,1%, повторнородящие – 11,9%.

Среди обследованных женщин патология ЩЖ в целом выявлена у 29,6% беременных. Среди патологии ЩЖ преобладал зоб (в 68,3% случаев), преимущественно

но 1–2 степени, у 6,7% человек определялась гипотрофия ЩЖ. Диффузные изменения были характерны для 75,6% случаев, узловые – для 15,6%, кистозные – для 4,4% беременных и в 2,2% случаев изменения носили смешанный характер. У 1 из обследованных женщин была резекция кисты ЩЖ. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) встретился у 11,3% беременных.

Для диагностики патологии ЩЖ в период беременности наиболее информативными считаются определение в сыворотке крови уровня ТТГ и С<sub>4</sub>, хотя более полный спектр гормонального статуса дополняет данные по оценке функции ЩЖ.

При оценке содержания гормонов ЩЖ в группах сравнения вне и во время беременности установлено, что в период гестации наблюдалось достоверное повышение Т<sub>3</sub> до  $1,99 \pm 0,071$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ), Т<sub>4</sub> – до  $126,77 \pm 3,614$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ), снижение содержания СТ<sub>4</sub> до  $12,1 \pm 0,362$  пмоль/л ( $p < 0,001$ ).

Оценка гормонального статуса крови у беременных женщин с анемическими состояниями показала, что ТТГ, регулирующий функцию ЩЖ, достоверно увеличен относительно показателей группы сравнения ( $1,3 \pm 0,144$  мкЕд/мл) при САА ( $2,47 \pm 0,719$  мкЕд/мл,  $p < 0,05$ ), ЛДЖ ( $1,85 \pm 0,239$  мкЕд/мл,  $p < 0,05$ ), ЖДА ( $2,75 \pm 0,778$  мкЕд/мл,  $p < 0,01$ ). Содержание свободного Т<sub>4</sub> находилось в пределах нормы и не имело отличий в зависимости от форм анемических состояний. Наиболее активный гормон общий Т<sub>3</sub> повышался, начиная с преданемических состояний, с максимальным подъемом при анемиях: САА –  $2,53 \pm 0,167$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ); ЖДА –  $2,7 \pm 0,187$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ); группа сравнения –  $1,99 \pm 0,071$  нмоль/л.

Подобная тенденция отмечена и в содержании общего Т<sub>4</sub>: при САА –  $154,92 \pm 7,002$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ); при ЖДА –  $162,76 \pm 8,389$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ); группа сравнения –  $126,77 \pm 3,614$  нмоль/л.

Определение уровня ТТГ является наиболее чувствительным тестом для оценки функции ЩЖ и качества компенсации первичного гипотериоза. В общей популяции распространенность различных концентраций ТТГ в крови представлена 70–80% людей в пределах между 0,3–2,0 мЕД/л. В более «чистых» группах с исключением зоба, носителей антител к ЩЖ, у 95% полученной выборки уровень ТТГ не превышал 2,5–3,0 мЕД/л.

В условиях Крымского региона при анемических состояниях у беременных при САА в 11,4% случаев отмечен функциональный гипотериоз, при ЛДЖ – у 10%, при ЖДА – у 12,8% женщин.

Гестационный транзиторный гипертиреоз также достаточно часто определялся на ранних сроках гестации и практически не зависел от формы анемий.

Нами изучены особенности патогенеза анемии беременных у женщин с йодным дисбалансом на основе корреляционный анализ между основными лабораторными показателями.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии связей преимущественно средней степени силы между исследуемыми показателями у беременных женщины группы сравнения. У них интенсивность свободно-радикальных процессов коррелировала с количеством дискотитов при действии *in vitro* свинца ( $r = -0,37$ ), переходных форм эритроцитов при действии цинка ( $r = +0,31$ ), никеля – ( $r = +0,3$ ), свинца ( $r = +0,33$ ), с индексом трансформации с данными металлами: цинком – ( $r = +0,35$ ), никелем – ( $r = +0,38$ ), свинцом ( $r = +0,43$ ). Обратная достоверная связь

отмечена с содержанием в сыворотке лития ( $r=-0,31$ ), йода в цельной крови ( $r=-0,31$ ), прямая связь с содержанием сывороточного марганца ( $r=+0,28$ ). Скорость образования и накопления перекисных радикалов достоверно взаимосвязана подобными коэффициентами корреляции, что и предыдущий показатель, как по силе связей, так и по направленности.

Возможное влияние содержания гидроперекисей липидов, подтвержденное корреляционным анализом, на состояние клеточных мембран эритроцитов по индексу трансформации представлено достоверными прямыми связями при дополнительном воздействии металлов: цинка – ( $r=+0,3$ ), никелем – ( $r=+0,3$ ), свинцом ( $r=+0,3$ ), а также содержанием лития в сыворотке ( $r=-0,33$ ) и форменных элементах крови ( $r=+0,3$ ). Величина, характеризующая антиоксидантную активность, находилась во взаимоотношениях с индексами трансформации определяемых металлов в достоверной прямой связи средней интенсивности.

В группе беременных женщин с ЛАС теснота связей более выражена. Отмечены обратные сильные корреляционные связи между интенсивностью свободно-радикальных процессов и количеством стоматоцитов при воздействии цинка ( $r=-0,8$ ), процентом общих сфероцитов ( $r=-0,79$ ), содержанием лития в форменных элементах ( $r=-0,7$ ), прямой связью с соотношением лития в форменных элементах и сыворотке ( $r=+0,96$ ). Такие же связи выявлены между скоростью образования и накопления перекисных радикалов и количеством стоматоцитов при воздействии цинка ( $r=-0,82$ ), общих сфероцитов ( $r=-0,89$ ), прямой связью с соотношением лития в форменных элементах и сыворотке ( $r=+0,98$ ). Показатель *hl* коррелировал с йодом ( $r=-0,63$ ) и соотношением лития в форменных элементах и сыворотке ( $r=+0,98$ ). Активность антиоксидантной защиты (АОЗ) имела направленность и силу связей, соответственно тем изменениям, которые характеризовали весь свободно-радикальный статус в группе с ЛАС.

Если в группе сравнения у беременных количество корреляционных связей было достаточно большим, у женщин с ЛАС коэффициентов корреляции стало меньше, но сила связей значительно больше, то при САА – их количество резко сократилось. Отмечены сильные прямые взаимоотношения между *S sp* ( $r=+0,92$ ), *S ind 1* ( $r=+0,9$ ), *hl* ( $r=+0,9$ ), *S ind 2* ( $r=+0,88$ ) и количеством эритроцитов при воздействии никеля. Получены корреляционные связи между потенциальной способностью к перекисному окислению и количеством переходных форм эритроцитов при воздействии свинца ( $r=-0,83$ ), деструктивных форм клеток ( $r=-0,81$ ), соотношением лития в форменных элементах и сыворотке ( $r=+0,98$ ), содержанием окисленного глутатиона ( $r=+0,83$ ), соотношением окисленного глутатиона к восстановленному ( $r=+0,76$ ).

Проведенный корреляционный анализ в группе женщин с ЛДЖ также характеризуется меньшим количеством связей, чем в группе сравнения. Появились связи средней степени тесноты *S sp* и *S ind 2* с количеством эритроцитов ( $r=+0,38$ ), *S ind 2* и *Hb* ( $r=+0,39$ ). Скорость образования и накопления радикалов перекисного характера коррелировала с количеством дискоцитов, переходными формами и индексом трансформации при воздействии *in vitro* *Zn* ( $r=-0,39$ ,  $r=+0,41$ ,  $r=+0,38$  соответственно). Связь между активностью гидроперекисей липидов и ВЛ- протеидами подтверждается коэффициентом корреляции ( $r=-$

0,39). Определены взаимоотношения между перекисной резистентностью и количеством сфероцитов при воздействии Zn ( $r=-0,36$ ), деструктивными формами эритроцитов при влиянии Ni ( $r=+0,38$ ), содержанием ВЛ- протендов ( $r=-0,44$ ), соотношением лития в ферментных элементах и сыворотке ( $r=-0,82$ ), концентрацией восстановленного глутатиона ( $r=-0,4$ ). По данным корреляции активность антиоксидантной антирадикальной защиты находится в прямой сильной зависимости от содержания селена в сыворотке крови ( $r=+0,99$ ), соотношения свинца в сыворотке и ферментных элементах ( $r=+0,98$ ), марганца в сыворотке крови ( $r=+0,47$ ), а также соотношения в сыворотке и ферментных элементах марганца ( $r=+0,46$ ) и кобальта ( $r=+0,55$ ).

В группе беременных женщин с ЖДА выявлена прямая сильная корреляция между интенсивностью генерации радикальных процессов и количеством деструктивных эритроцитов ( $r=+0,88$ ). Скорость образования и накопления перекисных радикалов находится в прямой тесной корреляционной связи с коэффициентом чувствительности мембран к Ni ( $r=+0,96$ ) и обратной связи с уровнем холестерина крови ( $r=-0,89$ ). Определена обратная сильная связь между показателем концентрации гидроперекисей липидов (амплитуда  $h$  1) и числом дискоцитов, подверженных воздействию Zn ( $r=-0,97$ ), концентрацией кобальта в сыворотке крови ( $r=-0,99$ ), прямая связь с количеством деструктивных эритроцитов *in vitro* со Pb ( $r=+0,97$ ), с Ni ( $r=+0,96$ ), индексом трансформации с Zn ( $r=+0,98$ ). Оценены рассчитанные коэффициенты корреляции между показателями сниженной перекисной резистентности и данными характеристики качества мембран эритроцитов, которые представлены прямой сильной связью с количеством эритроцитов ( $r=+0,9$ ), стоматоцитов ( $r=+0,9$ ), деструктивных ( $r=+0,95$ ) и дегенеративных форм ( $r=+0,96$ ) клеток красной крови. Выраженные нарушения при ЖДА обусловлены резким ослаблением антиоксидантной антирадикальной защиты, что представлено отсутствием достоверных корреляционных связей между показателями перекисного окисления и данными функционального состояния эритрона.

Нарушение глутатионового звена АОЗ обусловлено, с нашей точки зрения, прежде всего, с недостатком эссенциального микроэлемента селена. В ранее представленных материалах было показано его снижение в сыворотке крови у 51–59% беременных при САА и ЖДА, в ферментных элементах более 90% женщин. В связи с тем, что при беременности происходит усиление окислительно-восстановительных реакций, в том числе с активацией образования радикалов, недостаточность элемента, по всей вероятности, способствовала снижению антиоксидантной защиты и еще более выраженной инициации процессов перекисидации. Состояние глутатионового звена редокс-системы характеризуется функциональной недостаточностью и выражается в виде снижения общего  $28,38 \pm 0,89$  мг% ( $p < 0,05$ ), тенденции к снижению восстановленного  $22,68 \pm 0,87$  мг% ( $p > 0,05$ ) и окисленного  $5,44 \pm 0,38$  мг% ( $p > 0,05$ ) глутатиона.

Проведен анализ результатов оценки глутатионовой части АОЗ у беременных женщин при анемических состояниях. Достоверно снижены общий и восстановленный глутатион при явных формах анемических состояний: САА гл.общ. =  $23,01 \pm 1,48$  ( $p < 0,01$ ), гл.вос. =  $18,26 \pm 1,41$  ( $p < 0,05$ ) и ЖДА гл.общ. =  $21,23 \pm 1,238$  ( $p < 0,001$ ), гл.вос. =  $17,41 \pm 1,17$  ( $p < 0,01$ ). Отмечалась тенденция к снижению при

преданемиях показателей общего, восстановленного и окисленного глутатиона независимо от выраженности патологического процесса.

Статистическая обработка данных с использованием корреляционного анализа представлена следующими результатами. В группе сравнения беременных женщин величина коэффициентов корреляции находилась преимущественно в пределах 0,19–0,29, что соответствовало достоверной, но слабой степени связей.

Достоверно снижены общий и восстановленный глутатион при явных формах анемических состояний: САА гл.общ. = 23,01±1,48 ( $p < 0,01$ ), гл.вос. = 18,26±1,41 ( $p < 0,05$ ) и ЖДА гл.общ. = 21,23±1,238 ( $p < 0,001$ ), гл.вос. = 17,41±1,17 ( $p < 0,01$ ). Отмечалась тенденция к снижению при преданемиях показателей общего, восстановленного и окисленного глутатиона независимо от выраженности патологического процесса.

Показатели общего и восстановленного глутатиона коррелировали с концентрацией сывороточного железа, средним объемом эритроцитов, средним содержанием Hb в эритроците, коэффициентом чувствительности мембран к цинку, никелю, свинцу, содержанием марганца в форменных элементах.

Данные корреляционного анализа в группе беременных с ЛАС наиболее отчетливо показывают взаимоотношения глутатионового статуса с другими показателями. Выявлены корреляционные связи общего глутатиона с количеством дегенеративных (необратимых) форм эритроцитов ( $r = +0,89$ ) и сфероцитов ( $r = +0,88$ ) при воздействии марганца *in vitro*, соотношения марганца в сыворотке и форменных элементах крови ( $r = +0,59$ ). Восстановленный глутатион коррелирует с числом эритроцитов ( $r = -0,39$ ), средним содержанием Hb в эритроците ( $r = +0,43$ ), коэффициентом чувствительности мембран к Mn ( $r = +0,9$ ), количеством дегенеративных эритроцитов ( $r = +0,91$ ) и сфероцитов ( $r = +0,93$ ) под действием марганца. Определена связь между окисленным глутатионом и средним объемом эритроцитов ( $r = -0,42$ ), средней концентрацией Hb ( $r = +0,45$ ), числом дискоцитов ( $r = +0,94$ ) и индексом трансформации ( $r = -0,93$ ) при действии марганца, переходных форм эритроцитов ( $r = -0,45$ ), марганцем в сыворотке крови ( $r = +0,57$ ), его соотношения в форменных элементах ( $r = +0,6$ ). Для оценки глутатионового статуса не менее важно соотношение восстановленного глутатиона к окисленному. Отмечена корреляционная связь данного соотношения с коэффициентом чувствительности мембран эритроцитов к марганцу ( $r = +0,92$ ) и количеством деструктивных форм при воздействии марганца *in vitro* ( $r = -0,97$ ).

При САА общий глутатион коррелирует с коэффициентом чувствительности мембран эритроцитов к марганцу ( $r = +0,63$ ) и количеством дегенеративных форм при воздействии марганца *in vitro* ( $r = -0,64$ ), с ОЖСС ( $r = +0,36$ ), содержанием протеидов ( $r = +0,4$ ), уровнем меди ( $r = +0,46$ ) и свинца ( $r = +0,68$ ) в форменных элементах крови. Отмечена прямая средней силы связь показателя восстановленного глутатиона с числом сфероидов ( $r = +0,52$ ), деструктивных форм эритроцитов ( $r = +0,55$ ) при воздействии никеля и свинца ( $r = +0,59$ ), концентрацией меди ( $r = +0,46$ ) и свинца ( $r = +0,69$ ) в форменных элементах крови, сильная обратная связь с соотношением лития в форменных элементах и сыворотке крови ( $r = -0,89$ ). Определены коэффициенты корреляции данных окисленного глутатиона и показателей трансформации эритроцитов: количества стоматоцитов ( $r = +0,49$ ), эхиноци-



тов при воздействии никеля ( $r=+0,52$ ), деструктивных форм эритроцитов при воздействии никеля ( $r=-0,56$ ) и свинца ( $r=-0,68$ ).

У беременных женщин группы ЛДЖ достоверные корреляционные взаимосвязи выявлены между общим глутатионом и диаметром эритроцитов ( $r=+0,75$ ), ОЖСС ( $r=+0,33$ ), селеном в сыворотке крови ( $r=-0,75$ ), соотношением содержания свинца в сыворотке и форменных элементах крови ( $r=-0,75$ ). Восстановленный глутатион коррелировал с количеством дискоцитов ( $r=+0,54$ ), переходных форм эритроцитов ( $r=+0,51$ ) и индекса трансформации ( $r=+0,56$ ) при воздействии марганца ( $r=+0,3$ ).

При явном дефиците железа (ЖДА) достоверных корреляционных связей между исследуемыми показателями и свободно-радикальное окисление (СРО) значительно меньше. Отмечена обратная средней силы связь общего глутатиона и содержания марганца в сыворотке крови ( $r=-0,49$ ), его соотношения в сыворотке и форменных элементах ( $r=-0,75$ ); прямая связь восстановленного глутатиона и концентрации протеидов ( $r=+0,4$ ), связь между окисленным глутатионом и количеством дискоцитов ( $r=-0,89$ ), переходных форм эритроцитов ( $r=+0,9$ ), коэффициентом чувствительности мембран эритроцитов ( $r=-0,81$ ), индексом трансформации ( $r=+0,88$ ) при воздействии марганца *in vitro*, содержанием меди в сыворотке ( $r=-0,43$ ), йодидов в цельной крови ( $r=+0,42$ ).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, выявленное усиление свободно-радикальных процессов беременных женщин на фоне имеющегося микроэлементного дисбаланса и дислипидемии приводит к снижению перекисной резистентности клеток и активности антиоксидантной антирадикальной защиты, в том числе глутатионовой редокс-системы. Проведенный корреляционный анализ показал достоверную связь процессов свободно-радикального окисления и состояния клеточных мембран эритроцитов, подчеркивая важную роль нарушения биогенеза активных кислородных метаболитов в формировании анемических состояний у беременных женщин, проживающих в условиях йодного дисбаланса.

Установленные особенности патогенеза анемии беременных у женщин, проживающих в условиях йодного дисбаланса необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

## Особливості гематологічного і гормонального статусу при анемії вагітних в умовах йодного дисбалансу Н.М. Романенко

Результати проведених досліджень показали достовірний зв'язок процесів вільно-радикального окислення і стану клітинних мембран еритроцитів, підкреслюючи важливу роль порушення біогенезу активних кисневих метаболітів у формуванні анемічних станів у вагітних жінок, що проживають в умовах йодного дисбалансу. Встановлені особливості патогенезу анемії вагітних необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** анемія вагітних, патогенез, йодний дисбаланс.

## **Features of hematological and hormonal status at anemias of pregnant women in the conditions of iodic dysbalance**

***N.M. Romanenko***

Results the spent researches have shown authentic communication of processes of is free-radical oxidation and a condition of cellular membranes erythrocytes, underlining the important role of infringement biogenesis active oxygen metabolites in formation anemias conditions at the pregnant women living in conditions iodic dysbalance. The established features patogenesis are necessary for considering anemias of pregnant women by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *an anaemia of pregnant women, patogenesis, iodic dysbalance.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Анемии у беременных: дифференциальная диагностика и лечебная тактика: пособие для врачей / Под ред. Е.Ф. Морщаковой. – Рязань, 2003. – 38 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян; под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 464 с.
3. Баев О.Р. Диагностика и лечение железодефицитной анемии беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 14–19.
4. Бокарев И.Н. Анемический синдром / И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов, Т.Б. Кондратьев. – М.: Практическая медицина. – 2006. – 128 с.

# Вплив методики ушивання розрізу на матці при першому і повторному кесаревому розтині на інволюцію матки

*І.М. Шлапак*

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгіївського

Результати проведених досліджень показали, що при виборі методики ушивання розрізу на матці під час кесаревого розтину необхідно використовувати диференційований підхід, який полягає в наступному: при плановому кесаревому розтині на тлі нерозгорненого нижнього сегменту перевагу слід віддавати однорядному шву Роверденовському; при повторному кесаревому розтині і високій мірі інфекційного ризику – дворядному шву Роверденовському.

*Ключові слова:* кесарів розтин, ушивання розрізу, порівняльні аспекти.

Проблема оперативного розродження є однією з основних дискусійних і дослідницьких тим інтенсивно обговорюваних у вітчизняній і зарубіжній літературі [1–7]. Після даних цих же авторів за останніх 10–15 років у зв'язку з високою популярністю кесарева розтину продовжує збільшуватися число жінок з оперованою маткою, оскільки кожна друга з них планує в подальшому народжувати. Із зростанням питомої ваги оперативного розродження відсутня тенденція до зниження частоти інфекційних ускладнень, а ризик розвитку ендометриту збільшується в 5–10 разів [1, 6, 7].

Продовжується пошук уніфікованого абдомінального оперативного розродження, що методологічно є сумнівним, оскільки унікальність цієї операції полягає не лише в тому, що відбувається швидка динамічна зміна об'ємів прооперованого органу в післяопераційному періоді, що корінним чином міняє умови загоєння раневої поверхні, але і те, що оперативне втручання відбувається в абсолютно різних початкових умовах, обумовлених як акушерською патологією, так і акушерською ситуацією (нерозгорнений нижній сегмент, порушення скоротливої діяльності матки), впливаючих на характер репаративних процесів і прогноз функціональної спроможності області її розрізу при подальших вагітностях і пологах.

Отже, виникла наполеглива потреба патофізіологічного обґрунтування доцільності і пошуку найбільш оптимальних технологій і методик ушивання розрізу на матці в час кесарева розтину при акушерських ситуаціях, що найчастіше зустрічаються: плановий кесарів розтин на тлі нерозгорненого нижнього сегменту; повторний кесарів розтин і наявність високого інфекційного ризику.

Все викладене вище є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного наукового напрямку.

**Метою** справжнього наукового дослідження є зниження частоти післяопераційних ускладнень при першому і повторному абдомінальному розродженні на основі розробки і впровадження диференційованого підходу до методики ушивання розрізу на матці.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої мети було обстежено 190 жінок, 30 з яких були розроджені через природні пологові шляхи (контрольна група) і 160 – шляхом операції кесарева розтину. При цьому були виділені наступні групи і підгрупи:

1 група – 60 жінок з нерозгорненим нижнім сегментом, яких було розроджено в плановому порядку і розподілено на наступні підгрупи:

1.1. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці дворядними окремими вузлуватими швами;

1.2. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці дворядним Роверденовським швом;

1.3. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці однорядним Роверденовським швом.

2 група – 60 жінок з рубцем на матці, яких було розподілено на наступні підгрупи:

2.1. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці дворядними окремими вузлуватими швами;

2.2. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці дворядним Роверденовським швом;

2.3. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці однорядним Роверденовським швом .

3 група – 40 жінок з високим ступенем інфекційного ризику, яких було розподілено на дві підгрупи:

3.1. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці дворядними окремими вузлуватими швами;

3.2. – 20 жінок з ушиванням розрізу на матці дворядним Роверденовським швом.

Основним варіантом шовного матеріалу були кетгут або вікріл, проте ми не виділяли підгрупи залежно від шовного матеріалу, оскільки це є окремим самостійним науковим завданням.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, біохімічні, імунологічні і статистичні методи.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основними свідченнями до планового кесарева розтину при нерозгорненому нижньому сегменті є допоміжні репродуктивні технології (50,0%); тазове передлежання крупного плода (35,0%) і міопія високого ступеня (15,0%). При проведенні планового кесарева розтину на тлі нерозгорненого нижнього сегменту використання однорядного шва Роверденовського дозволяє знизити тривалість операції (на  $7,2 \pm 0,5$  хв); операційну крововтрату (на  $67,3 \pm 5,2$  мл); частоту післяопераційних ускладнень (у 2 рази); перебування пацієнток в стаціонарі (на  $2,1 \pm 0,2$  дня).

Основними показаннями для повторного кесарева розтину найчастіше є дистрес плода на тлі плацентарної недостатності (50,0%); загроза неспроможності рубця на матці (25,0%) і тазове передлежання крупного плода (25,0%). При високому ступеню інфекційного ризику (у анамнезі запальні процеси репродуктивною

(70,0%) і сечовидільної систем (40,0%)) найчастіше кесарів розтин проводиться з приводу аномалій пологової діяльності на тлі тривалого безводного періоду (37,5%); дистресу плода на фоні інтраамніального інфікування (32,5%) і клінічно вузького тазу (25,0%).

При повторному кесаревому розтині і високому ступеню інфекційного ризику використання дворядного шва Роверденовського дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень (у 3,5 і 2,8 разу); тривалість операції (на  $9,2 \pm 0,5$  і  $8,7 \pm 0,6$  хв); операційну крововтрату (на  $87,5 \pm 6,4$  і  $92,4 \pm 7,3$  мл) і післяопераційне перебування в стаціонарі (на  $2,2 \pm 0,2$  і  $2,1 \pm 0,2$  дня).

Використання диференційованого підходу до ушивання розрізу на матці при основних свідченнях до кесарева розтину дозволяє поліпшити інволюцію матки, а також розміри і площу рубця на матці: на 3 доби – вертикальний розмір матки і довжина шва; на 7 – довжина матки, її поперечний розмір, вертикальний розмір шва і його площа.

Зживання одно- і дворядного Роверденовського шва при основних показаннях до абдомінального розродження дозволяє поліпшити репаративні процеси в матці: на 3 добу в метеоаспіраті збільшується вміст загального білка і лізоциму на тлі зниження імунoglobуліну М; на 7 день – додатково відбуватися підвищення числа лімфоцитів і фібробластів при одночасному зниженні кількості нейтрофілів і рівня імунoglobуліну G.

З метою контролю за клінічною течією післяопераційного періоду при абдомінальному розродженні необхідно з 3 діб необхідно оцінювати наступні ехографічні і лабораторні параметри: вертикальний розмір матки; довжина шва; вміст в метеоаспіраті загального білка, лізоциму і імунoglobуліну М; на 7 день – додатково оцінювати довжину матки і її поперечний розмір; вертикальний розмір шва і площа шва; вивчати цитологію метеоаспірату (число нейтрофілів, лімфоцитів і фібробластів) і вміст імунoglobуліну G.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, при виборі методики ушивання розрізу на матці під час кесарева розтину необхідно використовувати диференційований підхід, який полягає в наступному: при плановому кесаревому розтині на тлі нерозгорненого нижнього сегменту перевагу слід віддавати однорядному Роверденовському шву; при повторному кесаревому розтині і високому ступеню інфекційного ризику – дворядному Роверденовському шву.

### **Влияние методики ушивания разреза на матке при первом и повторном кесаревом сечении на инволюцию матки**

***И.М. Шлапак***

Результаты проведенных исследований показали, что при выборе методики ушивания разреза на матке во время кесарева сечения необходимо использовать дифференцированный подход, который заключается в следующем: при плановом кесаревом сечении на фоне неразвернутого нижнего сегмента предпочтение следует отдавать однорядному

Роверденовскому шву; при повторном кесаревом сечении и высокой степени инфекционного риска – двухрядному Роверденовскому шву.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, ушивание разреза, сравнительные аспекты.

### **Technique influence mending a section on a uterus at the first and repeated cesarean section on involution of uterus**

**I.M. Shlapak**

Results of the lead researches have shown, that at a choice of a technique mending section on a uterus during time cesarean sections it is necessary to use the differentiated approach which consists in the following: at scheduled cesarean section on a background of not developed bottom segment the preference should be given single-row Rowerdens seam; at repeated cesarean section and a high degree of infectious risk – two-row Rowerdens seam.

**Key words:** cesarean section, mending section, comparative aspects.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство та гінекологія. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
2. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Современные аспекты операций кесарева сечения (обзорная информация). – М., 2008. – 64 с.
3. Azziz R., Gunning J., Naeye R. Acute myometritis and chorioamnionitis during cesarean section of asymptomatic women // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – V. 159, № 5. – P. 1137–1139.
4. Gibbs R.S. Infection after caesarean section // Clin. Obstet. Gynecol. – 2006. – V. 28, № 4. – P. 697–710.
5. Pedro A., Poma M.D. Effect of Departmental Policies on Cesarean Delivery Rates: A Community Hospital Experience // Obstet. Gynecol. – 2009. – V. 91, № 6. – P. 1013–1018.
6. Черная В.В., Такунов Ф.С. Проблема кесарева сечения в материалах съездов и пленумов научных обществ акушеров-гинекологов // Современное акушерство и кесарево сечение: Сб. тр. Респ. МОНИАГ. – М., 2009. – С. 10–17.
7. Венцовский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения // Зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Сімферополь. – 1998. – С. 40–43.

# Патологічний прелімінарний період як чинник ризику перинатальної патології

*С.Я. Ткачик*

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

Як показали результати проведених досліджень, жінки з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології внаслідок високого рівня аномалій пологової діяльності і гострого дистресу плода при розродженні. Використання препаратів гініпрал та інстенон у поєднанні з корекцією психологічного статусу дозволяє істотно зменшити рівень перинатальної смертності і захворюваності, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

*Ключові слова:* патологічний прелімінарний період, перинатальна патологія.

Патологічний прелімінарний період (ППП) у сучасному акушерстві виділений як одна з клінічних форм аномалій скоротливої діяльності матки [2]. За даними різних авторів частота цієї патології вагається від 10% до 70%, що, мабуть, пов'язано з неоднозначним розумінням цього питання і різноманіттям клінічних проявів [1–4]. Пологи, що розвинулися на фоні ППП, значно частіше ускладнюються аномаліями скоротливої діяльності матки, пологовим травматизмом матері і плода, кровотеч в послідовий і ранній післяпологовий період, а частота оперативного розродження складає від 10% до 41% [3].

В даний час існує декілька підходів до проблеми ППП. Так, на думку ряду авторів [1–4], при даному ускладненні характерна морфофункціональна неспроможність міометрія і шийки матки. При клінічно вираженому підготовчому періоді до пологів встановлений дискоординований характер скорочень, який виявляється підвищенням тонуусу всіх відділів матки, особливо нижнього сегменту з переважаанням нерегулярних скорочень малої амплітуди на фоні недостатньо «зрілої» шийки матки. У пологах патологічний характер скоротливої діяльності матки зберігається, що і є причиною несприятливих перинатальних результатів [2].

Згідно з останніми дослідженнями [1–4] при ППП спостерігаються зміни у вмісті гормонів і біологічно активних речовин, відповідальних за реалізацію пологового акту. Ці зміни з одного боку порушують формування пологової домінанти в головному мозку вагітних, а з іншого – ведуть до морфофункціональної неспроможності міометрія і шийки матки. Це вказує, що в основі розвинутої ППП лежать порушення гуморальної регуляції, що визначає роль в якій відіграє стан фетоплацентарного комплексу.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми ППП практичні рекомендації щодо зниження перинатальної патології у жінок цієї групи, практично, відсутні, хоча їх необхідність на сучасному етапі не викликає сумнівів. Все це в сукупності і визначає актуальність вибраного наукового напрямку.

**Метою** справжнього наукового дослідження з'явилося зниження частоти перинатальної патології у жінок з патологічним прелімінарним періодом на основі вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу і психосоматичного статусу, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Відповідно до поставленої мети були обстежені 120 пацієнток, серед яких 90 первородящих з патологічним прелімінарним періодом, яких розподілили на наступні групи:

I група – 30 жінок з патологічним прелімінарним періодом без плацентарної дисфункції;

II група – 30 жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

III група – 30 жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції, що отримували пропоновану нами методику.

Контрольну групу склали 30 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали використання традиційних препаратів: спазмолітики, естроген, комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, поліпшуючі мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламин) [4].

Відмітними особливостями пропонованої нами методики є вживання препаратів інстенон і гініпрал по розроблених нами методиках.

Початок корекції, що проводиться, збігався з моментом встановлення діагнозу патологічного прелімінарного періоду.

Методика використання інстенону: 1 ампулу (2 мл) інстенону розчиняли в 200 мл стерильного 0,9% розчину хлориду натрію і вводили внутрішньовенно краплинно 1 раз на добу. Швидкість внутрішньовенного введення інстенону встановлювали для кожної вагітної індивідуально з врахуванням маткової активності, починаючи з 10 крапель в хвилину, кожні подальші 20 хв швидкість введення збільшували на 10 крапель до максимальної, рівної 40 краплям за 1 хв (тривалість інфузії 2–2,5 год). Інфузії проводили 2–3 дні. Для підтримки достатньої концентрації інстенону в організмі, виходячи з даних літератури про метаболізм препарату в організмі людини, увечері в день внутрішньовенного введення інстенону призначали вживання 1 драже препарату. З 3–4 терапії переходили на пероральний прийом інстенону по 1 драже 3 рази в день в час або після їжі (не розжовувати, з невеликою кількістю води). Загальна тривалість курсу лікування патологічного прелімінарного періоду не перевищувала 7 днів.

Гініпрал використовували також з моменту встановлення діагнозу патологічного прелімінарного періоду за схемою тривалого токолізу: 25 мг препарату розчиняли в 500 мл ізотонічного розчину і вводили внутрішньовенно із швидкістю



0,075 мкг/хвил. (30 крапель за 1 хв) впродовж декількох годинників. Потім переходили на таблетовані форми ( до 8 пігулок по 5 мг на добу). Тривалість прийому гіпніпару підбиралася індивідуально, але не більше 5–7 діб.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, психологічні, лабораторні і статистичні методи дослідження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції характеризується високою частотою анемії вагітних (70,0%); бактеріального вагінозу (30,0%); прееклампсії (23,3%) і загрози передчасних пологів (20,0%). У структурі плацентарної дисфункції переважають компенсована (46,7%) і субкомпенсована форма (40,0%) в порівнянні з декомпенсованою (13,3%).

При розродженні жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції відмічений високий рівень передчасного розриву плодових оболонок (63,3%); різні порушення скоротливої активності матки мали місце в 93,3% (первинна слабкість – в 33,3%; дискоординована пологова діяльність – в 23,3%; стрімкі пологи – в 20,0% і вторинна слабкість – в 16,7% випадків) на тлі середньої тривалості безводного періоду –  $11,3 \pm 1,1$  год.

Розродження жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції супроводжується високою частотою пологозбудження або пологостимуляції (96,7%); кесаревих розтинів (46,7%) і операції акушерських щипців (6,7%). У структурі показань до абдомінального розродження переважає гострий дистрес плода (64,3%) і неефективне лікування аномалій пологової діяльності (35,7%).

Перинатальні результати у жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції характеризуються високим рівнем асфіксії новонароджених різного ступеня тяжкості (66,7%) на тлі затримки внутрішньоутробного розвитку плода (63,3%). У неонатальний період спостерігається значна частота постгіпоксичної енцефалопатії (56,7%); геморагічного синдрому (16,7%) і гіпербілірубінемії (10,0%), а сумарні перинатальні втрати складають 100,0%.

Для жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції характерні зміни психосоматичного статусу за рахунок таких показників як тривога за майбутні пологи ( $88,1 \pm 1,5\%$ ); дратівливість ( $61,4 \pm 5,2\%$ ); підвищена стомлюваність ( $56,1 \pm 2,4\%$ ) і порушення сну ( $49,3 \pm 3,7\%$ ). Крім того, відбувається одночасне підвищення показників шкали СМОЛ: статичного: 4 ( $51,2(2,4\%)$ ); 6 ( $51,5(2,1\%)$ ), 9 ( $56,1(1,8\%)$ ) і астенічного: 2 ( $50,2(1,1\%)$ ) типів реагування. Це свідчить про появу внутрішнього конфлікту між ригідністю, активністю життєвої позиції, з одного боку, і емоційною нестійкістю, чутливістю і вразливістю з іншою, а мотивація досягнення успіху стикається із страхом невдачі, викликаючи стан психоемоційної напруги і створюється сприятливий ґрунт для соматизації ситуації.

Використання пропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції дозволяє знизити частоту передчасного розриву плодових оболонок – в 1,6 разу; аномалій пологової діяльності – в 1,8 разу; пологостимуляцій і пологозбуджень – в 1,5 разу; кеса-

ревих розтинів – в 2,3 разу; асфіксії новонароджених – в 1,4 разу; постгіпоксичної енцефалопатії – в 2,1 разу і перинатальних втрат – відповідно в 3 рази.

### **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених досліджень жінки з патологічним прелімінарним періодом на тлі плацентарної дисфункції складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології внаслідок високого рівня аномалій пологової діяльності і гострого дистресу плода при розродженні. Використання препаратів гініпрал і інстенон у поєднанні з корекцією психологічного статусу дозволяє істотно зменшити рівень перинатальної смертності і захворюваності, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

### **Патологический прелиминарный период как фактор риска перинатальной патологии**

**С.Я. Ткачик**

Как показали результаты проведенных исследований, женщины с патологическим прелиминарным периодом на фоне плацентарной дисфункции составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии вследствие высокого уровня аномалий родовой деятельности и острого дистресса плода при родоразрешении. Использование препаратов гинипрал и инстенон в сочетании с коррекцией психологического статуса позволяет существенно уменьшить уровень перинатальной смертности и заболеваемости, что позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** *патологический прелиминарный период, перинатальная патология.*

### **The pathological preliminary period as factor of risk perinatal pathology**

**S.J. Tkachik**

As have shown results of the lead researches of the woman with the pathological preliminary period on a background fetoplacental to insufficiency make group of high risk on development perinatal a high level of anomalies of patrimonial activity and sharp dystress a born at delivery. Use of preparations ginipral and instenon in a combination to correction of the psychological status allows to reduce essentially a level perinatal death rates and deseases that allows to recommend the given technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** *the pathological preliminary period, perinatal pathology.*

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Богданова Т.П. Сравнительная оценка гормонального и не медикаментозного способов подготовки шейки матки к родам // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 4. – С. 12–14.
2. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах // Вестник Росийск. ассоц. акуш.-гин. – 2006. – № 4. – С. 76–79.
3. Венцківський Б.М., Жегулович В.Т., Гладкий Р.Б. комплексна діагностика і терапія дискоординованої пологової діяльності // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 69–73.
4. Репина М.А. Роды. Физиологические и патологические аспекты. – СПб., 2007. – 31 с.

# Ефективність лікувально-профілактичних заходів для вагітних з вродженими вадами серця

**В.Є. Дашкевич, Л.І. Тутченко, М.Є. Кирильчук**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м. Київ

Представлено аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та становлення лактаційної функції у вагітних з вродженими вадами серця. Застосування розробленої системи лікувально-профілактичних заходів та допологової підготовки призвело до зменшення материнської та перинатальної захворюваності серед вагітних з вадами серця, ускладненими серцевою недостатністю.

**Ключові слова:** вроджені вади серця у матері, допологова підготовка, ефективність.

Вроджені вади серця й вагітність не є простим поєднанням цих станів, бо вагітність при вадах серця завжди є обтяжуючим чинником, здатним значно погіршити стан хворої, призвести до зриву нестійкої компенсації кровообігу. Як свідчать наші дослідження [1, 2], у виникненні порушень стану плода у вагітних з вродженими вадами серця (ВВС) значну роль відіграє гіпоксія матері, ускладнення вагітності, а також стан системи адаптації в організмі матері і плода. Результати проведених досліджень вказують на те, що у хворих з ВВС має місце достовірне підвищення рівня особистісної й реактивної тривожності, зниження толерантності до фізичного навантаження, погіршення якості життя [3]. При цьому, визначальними категоріями, що знижують якість життя вагітних з ВВС, є «симптоми серцевої недостатності», «обмеження фізичної активності в щоденному житті» і «негативні психологічні наслідки хвороби». Виявлено зміни гормональної функції фетоплацентарного комплексу, матково-плацентарного і плодового кровообігу та біофізичного профілю плода, що свідчить про порушення функції системи мати-плацента-плід у вагітних з вадами серця, особливо суттєве при наявності серцевої недостатності (СН) [4, 5]. Нами отримано дані про зміни у співвідношенні стрес-асоційованих гормонів, які вказують на дизкореляцію стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої ланок нейрогуморальної регуляції та про пригнічення нейрогуморальних факторів захисту [1].

Виходячи з отриманих результатів досліджень, патогенетично обґрунтована та розроблена система лікувально-профілактичних заходів та допологової підготовки вагітних з ВВС, яка включає, крім загальноприйнятої медикаментозної терапії, направленої на зменшення серцевої недостатності, заходи, спрямовані на підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення якості життя та психологічного стану, нормалізацію функції фетоплацентарного комплексу.

су, лікування гіпоксії матері і плода. В основу розробленої системи підготовки до пологів вагітних з ВВС покладено фізичну та психологічну реабілітацію вагітних за допомогою тренувачих навантажень, групових та індивідуальних занять з психологом на основі раціональної та позитивної терапії у поєднанні з арома- та музикотерапією та психофізичним релаксом. Також застосовували санаторно-курортне лікування і сучасні перинатальні технології [6–8]. Як протигіпоксичну терапію використовували препарат «Бурштинова кислота» ТОВ „Еліт-Фарм” (склад: бурштинова кислота – 0,15 г, аскорбінова кислота – 0,01 г.; ТУ У 15.8-32547646-001-2003) [7]. Лікувально-профілактичні заходи застосовувалися протягом вагітності у 8–10, 28–30 та 37–39 тиж.

**Метою** нашої роботи стало вивчення впливу розробленої системи лікувально-профілактичних заходів та допологової підготовки вагітних з вродженими вадами серця на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Проведено аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у двох групах жінок, однорідних за характером вади серця та стадією серцевої недостатності: групу порівняння склали 80 жінок (група I), яким призначалось традиційне лікування, основну групу – 50 жінок (група II), які пройшли підготовку до пологів і народження дитини за розробленою системою.

Серед жінок I групи 19 (23,8%) мали місце дефект міжпередсердної перетинки, 16 (20,0%) – дефект міжшлуночкової перетинки, 20 (25,0%) – аортальні вади, 8 (10,0%) – стеноз легеневої артерії, 9 (11,3%) – відкрита артеріальна протока, 7 (8,8%) – корегована тетрада Фалло; у 68 (85,0%) жінок було діагностовано серцеву недостатність СН I, у 12 (15,0%) – СН II. Серед жінок II групи у 12 (24,0%) спостерігали дефект міжпередсердної перетинки, у 10 (20,0%) – дефект міжшлуночкової перетинки, у 13 (26,0%) – аортальні вади, у 6 (12,0%) – стеноз легеневої артерії, у 5 (10,0%) – відкриту артеріальну протоку, у 4 (8,0%) – кореговану тетраду Фалло; у 42 (84,0%) жінок було діагностовано СН I, у 8 (16,0%) – СН II. Слід зазначити, що серед 50 жінок основної групи двадцять матерів після пологів перебували у відділенні разом з дітьми.

50 практично здорових жінок під час вагітності та після пологів склали контрольну групу.

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

У результаті лікувально-профілактичних заходів суб'єктивний стан вагітних з ВВС істотно покращився. Проявилось це значним зменшенням частоти скарг у II групі: 69,7% проти 22,9% у групі порівняння. У випадках, що залишилися, їх вираженість значно зменшилася.

Спостерігався сприятливий вплив на внутрішньосерцеву та центральну гемодинаміку і скоротливу функцію міокарда, проявом чого є позитивна динаміка ремоделювання серця: зростання ударного індексу, серцевого індексу і фракції вигнання. У результаті проведеної підготовки 42 хворі (52,5%) II групи поліпшили свій клас ходьби, тобто підвищили толерантність до фізичного навантаження.

**Вплив лікувально-профілактичного комплексу на перебіг вагітності та пологів у жінок з вродженими вадами серця, абс. число (%)**

Ускладнення вагітності, пологів	Значення показника по групах жінок з вродженими вадами серця		Контрольна група
	I	II	
Загроза переривання вагітності	33 (41,3) <sup>*</sup>	12 (24,0) <sup>*,#</sup>	4 (8,0)
Дистрес плода	19 (23,8) <sup>*</sup>	5 (10,0) <sup>#</sup>	2 (4,0)
Анемія	32 (40,0) <sup>*</sup>	11 (22,0) <sup>*,#</sup>	4 (8,0)
Прееклампсія	9 (11,3) <sup>*</sup>	5 (6,0)	2 (4,0)
Несвоєчасний вилив навколоплодових вод	34 (42,5) <sup>*</sup>	13 (26,0) <sup>*,#</sup>	2 (4,0)
Дистрес плода в пологах	13 (16,3) <sup>*</sup>	3 (6,0) <sup>*,#</sup>	1 (2,0)
Кровотеча в III та ранньому післяпологовому періодах	13 (16,3) <sup>*</sup>	3 (6,0) <sup>*,#</sup>	-
Кесарів розтин	33 (41,3) <sup>*</sup>	16 (32,0) <sup>*</sup>	2 (4,0)
Епізіотомія	26 (32,5) <sup>*</sup>	8 (16,0) <sup>#</sup>	4 (8,0)
Терапевтичні ускладнення	17 (21,3) <sup>*</sup>	6 (12,0) <sup>*</sup>	2 (4,0)

*Примітки:* – достовірність різниці,  $p < 0,05$ ; \* – відносно показників контрольної групи; # – відносно показників у жінок I групи.

Психологічна реабілітація, прослуховування класичної музики а також вдихання приємних ароматів рослинного походження нормалізували рівень тривожності у 76% жінок основної групи, забезпечили переважання позитивно забарвлених відчуттів, а також збільшили кількість обстежених у стані рівноваги у налаштуванні на пологи (з 36 до 84%). Це привело до активної свідомої участі роділлі у процесі пологів, дозволило позитивно впливати на динаміку родів, зменшити кількість ускладнень у матері та новонародженого, а також потребу в анестетиках у роділь.

Результати аналізу перебігу вагітності та пологів у жінок з ВВС залежно від отриманої терапії показали (див. таблицю), що під впливом розробленого лікувально-профілактичного комплексу мало місце достовірне зниження таких ускладнень вагітності як загроза її переривання, дистрес плода і анемія ( $p < 0,05$ ). А відсоток прееклампсії та терапевтичних ускладнень серед пацієнток II групи має помітну тенденцію до зниження.

Також встановлено зменшення частоти ускладнень у пологах: несвоєчасного виливу навколоплодових вод, кровотечі в III та ранньому післяпологовому періодах та застосування епізіотомії ( $p < 0,05$ ). У той же час, частота дистресу плода в пологах та розродження шляхом операції кесаревого розтину достовірно не відрізнялась у жінок I і II груп ( $p > 0,05$ ).

Однак, майже всі вищеназвані ускладнення у пацієнток з ВВС діагностувались достовірно частіше, ніж такі у жінок контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Вплив розробленого лікувально-профілактичного комплексу на перебіг післяпологового періоду вивчався за наступними показниками: частота післяпологових ускладнень та порушень лактації у пацієнток I групи, у яких не застосовувались сучасні перинатальні технології та у жінок другої групи, в яких ці технології використовувались.

Враховуючи те, що комплекс сучасних перинатальних технологій застосовувався, в основному, у жінок з СН I, з метою об'єктивності оцінки впливу розробленого комплексу на перебіг післяпологового періоду, остання проведена у 68 жінок групи I (виключені хворі з СН II) та 20 жінок групи II (усі хворі з СН I).

Результати проведеного вивчення ефективності розробленого комплексу показали, що застосування його в повному обсязі у породіль з ВВС сприяє поліпшенню перебігу післяпологового періоду – достовірному зменшенню частоти розглянутих ускладнень та значному зниженню найбільш розповсюджених ускладнень періоду становлення лактації.

За допомогою ультразвукового дослідження органів малого тазу визначали довжину, ширину, передньо-задній розмір порожнини матки, а також картину вмісту порожнини матки на 5–6-ту добу пуерперію. Зокрема, швидкість скорочення довжини матки у післяпологовому періоді у жінок II групи перевищувала даний показник у породіль I групи (на 10,1%). З перших днів післяпологового періоду достовірною була різниця у швидкості скорочення довжини порожнини матки породіль (різниця складала 19,1%,  $p < 0,05$ ).

Порівняння швидкості скорочення передньо-заднього розміру матки у жінок I та II груп показало достовірне зростання швидкості скорочення даного параметру на 42,2%, ( $p < 0,05$ ). У результаті субінволюція матки (11,7%) та пізня післяпологова кровотеча (2,9%) розвинулись лише у обстежених I групи. При цьому у пацієнток II значно рідше діагностувалась анемія (35,0% проти 41,2%).

Слід підкреслити, що реалізація усіх переваг режиму сумісного перебування, у тому числі, позитивні емоції, які відчували обстежені жінки, коли дитина знаходилась поряд з ними, сприяла фізіологічному перебігу післяпологового періоду, нормальному становленню та розвитку лактації. Як результат, добова секреція молока у цих жінок склала на сьому добу –  $565,0 \pm 30,0$  мл проти  $645,0 \pm 28,0$  мл у здорових жінок з нормальним перебігом вагітності, пологів і лактацією. Усі жінки і діти виписані у задовільному стані на 6–7-му добу після пологів.

У той же час, у 68 обстежених жінок з ВВС, які знаходились у відділенні окремо від дітей, період становлення лактації часто ускладнювався тріщинами сосків (22,1%), вираженим нагрубанням молочних залоз (27,9%) та лактостазом (8,8%), що пов'язано зі значним запізненням прикладання новонароджених до грудей, годуванням дітей з інтервалом 3,5–6 год, зниженням смоктального рефлексу у немовлят та низькою активністю окситоцинового рефлексу. У результаті добова секреція молока в обстежених жінок I групи склала на сьому

добу лише  $387,0 \pm 14,0$  мл проти  $645,0 \pm 28,0$  мл у здорових жінок з нормальним перебігом вагітності, пологів і становлення лактації ( $p < 0,05$ ).

Крім того, проведені ретельні клінічні, інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ) обстеження показників функції серцево-судинної системи в динаміці післяпологового періоду свідчили про відсутність негативного впливу режиму сумісного перебування матері і дитини як на загальний стан жінки, так і на основні показники гемодинаміки.

## ВИСНОВКИ

Отже, проведений аналіз перебігу вагітності, пологів, стану плода і новонародженого показав, що жінки з ВВС становлять групу високого ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень. Однак, при застосуванні розробленої системи лікувально-профілактичних заходів та допологової підготовки у жінок з ВВС, ускладненими серцевою недостатністю, закінчення вагітності може бути сприятливим як для жінки, так і для новонародженого.

### **Эффективность лечебно-профилактических мероприятий для беременных с врожденными пороками сердца В.Е. Дашкевич, Л.И. Тутченко, М.Е. Кирильчук**

Представлен анализ течения беременности, родов, послеродового периода и становления лактационной функции у беременных с врожденными пороками сердца. Применение разработанной системы лечебно-профилактических мероприятий и рододовой подготовки привело к уменьшению материнской и перинатальной заболеваемости среди беременных с пороками сердца, осложненными сердечной недостаточностью.

**Ключевые слова:** врожденные пороки сердца у матери, дородовая подготовка, эффективность.

### **Effectiveness of prophylactic measures for pregnant with congenital heart disease**

**V.E. Dashkevich, L.I. Tutchenko, M.E. Kyrylchuk**

Analyzed the course of pregnancy, childbirth, postpartum and lactation function in pregnant women with congenital heart disease who received prenatal preparation and prophylactic measures, developed by us.

The application of this prenatal preparation has decreased fatigue, improved exercise tolerance and reduce the personal level of anxiety during pregnancy and before the labor, and, consequently, led to a reduction of maternal and perinatal morbidity among pregnant women with heart defects complicated by heart failure.

**Key words:** congenital heart disease in the mother, prenatal preparation, effectiveness.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Перебіг вагітності та пологів у вагітних з вродженими вадами серця / М.Є. Кирильчук, Л.І. Тутченко, К.Г. Апресова, О.М. Мокрик // Здоровье женщины. – 2010. – № 5. – С. 113–116.
2. Кирильчук М.Є. Стан системи адаптації в материнсько-плодовому комплексі у вагітних з вродженими вадами серця зі збільшеним легеневим кровотоком / Кирильчук М.Є., Близнюк З.В. // Збірник наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ «Інтернет», 2009. – С. 309–314.

3. Малиновська К.С. Оцінка фізичної працездатності вагітних із вадами серця / К.С. Малиновська // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 2. – С. 131–132.
4. Особливості гормональної функції фетоплацентарного комплексу у вагітних з природженими пороками серця / Дашкевич В.Є., Хомінська З.Б., Кирильчук М.Є., Близнюк З.В. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 1. – С. 47–50.
5. Стан системи мати-плацента-плід за даними інструментальних методів дослідження у вагітних з вродженими вадами серця / Давидова Ю.В., Лук'янова І.С., Кирильчук М.Є., Дзюба О.М. // Здоров'я жінки. – 2010. – № 1. – С. 221–223.
6. допологова підготовка вагітних з вродженими вадами серця / В.Є. Дашкевич, Л.Б. Гутман, М.Є. Кирильчук, Н.І. Тофан // Здоров'я жінки. – 2011. – № 3.
7. Пат. 27402, UA МПК А61Н99/00. Спосіб реабілітації вагітних при захворюваннях серцево-судинної системи / Гутман Л.Б., Дашкевич В.Є., Кирильчук М.Є., Кульчицький С.К., Малиновська К.С. – Заяв. №u200707662; Заявл.06.07.2007; Опубл. 25.10.2007, Бюл. № 17.
8. Пат № 46838 UA МПК А61В5/02. Спосіб підготовки до пологів вагітних з вродженими вадами серця / Дашкевич В.Є., Гутман Л.Б., Кирильчук М.Є., Парамонова Т.В., Ящукевич С.Т. – Заяв. № u200906736 від 26.06.2009. – Опубл. 11.01.2010, Бюл. № 1.
9. Деримедведь Л.В. БАДы на основе янтарной кислоты. Фармакологический анализ [Електроний ресурс] / Л.В. Деримедведь, В.А. Тимченко. – Режим доступу до журналу: <http://succinicacid.com.ua/>



# Психоемоційні аспекти невиношування вагітності

*А.Г. Коломійцева, К.А. Коломійцева*

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України»

Вивчено психоемоційний стан у вагітних з загрозою переривання із звичним невиношуванням у I і II триместрах вагітності. Відзначено, що у таких вагітних спостерігаються порушення психоемоційного стану, що збільшує ризик розвитку невиношування вагітності. Ця проблема до теперішнього часу залишається однією з найбільш частих і складних в сучасному акушерстві. Частота цієї патології за даними різних авторів складає до 15–20% і не має тенденції до зниження [2, 6].

Невиношування вагітності не має тенденції до зниження, це пов'язано з недостатністю знань щодо патогенезу цього ускладнення. Проблема невиношування вагітності являється не тільки медичною, але й соціальною проблемою. Складні умови сучасного життя, несприятлива екологічна та економічна ситуація, значне розповсюдження інфекцій, що передаються статевими шляхами, призводять до зменшення кількості жінок, у яких вагітність і пологи протікають без ускладнень [5].

Тому пошуки нових підходів до профілактики і лікування невиношування вагітності має велике практичне значення.

Серед цих нових підходів в останні роки звертає на себе увагу психоемоційний стан вагітних жінок. Поряд з цим, дане питання визначено недостатньо. В роботах ряду авторів вказано. Що передчасне переривання вагітності виникає на тлі хронічного психоемоційного стресу [1, 3].

Хронічний психоемоційний стрес призводить до нейротрансітетропних, гормональних та імунологічних змін в організмі, що може стати причиною переривання вагітності.

В даній роботі наведені дані про психоемоційний стан у 100 вагітних жінок які не мали екстрагенітальної патології та знаходилися в клініці акушерської патології ШПАГ в 2010–2011 рр. З них 30 здорових вагітних склали контрольну групу і не мали загрози переривання та патології в минулому. 70 вагітних були із загрозою переривання вагітності, з них у 30 було звичне невиношування.

Для встановлення діагнозу загрози переривання вагітності використовували показники: скарги вагітної, клінічні дані, УЗД і дані кольпоцитологічного дослідження. Вік вагітних з загрозою невиношування був від 18 до 35. Першовагітних було 40, повторновагітних – 30. У повторновагітних було від 3 до 5 викиднів в минулому. З метою оцінки психоемоційного стану вагітних вивчали рівень стресостійкості анкетним методом (тест Ч.Д. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна, 1988), стан адаптованості (метод М. Люшерва) та концентрація в крові гормонів: кортизолу радіоімунним методом (лічильник гамма-12, стандартні тест набори виробництва Білорусь) та серотоніну флюорометричним методом С. Юденфреда (1965).

Психоемоційний стан у обстежених вагітних (%)

Групи вагітних	Кількість вагітних	Рівень стресостійкості %		Тест Люшера, %	
		низький рівень	високий рівень	неадаповані вагітні	адаповані вагітні
Загроза переривання	40	76,2*	23,8*	63,8*	36,2*
Звичне невиношування	30	88,2*, **	11,8*, **	68,2*	31,8*
Здорові вагітні	30	20	80	5	95

Примітки: \* – показники достовірності по відношенню до показника здорових вагітних ( $p < 0,05$ );

\*\* – показники достовірності між групами.

Дослідження проводились в I та II триместрах вагітності.

Усі вагітні з загрозою переривання вагітності мали скарги на біль внизу живота і в попереку іноді кров'янисті виділення, нервувалися, відчувалась дратівлива поведінка, тривога. Отримані дані про рівень стресостійкості наведено в табл. 1.

Як видно з табл. 1, при звичній загрозі переривання вагітності у жінок має місце високий рівень тривожності, низький рівень стресостійкості, що було особливо виражено у жінок, які мали невиношування в минулому. В противагу високий рівень стресостійкості відзначався лише у меншого числа вагітних.

За допомогою тесту Люшера (див. табл. 1) до класу неадапованих вагітних відносилось більше 60% вагітних з невиношуванням і більш у вагітних з звичним невиношуванням вагітності (68,2%). Звісно, що неадаповані жінки мають низький рівень саморегулювання.

Ці дані підтверджують дослідження стресреалізуючих та стреслімітуючих гормонів, які свідчать про напруження функцій надниркових залоз. Отримані на цей рахунок дані наведені в табл. 2.

З даних табл. 2 у здорових вагітних і особливо у вагітних з невиношуванням вагітності має місце підвищення в крові концентрації кортизола і серотоніна ( $p < 0,05$ ). Це можна вважати ознакою психоемоційної напруги, а підвищення вмісту серотоніну – можливістю посилення скоротливої активності міометрія. Таким чином, отримані нами дані свідчать, що у вагітних із загрозою переривання вагітності і особливо зі звичним невиношуванням спостерігаються зміни психоемоційного стану, виникає емоційне напруження що, у свою чергу може спричинити загрозу переривання і впливати на перебіг вагітності і пологів. Це необхідно брати до уваги під час ведення таких вагітних і при призначенні необхідної терапії. Особливо несприятливі зміни психоемоційного стану у жінок зі звичним невиношуванням, які за даними деяких авторів можуть розглядатися як пограничний з невротизмом стан і потребують лікування. Лікування таких вагітних слід проводити з урахуванням їх психоемоційного стану [4].

Таблиця 2

## Рівень гормонів стресу у обстежених вагітних (нмоль/л)

Групи вагітних	Кількість вагітних	Стат. пок. $M \pm m$	Кортизол		Серотонін	
			I триместр	II триместр	I триместр	II триместр
Загроза переривання	60	$M \pm m$	425,6* 22,8	586,4* 50,1**	1,8* 0,05	1,9* 0,2
Звичне невиношування	30	$M \pm m$	324,6* 7,9**	312,8 7,4	0,98* 0,2	0,95* 0,35
Здорові вагітні	30	$M \pm m$	236,7 5,4	368,9 20,9	1,02 0,06	1,41 0,11

Примітка: \* – показник достовірності по відношенню до показників у здорових.

## ВИСНОВКИ

1. У вагітних із загрозою переривання вагітності та звичним невиношуванням спостерігаються порушення психоемоційного стану (дані стресостійкості, тест Люшера).

2. Вагітні із загрозою переривання вагітності і звичним невиношуванням являються групою ризику по розвитку психоемоційних порушень.

3. Лікування вагітних із загрозою переривання вагітності та звичним невиношуванням повинне включати препарати, що поліпшують психоемоційний стан таких жінок.

## ЛІТЕРАТУРА

1. О.І. Буткова Внутрішньоутробна загибель плода (етіологія, патогенез, прогнозування, профілактика. – К., 2004.
2. Б.М. Венцківський, Н.П. Веропотвелян, П.П. Веропотвелян. Медико-психовегетативная характеристика пациенток с привычным невынашиванием беременности нейроэндокринного генеза //Ліки України. – 2005. – № 7/8. – С. 114–117.
3. І.І. Воробйова Невиношування вагітності з урахуванням особливостей центральних механізмів регуляції генеративної функції. – К., 2009.
4. В.Г. Гинзбург Психоемоційний стан вагітних з звичним невиношуванням //Мед. перспективи. – 2005. – № 3. – С. 79.
5. А.Г. Коломийцева, І.А. Жабченко Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с различными типами стрессоустойчивости //Сб. науч. трудов „Актуальные вопросы акушерства и гинекологии”. – Донецк, 1998. – С. 76–78.
6. С.П. Писарева, І.І. Воробйова Невиношування вагітності //Журнал практичного лікаря.

# Акушерская и перинатальная патологии при наличии лейомиомы матки

*М.Л. Куземенская*

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

---

Как показали результаты проведенных клинико-функциональных исследований, женщины с наличием лейомиомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне отягощенного прегравидарного фона, осложненного течения беременности, нарушений маточно-плацентарного, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормоносинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать–плацента–плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, беременность, роды.

Лейомиома матки на сегодня остается одним из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболевания половой системы женщин, которая оказывает существенное негативное влияние на состояние репродуктивного и соматического здоровья. В сложных социально-экономических условиях, все чаще перед врачами акушерами-гинекологами встают вопросы рационального ведения гестации у женщин с различными формами репродуктивной патологии, в том числе – с наличием лейомиомы матки [1–3]. Высокая частота акушерских осложнений, перинатальной заболеваемости и смертности дает нам основание отнести таких беременных в группу высокого риска по развитию репродуктивных потерь и неблагоприятных исходов гестации и родов, как для матери, так и для плода [4–6].

Большое число исследований, проведенных в Украине и за рубежом, продемонстрировали, что степень гестационного и перинатального риска в значительной мере зависит от возраста беременной, особенностей предгравидарного анамнеза, размеров и количества лейомиоматозных узлов, особенностей их локализации и взаиморасположения с плацентой. В то же время, не все вопросы сочетания лейомиомы матки и беременности можно считать полностью решенными [1–7]. В первую очередь это касается установления взаимосвязи между анамнестическими особенностями предгравидарного фона, клиническим течением беременности и родов и функциональным состоянием фетоплацентарного комплекса у женщин с лейомиомой матки различной локализации.

**Цель исследования** – изучить клиническое течение беременности, родов, а также перинатальные исходы родоразрешения женщин с лейомиомой матки различной локализации.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели на протяжении гестации и в послеродовой период были обследованы 60 женщин и их новорожденных. При этом у 30 беременных во время УЗИ при первой явке в консультативную поликлинику было установлено наличие лейомиоматозных узлов различной локализации. Женщины были проинформированы про цель и задачи научной работы и дали согласие на ее проведение. Группы беременных были распределены следующим образом:

Контрольную группу составили 30 беременных с неотягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом и физиологическим течением гестации.

I группу составили 30 беременных с лейомиомой матки, которые находились под нашим наблюдением.

Мы использовали общеклинические, лабораторные, эхографические (ультразвуковые и доплерометрические), гормональные, кардиотокографические, морфологические и статистические методы исследования. Результаты клинко-лабораторного обследования на протяжении гестации, показатели динамического мониторинга функционального состояния фетоплацентарного комплекса, случаи осложнений во время беременности, родов, послеродового и неонатального периодов регистрировали в индивидуально разработанных картах наблюдения. Данные этих карт заносились в базу данных персонального компьютера и обрабатывались с помощью программы «Excel» в программной оболочке Microsoft Office XP.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результатом вышеперечисленных особенностей предгравидарного фона, клинического течения гестационного периода и функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с лейомиомой матки является высокий уровень различных осложнений как во время беременности, так и при родоразрешении. Причем, все эти осложнения являются взаимосвязанными и патогенетическими зависимыми с высоким уровнем исходной генитальной и соматической заболеваемости, а также от особенностей расположения, размеров и количества лейомиоматозных узлов.

Только 83,3% женщин во время гестации получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия и доносили беременность до 37 нед. В 16,7% случаев беременность закончилась досрочно. Относительно общего количества женщин, роды через естественные родовые пути были у 43,3%, спонтанный характер родов – в 20% наблюдений, программированные роды наблюдались в 23,3% случаев. В 56% случаев родоразрешение было проведено путем операции кесарева сечения (в 24% была плановой, в 32% носила urgentный характер).

Хотя количество родильниц с лейомиомой матки, которые на протяжении беременности получали общепринятые методы коррекции и рожали через естественные родовые пути, является не очень большим со статистической точки зрения, но определенные тенденции увеличения частоты осложненного течения родового акта из представленных данных можно отметить. Так, практически у каждой второй женщины имел место несвоевременный разрыв плодных оболочек; в 54,5% наблюдений (в том числе при проведении программированного родоразрешения) мы были вынуждены использовать медикаментозную коррек-

цию родовой деятельности. При этом предпочтение отдавали препаратам простагландинового ряда. При необходимости проведение усиления родовой деятельности у женщин с лейомиомой матки ограничивали использованием окситоцина. При этом учитывалась возможность неадекватного реагирования рецепторного аппарата миометрия и эндотелиального слоя морфологически и функционально несовершенных сосудов плацентарного ложа и артериол участков мышечной оболочки беременной матки.

В каждом третьем наблюдении (36,4%) течение родов осложнялось дистрессом плода различной степени тяжести, что можно считать неблагоприятным для перинатальных исходов, учитывая высокий уровень дистресса плода на фоне хронической плацентарной недостаточности. Все это приводило к увеличению частоты оперативного родоразрешения. В большинстве случаев показаниями к urgentному родоразрешению были острый дистресс плода (28,6%), в 2 раза реже – неэффективное лечение аномалий родовой деятельности, по 1 случаю – преждевременная отслойка плаценты и нарушение трофики лейомиоматозного узла. Плановое оперативное родоразрешение проводили в 14,3% случаев в связи с тазовым предлежанием крупного плода и в 28,6% случаев по совокупности показаний, учитывая высокую степень перинатального риска у беременных с отягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом.

Определенный интерес также вызывает изучение структуры родоразрешения беременных I группы в зависимости от анатомо-топографических особенностей и расположения лейомиоматозных узлов. Наиболее неблагоприятными клинко-анатомическими формами миомы по отношению к исходам родоразрешения являются субмукозные и интрамуральные лейомиоматозные узлы с центрипетальным ростом. При этом наиболее неблагоприятным следует считать расположение плаценты полностью или частично в проекции миоматозный узлов, т.н. «плацента на узле». Что касается особенностей расположения лейомиомы, то неблагоприятные результаты получены у женщин с наличием лейомиоматозных узлов в шейке матки, нижней 1/3 тела матки и средней 1/3 тела матки, особенно в случаях расположения узлов больших размеров на передне-боковых стенках в бассейне аа.uterinae, или непосредственно «по ребру» матки в месте отхождения магистральных маточных сосудов. В таких случаях, несмотря на проводимые лечебно-профилактические меры, значительно увеличивается риск досрочного прерывания беременности (позднего выкидыша и преждевременных родов), тяжелых форм плацентарной недостаточности и преждевременной отслойки плаценты.

Анализируя перинатальные исходы родоразрешения, необходимо отметить высокую частоту интранатальной асфиксии различной степени тяжести (70,0%), в том числе тяжелой ее степени в 13,3% случаев. Частота задержки внутриутробного развития плода составляет 23,3%, а макроскопические признаки интраамниального инфицирования имели место в двух наблюдениях (6,7%).

Перинатальные потери в группе пациенток с лейомиомой матки и общепринятыми методами коррекции на протяжении всей беременности составили 5 (16,7%) случаев, что безусловно является довольно высоким показателем для современного акушерства, даже учитывая существующий у таких беременных повышенный уровень прегравидарной генитальной и соматической заболеваемости.

Состояние новорожденных в контрольной группе в большинстве было удовлетворительным, а оценка по шкале Апгар составляла 7–9 баллов. Среди новорожденных от матерей, которые вошли в I исследуемую группу, в 2 (6,7%) случаях оценка по Апгар при рождении была менее 3 баллов; в 7 случаях (23,3%) находилась в пределах 3–5 баллов; в 10 случаях (33,3%) – 6–7 баллов и только в 6 случаях была выше 8 баллов. 5 (16,7%) новорожденных были оценены по шкале Сильвермана в связи с их недоношенностью и наличием синдрома дыхательных расстройств.

Средняя масса детей при рождении в контрольной группе составила  $3324,6 \pm 245,3$  г, а в группе женщин с лейомиомой матки – только  $2790,6 \pm 248,4$  г, что существенно отличается между собой ( $p < 0,05$ ). Потеря первичной массы тела новорожденных от матерей с миомой матки было достоверно большей по сравнению с группой физиологического контроля, а ее восстановление начиналось позже (на  $7,3 \pm 0,24$  день против  $5,4 \pm 0,23$  – в контроле). Итак, у детей от матерей с наличием лейомиомы матки и стандартным ведением гестации, отмечалась функциональная незрелость процессов адаптации при переходе в постнатальный период. На момент выписки все дети от женщин контрольной группы восстанавливали первичную массу, а при выписке новорожденных от матерей I группы, масса новорожденных не восстановилась в 52% случаев ( $p < 0,05$ ).

Среди особенностей неонатальной патологии необходимо отметить постгипоксические поражения центральной нервной системы (ЦНС), которые наблюдались у 36% новорожденных с I группы и только у 1 (3,3%) ребенка группы контроля. Легочная патология новорожденных в виде пневмопатии была отмечена в 4 (13,3%) случаях в I исследуемой группе. Частота конъюгационной желтухи (гипербилирубинемии новорожденных) была почти в 4 раза большей (26,7% против 6,7%) у новорожденных от матерей I группы, а степень ее тяжести (с точки зрения количественных показателей в периферической крови новорожденных) также достоверно отличалась от показателей контрольной группы. Частота внутриутробного инфицирования (врожденный конъюнктивит, везикулопостулез) в I группе детей составляла 6,7%, однако расхождения с контрольной группой были недостоверными ( $p > 0,05$ ).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных клинико-функциональных исследований, женщины с наличием лейомиомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне отягощенного прегравидарного фона, осложненного течения беременности, нарушений маточно-плацентарного, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормоносинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать–плацента–плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

## **Obstetrical and perinatal pathology at presence leiomyoma of uterus** **M.L. Kuzemsky**

Results of the spent clinical-functional researches, women with presence leiomyoma of uterus make group of high risk on development perinatal pathologies against burdened pregravidare background, the complicated current of pregnancy, infringements uterine-placental, and in further and born-placental haemodynamics, a condition of unstable balance hormonal-syntactical and metabolic function of a placenta with excessive pressure and a gradual exhaustion adaptable possibilities of system mother-placenta-born. All it, and also insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions, is the essential basis for working out and introduction of the differentiated complex of treatment-and-prophylactic actions at pregnant women with leiomyoma of uterus of various localisation.

**Key words:** *leiomyoma of uterus, pregnancy, childbirth.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5. – С. 82–90.
3. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.



# Профилактика потери беременности во II триместре – ресурс усовершенствования перинатальной помощи

*Л.Г. Назаренко, Е.А. Бибик, Д.А. Настенко*

Харьковская медицинская академия последипломного образования  
КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6»  
городской центр «Медицина плода», г. Харьков

Преждевременные роды (ПР) в настоящее время оцениваются как глобальный акушерский вызов человечеству. Это положение основывается на значительном влиянии недоношенности в возникновении распространенных продолжительных физических и психоневрологических расстройств здоровья у преждевременно родившихся детей, их исключительно дорогостоящем выживании и лечении, далеко не всегда пропорциональном потенциалу жизнеспособности [4, 6]. Потери недоношенных детей, охватывая не менее 70% всех младенческих смертей, оказывают негативное влияние на демографическую ситуацию, с учетом того, что ежегодно в мире происходит 13 млн ПР. К сожалению, результаты в преодолении недоношенности не улучшаются в соответствии с затраченными усилиями. Несмотря на большое число научных исследований по профилактике ПР, совершенствование лечебно-диагностических мероприятий, сегодня, как и 50 лет назад, частота невынашивания и недонашивания остается на уровне 15–20% от всех желанных беременностей [1].

Актуальные представления в понимании проблемы ПР сводятся к двум основным положениям, доказанным в третьем тысячелетии:

1. Частота ПР отражает популяционный феномен снижения уровня здоровья, в общем виде характеризующийся дефектами энергетического обмена (так называемой митохондриальной недостаточностью) у преобладающей части населения, что обусловлено образом жизни и средой обитания.

2. Интегрирование генетической информации в акушерскую клинику позволяет рассматривать ПР как уникальное «заболевание», поскольку к досрочному рождению ребенка могут предрасполагать как материнский генотип, так и генотип плода, а также генотип матери и плода одновременно.

Эти базовые положения обнадеживают на возможность индивидуализации риска ПР в обозримом будущем. Уже сегодня доказано, что частота ПР зависит от расовой принадлежности, различна в разных этнических группах [4]. Очевидно, что отношение к ПР с позиций функции генома изменят в перспективе направления прогнозирования и профилактики. Новыми векторами научного поиска являются:

1) идентификация маркеров – генов-кандидатов в отношении предрасположенности к ПР;

2) исследование специфических вариантов полиморфизма генов в контексте различных «фенотипов ПР» (спонтанные преждевременные роды, преждевременный разрыв околоплодных оболочек при недоношенной беременности). В числе

достижений по этому направлению заслуживают особого внимания полученные недавно данные о различии в специфических профилях белков при спонтанных ПР до 34 нед и ПР позже 34 нед гестации [7].

В сентябре 2007 г. Всемирной организацией здравоохранения создан Preterm Birth Genome Project Consortium, целью которого определена идентификация факторов риска ПР, общих для всех популяций, а также особых для отдельных популяций, выявление генетического риска одновременно со сбором фенотипических данных. Этому соответствует дифференцированный подход к медицинскому сопровождению женщин с риском невынашивания в разные сроки гестационного процесса, наметившийся в последнее время, в связи с пониманием этиопатогенетических отличий спонтанного прерывания ранней и поздней беременности. Большинство потерь беременности первого триместра считаются реализацией естественного отбора и элиминацией аномального продукта зачатия, что обосновывает отказ от сохраняющей терапии. В потерях беременности второго триместра (ПБВТ), который определяется в пределах от 14 до 25 полных недель, основная роль отводится инфицированию плаценты и оболочек [5]. Однако отсутствие желаемого эффекта от проведения изолированной антимикробной терапии, 60% повторных случаев ПБВТ, побуждает к идентификации других причинных факторов и поиску возможностей управления ими.

Перинатальное значение проблемы ПБВТ определяется тем, что, во-первых, в пределах второго триместра находится новая нижняя граница жизнеспособности плода, и, во-вторых, риск повторных неудач и неблагоприятных исходов для ребенка при последующей беременности более высок, чем при спонтанном аборте I триместра [1].

В общей проблеме ПБВТ вызывает особый интерес вопрос о роли феномена укорочения шейки матки в II триместре: имеет ли данный фактор самостоятельное значение предиктора невынашивания беременности, или укорочение шейки является лишь одним из механизмов реализации каскада событий, который включает инфекцию, воспаление, ишемию, преждевременную активацию эндокринных систем плода?

В клинической практике укорочение шейки матки во II триместре бессимптомной беременности отождествляется с цервикальной недостаточностью (ЦН), что предполагает первичную и центральную патогенетическую роль маточного (в частности, цервикального) фактора при ПБВТ. Единственным лечебным мероприятием при ЦН считают цервикальный серкляж путем наложения швов или применение пессариев. Этот сугубо симптоматический подход используется стереотипно и при функциональной, и при органической ЦН, как в профилактическом, так и терапевтическом режиме. Сообщается о немалом уровне послеоперационных осложнений (разрыв околоплодных оболочек, рост внутриматочной инфекции), что свидетельствует о необходимости новых исследований клинико-диагностического значения особенностей конфигурации шейки матки у разных контингентов беременных женщин, конкретизации показаний к стабилизационным воздействиям на шейку матки.

В поиске путей решения этих вопросов мы обратили внимание на проблему недифференцированных соединительнотканых дисплазий (НДСТ).

Предпосылкой для рассмотрения ПБВТ с позиций врожденной аномалии соединительной ткани (СТ) послужили представления об особенностях строения шейки

матки, в которой при беременности в норме представительство соединительнотканного компонента гораздо большее по сравнению с мышечным. При НДСТ, вследствие структурных деформаций коллагеновых и эластиновых волокон, нарушения их синтеза или чрезмерной деградаци, изначально имеются условия для несостоятельности запирающей функции шейки матки, приводящие к изменениям, наподобие преждевременного «созревания». Клиническое значение системных расстройств СТ как возможного источника недоношенности вследствие ЦН до настоящего времени не было предметом специального исследования и поэтому остается не доказанным. Однако, в современных условиях широкой и нарастающей распространенности наследственных нарушений СТ среди лиц репродуктивного возраста ответ на этот вопрос необходим для отработки прогностического и профилактического подхода к ПБВТ с позиций индивидуальной склонности женщины. В связи с этим **цель** настоящей работы состояла в уточнении критериев ЦН и степени риска ПБВТ при наличии НДСТ у беременных женщин, оценке влияния прогестероновой поддержки на исходы беременности в подобных клинических ситуациях.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование выполнено по методологии «случай-контроль».

На первом этапе – при проведении стандартного ультразвукового (УЗ) скрининга на предмет поиска врожденных аномалий развития плода в 2008 году из сплошного потока беременных женщин были сформированы две клинических группы по 102 наблюдения в каждой. Критерием различия было наличие / отсутствие НДСТ [2]. Это позволило выделить основную группу женщин (с клинически значимым диспластичным фенотипом) и сравнительную (без признаков дисплазии СТ).

Критериями включения пациенток в исследование были:

- 1) наличие одноплодной беременности без аномалий развития плода;
- 2) отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии в стадии декомпенсации;
- 3) отсутствие аномалий развития матки;
- 4) проведение обоих этапов скрининга в одном учреждении с соблюдением единого протокола;
- 5) информированное согласие на дополнительные исследования, в частности, на тестирование на НДСТ и на УЗ сканирование шейки матки.

УЗ исследование проводилось на аппарате «Sonoase-8000» («Medison», Корея). При сканировании шейки матки определяли четыре параметра:

- длина шейки, которую измеряли по линии, проведенной через центр цервикального канала, от вагинальной части децидуальной пластинки (УЗ внутренний зев) к УЗ наружному зеву;
- диаметр внутреннего зева с поиском феномена «воронкообразного» U- или «клиновидного» V-расширения;
- ширина шейки матки на уровне внутреннего зева;
- толщина передней стенки перешейка/нижнего сегмента матки.

В проспективном режиме отслеживали течение беременности, с последующей оценкой особенностей эхо-морфометрии шейки матки у женщин с НДСТ, с ретроспективной верификацией клинического значения цервикального фактора.

На втором этапе исследования (2009–2010 гг.) были проанализированы течение и исход беременности у 250 женщин с клинически значимой НДСТ, которые были взяты под наблюдение в процессе проведения скрининга I триместра. Рассматривая их как группу риска по невынашиванию и недонашиванию (группа I), мы рекомендовали им применение вагинальных таблеток микронизированного прогестерона (по 150–200 мг в сутки в 2–3 приема в виде препарата Лютеина, ТОВ «Адамед», Польша) который они охотно принимали по информированному согласию. В качестве сравнительной группы с соблюдением принципа «копия-пара» отобрано такое же количество женщин с НДСТ, но не получавших прогестерон (группа II).

При обработке данных применены математические методы статистической обработки результатов клинических исследований – вариационный, t-критерий Стьюдента, критерий  $\chi^2$ , относительный риск (ОР) при 95% доверительном интервале (ДИ), достоверность которых определяли при  $p \leq 0,05$  и тенденцию между 0,05 и 0,3. Использовали лицензированные программные продукты для IBM PC Intel Celeron M.

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

При проведении скрининга I триместра установлено, что как в основной, так и сравнительной группах параметры фетометрии соответствуют региональным нормативам и центильным таблицам.

Скрининг II триместра показал, что базовые параметры фетометрии были ниже 50-й центили в основной группе в 43,2% наблюдений, в том числе, в 11,8% находились в пределах 25–10 центилей. В контрольной группе только у 13,7% параметры роста плода были ниже 50-й центили и из них 2% – ниже 25-й. Этот факт можно трактовать как признак несколько сниженного потенциала внутриутробного роста у лиц с НДСТ. Отставания ниже 10-й центили на этапе скрининга II триместра не установлено.

Полученные нами данные УЗ цервикометрии приведены в табл. 1. Как видно из таблицы ни в сравнительной, ни в основной группе женщин длина шейки матки с прогрессированием беременности, от I триместра ко II, существенно не изменилась, не имела отличий между впервые беременными и рожаящими повторно. Наряду с этим, сопоставление средних показателей в двух группах позволяет отметить противоположные тенденции по всем четырем показателям у женщин с НДСТ и без признаков дисплазии.

На момент проведения скрининга II триместра определилось достоверное укорочение длины шейки при наличии НДСТ.

Толщина шейки матки в основной группе при прогрессировании беременности несколько увеличилась, а в сравнительной осталась без перемен. Сопоставление динамики длины и толщины шейки в основной группе позволяет отметить стабильность объема этого отдела беременной матки на протяжении времени исследования, что совпадает с неосложненным течением беременности в пределах II триместра.

Диаметр внутреннего зева в I триместре не имел отличий между группами. Во II триместре он был большим при НДСТ, чем у женщин без дисплазии. Параллельно в основной группе прослеживалось увеличение диаметра внутреннего зева во II триместре по сравнению с I триместром, а сравнительной – изменений этого показателя не было.

Толщина передней стенки перешейка как в I, так и во II триместре была меньше в основной группе, т.е. при наличии НДСТ.

Таблица 1

**Параметры шейки матки при ультразвуковом исследовании беременных женщин с НДСТ и нормальным фенотипом**

Показатели	Основная группа (НДСТ+)		Сравнительная группа (НДСТ-)	
	11-13 нед	18-21 нед	11-13 нед	18-21 нед
Длина шейки матки (мм)				
Средняя	35,5±5,1	29,8±3,8 <sup>1</sup>	35,7±3,3	40,5±3,5
Диапазон	28-44	24-36	28-45	32-47
Первобеременные	35,3±4,0	30,6±3,1 <sup>1</sup>	35,4±3,1	40,6±3,6
Повторнобеременные	35,4±5,5	27,9±2,8 <sup>1</sup>	35,6±3,5	40,2±3,4
Диаметр внутреннего зева (мм)				
Средний	2,6±0,3	5,1±0,5 <sup>1,2</sup>	2,8±0,5	3,4±0,4
Диапазон	2-5	3-7	2-5	2-6
Толщина шейки матки (мм)				
Средняя	25,1±1,6	33,1±2,4 <sup>2</sup>	29,2±2,1	29,1±1,9
Диапазон	23-29	30-36	27-32	26-31
Толщина передней стенки перешейка (мм)				
Средняя	8,3±0,61	8,0±0,6 <sup>1</sup>	10,5±0,7	10,0±0,8
Диапазон	7-10	7-9	9-13	9-11

*Примечания:* 1 – показатель достоверности сравнения данных женщин основной и сравнительной групп в аналогичном сроке беременности; 2 – показатель достоверности сравнения данных I и II триместра в пределах одной группы.

Таким образом, общая динамика конфигурации шейки матки в обследованных группах имеет определенные отличия, сущностью которых является четкая зависимость от наличия у женщины признаков НДСТ.

Нами проанализированы клинические особенности и исходы беременности в сопоставлении с показателями УЗ цервикометрии. В результате установлено, что средняя продолжительность беременности в основной группе (36,1±1,1 нед) меньше, чем в сравнительной (38,9±0,8 нед,  $p < 0,05$ ). На формирование этого показателя повлияло то, что абсолютное большинство случаев недонашивания беременности имело место в основной группе: 4 – поздних аборта, 6 – очень ранних преждевременных родов, 2 случая преждевременных родов до 34 нед. В сравнительной группе наблюдалось 2 случая преждевременных родов (в 32 и 35 нед.), причинами которых были многоводие и реализация внутриматочного инфицирования. Таким образом, при общей частоте недонашивания на уровне 6,8% (14 случаев из 204), 85,7% произошло у женщин с НДСТ, в том числе 71,4% относятся к категории ПБВТ. Это можно счи-

тать подтверждением нашей рабочей гипотезы, согласно которой именно женщин с НДСТ следует рассценивать как главный источник самопроизвольной ПБВТ.

Индивидуальное ретроспективное рассмотрение каждого случая ПБВТ с учетом особенностей УЗ цервикометрии позволило отметить, что длина шейки в ходе скрининга II триместра была у всех менее 30 мм, и при этом в 3 наблюдениях укорочение шейки сочеталось с воронкообразной дилатацией внутреннего зева, которая занимала около 50% длины цервикального канала.

Подобную картину (U-образное расширение внутреннего зева) мы наблюдали также у 8 женщин основной группы, которые имели шейку более, чем 35 мм в длину, при том, что высота «воронки» не превышала 1/3 длины шейки. Среди них ПБВТ и родов до 34 полных недель не было.

Таким образом, относительный риск недонашивания при НДСТ является статистически достоверным (ОР 5,6; 95% ДИ 1,39–22,23;  $p < 0,001$ ). Объективизации этого риска способствует анализ конфигурации шейки матки в пределах скрининга II триместра: укорочение шейки менее 30 мм с формированием воронкообразной дилатации цервикального канала ассоциируется с НДСТ у беременной женщины и имеет прогностическое значение ПБВТ ( $\chi^2 = 12,5$ ;  $p < 0,001$ ).

Полученные данные, изложенные выше, позволяют рассмотреть вопрос эффективности профилактических воздействий при их своевременном применении.

Нами предложено для ведения беременных с НДСТ в целях предотвращения ПБВТ. применение вагинального микронизированного прогестерона во 2 триместре как первичного превентивного вмешательства. Располагая информацией, что вопрос об эффектах прогестинов при беременности является одним из наиболее обсуждаемых, в настоящей сообщении мы вынесли на рассмотрение один чисто клинический вопрос – в какой мере полезна прогестероновая поддержка в отношении частоты ПБВТ и ПР при НДСТ. При этом мы не обсуждаем вопросы выбора препарата, преимущественных путей введения (оральный, вагинальный, субкутанный), значения лекарственных форм (гель, таблетки, раствор для инъекций в масле сезама, в рыбьем жире и т.д.).

Наш опыт, полученный в течение 2009–2010 гг., позволяет отдать предпочтение вагинальному пути введения прогестерона. Существование так называемой функциональной «портальной системы», которая течет из вагины в матку, цервикальная канальная транспортировка, венозное и лимфатическое поступление прогестерона послужили теоретическим обоснованием этого выбора. Имеющиеся в литературе данные о лучшей биодоступности, позитивном эффекте прямого транспорта к матке при вагинальном введении прогестерона совпали с нашими наблюдениями об отсутствии побочных эффектов, в частности, сонливости, головной боли, утомляемости, характерных для орального применения [3].

На втором этапе исследования в разработку вошли 500 женщин с клинически значимой НДСТ, отобранные из сплошного потока обратившихся для скрининга I триместра. По критерию «применение препарата прогестерона» их разделили на две однородные по клинико-anamnestическим данным, социально-демографическим характеристикам группы. На основании результатов первого этапа, они были включены в группу риска по недонашиванию. Начало применения прогестероновой поддержки в I группе варьировало между 14–18 нед, рекомендованные дозы предусматривали одно из введений на ночь, до 33 полных недель. Данные клинико-статистиче-

Таблица 2

**Данные о течении и исходах беременности у женщин с НДСТ под влиянием прогестероновой поддержки**

Факторы	I группа (n=250)	II группа (n=250)	ОР	95% ДИ	P
Укорочение шейки во II триместре (%)	4	10	0,39	0,18-0,80	0,014
Цервикальная недостаточность: укороченная шейка + V- или U-дилатация (%)	3,2	8%	0,39	0,17-0,89	0,032
Цервикальный серкляж (%)	3,2	12	0,25	0,12-0,55	<0,001
Поздний спонтанный аборт (%)	1,6	4	0,42	0,12-1,26	
Очень ранние ПР до 28 нед (%)	1,6	6,4%	0,24	0,08-0,72	0,012
ПР в 28-33 <sup>6</sup> нед (%)	1,6	3,2	0,52	0,16-1,66	
ПР в 34-36 <sup>6</sup> нед (%)	1,6	1,6	0		
Неонатальная смертность (%)	0,8	2,4	0,38	0,09-1,64	0,285

ского анализа о течении и исходах беременности в I и II группе, позволяющие составить представление о влиянии прогестероновой поддержки женщины с НДСТ в отношении ПР, приведены в табл.2. Представленные данные позволяют констатировать преимущества прогестероновой поддержки в группе риска ПБВТ (НДСТ+) в отношении снижения частоты укорочения шейки матки, формирования ЦН, уменьшение потребности в серкляже, а также четкое позитивное влияние прогестерона на частоту очень ранних ПР. С применением прогестерона есть также основания связать тенденцию снижения уровня неонатальной смертности.

Таким образом, настоящее сообщение, в котором показана возможность индивидуализации вероятности ПБВТ и ПР на основании фенотипических особенностей женщины, а также продемонстрирована польза прогестероновой поддержки в группе риска, можно рассматривать как стимул к дальнейшему изучению роли прогестерона для оптимизации перинатальных исходов и предотвращения недоношенности.

## ВЫВОДЫ

Наличие НДСТ у беременной женщины является предпосылкой бессимптомного укорочения шейки матки и ЦН, что дает основания дополнить подход к профилактике ПБВТ с позиций прогнозируемого риска.

Профилактическое использование вагинального микронизированного прогестерона женщинами с НДСТ ведет к снижению у них риска ЦН и ПР. С учетом распространенности дисплазий около 30% такой подход дает реальную возможность снизить показатель недоношенности на популяционном уровне.

Критерием диагностики ЦН у женщин с НДСТ можно считать укорочение шейки менее 30 мм в сроке до 22 нед с формированием воронкообразной дилатации цервикального канала до 50% его длины.

Наши данные согласуются с мнением о том, что преимущества прогестерона могут проявляться по-разному в различных группах риска.

Показания к профилактическому назначению прогестерона, общепринятые в мире (ПР в анамнезе, экстремальное укорочение шейки менее 15 мм, многоплодная беременность, женщины с остановленными ПР) в украинской популяции следует расширять, с учетом очевидной ассоциативной связи недонашивания с аномалиями СТ.

### **Профілактика втрати вагітності в II триместрі – ресурс удосконалення перинатальної допомоги**

**Л.Г. Назаренко, О.О. Бибик, Д.А. Настенко**

Мета дослідження – уточнення критеріїв цервікальної недостатності і ступеня ризику втрати вагітності в II триместрі за наявності недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Проведено аналіз серійних ультразвукових досліджень, вивчено залежність довжини шийки матки від наявності дисплазії сполучної тканини. Встановлено, що дисплазії сполучної тканини є передумовою безсимптомного скорочення шийки матки. Профілактичне використання вагінального мікронізованого прогестерону веде до зниження ризику передчасних пологів у жінок з ознаками дисплазії.

**Ключові слова:** шийка матки, невиношування, сполучна тканина дисплазія, прогестерон.

### **Preventing loss of pregnancy second trimester – a resource to improve perinatal care**

**L. Nazarenko, O. Bybyk, D. Nastenko**

Research objective – clarification of the criteria of cervical insufficiency and risk of loss of the second trimester of pregnancy in the presence of connective tissue dysplasia. The analysis of serial ultrasound examinations, studied the length dependence on the presence of dysplasia of connective tissue. Established that dysplasia of connective tissue is a prerequisite for asymptomatic reduction of the cervix. Prophylactic use of vaginal micronized progesterone leads to a reduced risk of premature birth in women with signs of dysplasia.

**Key words:** cervix, miscarriage, connective tissue dysplasia, progesterone

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ранние сроки беременности / Под ред. проф. В.Е. Радзинского и А.А. Оразмурадова. – М., 2005. – 448 с.
2. Фомина Л.Н. Клинические формы соединительнотканной дисплазии у детей: Учебное пособие. – Петргу. Петрозаводск. – 2001. – 60 с.
3. Bergella V., Figueroa D., Szychowski J. 17-Alpha-hydroxyprogesterone caproate for the prevention of preterm birth and a short cervical length // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. 10.024.
4. Goldenberg R.L. The management of preterm labor // Obstet. Gynecol. – 2002; 100: 1020–1037.
5. Lee S.E., Romero R., Park Ch.-W., Jun J.K., Yoon H.B. The frequency and significance of intraamniotic inflammation in patients with cervical insufficiency // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008; 198:633.e1–633.e8.
6. Marlow N., Wolke D., Bracewell M.A., Samara M. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth // New Engl. J. Med. //2005; 352:9–19.
7. Srinivas S.K., Ernst L.M., Edlow A.G., Elovitz M.A. Can placental pathology explain second-trimester pregnancy loss and subsequent pregnancy outcomes? // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 10. – P 402–405.



# Психоемоційний стан вагітної жінки як фактор ризику порушень пуповинного кровообігу

*Л.Г. Назаренко, І.О. Семеринська*

Харківська медична академія післядипломної освіти  
КЗОЗ «Міський клінічний пологовий будинок № 6»  
міський центр «Медицина плода», м. Харків

Сучасний стан суспільного здоров'я характеризується погіршенням психічної, фізичної, соціальної складової цього поняття в усіх вікових групах, проте найбільш масштабною є поширеність факторів порушення якості життя серед дітей, що створює загрозу демографічним перспективам країни. За комплексом медичних, психологічних і педагогічних критеріїв, 30–50% дітей до 6 років не здатні до навчання, більш 60% відносяться до категорії ризику психофізіологічної дезадаптації, близько 35% мають розлади нервово-психічної сфери вже на перших роках життя [3, 7]. Останні десятиліття означилася і набула поширення нова клінічна психоневрологічна патологія дітей – синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, який стає досить серйозною соціальною проблемою, адже охоплює від 3 до 18% малечі. Розуміння перинатального походження більшості цих порушень, доведений причинний зв'язок відхиленя неврологічного і психічного стану дітей з подіями впродовж внутрішньоутробного розвитку і пологів актуалізує питання ролі стресових впливів в окремі періоди раннього онтогенезу [1, 2].

Основними стресорами в інтранатальному періоді є гостра гіпоксія й пологовий травматизм, але практичний зміст цих явищ, зведений до визначення «дистресу» і проведення екстреного розродження, дотепер обмежує судження про відворотність трагічних наслідків і не сприяє пошуку можливостей реалізації первинного профілактичного підходу.

В числі факторів впливу на частоту гіпоксичних і травматичних уражень внутрішньоутробної дитини особливе місце займають порушення плацентарно-плодового кровообігу внаслідок обвиття або скручування пуповини [6]. Клінічна інтерпретація цього явища є доволі суперечливою. З одного боку, обвиття пуповини і її скручування, як ізольовані факти, традиційно не сприймаються за патологію перинатального періоду, а з іншого боку, у разі розвитку гострих порушень кровообігу внаслідок механічного здавлювання судин, вважаються непередбачуваними і некерованими причинами перинатальних ускладнень і втрат. Слід зазначити, що обвиття пуповиною досі не було популярною темою наукового пошуку, оскільки дане явище традиційно вважалось абсолютно випадковим. Через те його причини залишаються без пояснення.

Обвиття навкруги частин тіла і скручування пуповини, за існуючою думкою, може бути наслідком патологічної її довжини і підвищеної рухливості плода. Значення цих факторів не підлягає жорсткому контролю і медичному керуванню. Дов-

жина пуповини генетично детермінована. Рухова активність плода є доволі складним явищем, з циркадними ритмами і багатофакторними механізмами регуляції, вплив яких не піддається однозначній інтерпретації, з індивідуальним і суб'єктивним сприйняттям жінкою в залежності від власної діяльності, темпераменту, тощо. Рухи плода є необхідною умовою нормального росту органів і систем, вважаються характеристикою здоров'я, елементом оцінки біофізичного профілю і навіть поведінкового статусу плода (fetal behavioral status) [8].

Клінічні спостереження дозволяють припустити підвищену вірогідність обвиття пуповиною внутрішньоутробної дитини під впливом психоемоційного стресу, якого зазнає вагітна жінка. Але на даний час в джерелах медичної інформації немає відповідей на питання, чи існують особливості психоемоційного стану жінок, в яких плід пізнав обвиття пуповиною, чи має цей феномен абсолютну залежність від довжини пуповини і рухової активності дитини, як співвідноситься поведінкові реакції плода зі стилями загального самосприйняття й переживання жінкою своєї вагітності, з цінністю дитини для майбутньої матері, особливостями її харчування, тощо.

Між тим, актуальність проблеми порушень пуповинного кровообігу для сучасного практичного акушерства і перинатології є очевидною. Її визначає той факт, що внаслідок непередбачуваних подій в подібних ситуаціях можуть зазнавати гіпоксичних і травматичних уражень та навіть втрачатися доношені діти, функціонально зрілі, з добрим потенціалом життєздатності, і частота таких випадків зростає в останні роки. Це є вагомим аргументом як для ретельного розгляду усіх можливих чинників формування аномального розташування пуповини, яке підвищує вірогідність порушень кровообігу в системі мати-плід, так і для зміни ступеня уваги медичних спеціалістів до факту обвиття пуповиною навіть під час вагітності – від малоістотного до клінічно значимого.

Передумовою для розгляду феномену обвиття пуповиною з позицій психосоматичної медицини в нашій клінічній практиці стали відомості про існування психоемоційних зв'язків вагітної жінки з дитиною, що розвивається в її організмі, про вплив медіаторів стресу на поведінку не тільки дорослої людини, а й поведінкові реакції внутрішньоутробного плода, а також власний емпіричний досвід, опублікований раніше [2, 5, 9].

Психосоматична концепція розвитку певних видів патології вагітності має беззаперечні докази. Універсальним положенням є те, що розвиток патології гестаційного процесу визначається взаємодією біологічних і психосоціальних факторів, і вагітність, як найбільш відповідальний період в житті жінки і особливе випробування для адаптаційних процесів, відзначається складною динамікою емоціонального стану, багатфакторною природою ушкоджуючих механізмів, сприяючих підвищенню психологічної уразливості майбутньої матері. «Поведінка» плода, який є здатним до емоційного сприйняття і перебуває в тісній психоемоційній взаємодії з матір'ю, проявляється особливими реакціями на зовнішні й внутрішні події [2, 9].

Нинішня ситуація в суспільстві – загострення економічної кризи, недостатня правова й соціальна захищеність жінки, розбалансування сімейних цінностей – створює додатковий негативний фон, формуючи й підсилюючи стан тривоги, психоемоційну напруженість, провокуючи схильність до розвитку стресових реакцій, які мають, зокрема, широкий спектр перинатальних наслідків.

Отже, характер залежності між обвиттям пуповини навкруги плода, з одного боку, і психоемоційним станом, проявами тривожності, як ситуативного явища і особистісної характеристики вагітної жінки, з іншого, потребує з'ясування, що і стало **метою** цього дослідження.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Із суцільного потоку вагітних жінок, обстежених в межах ультразвукового скринінгу третього триместру, відібрано 100 випадків обвиття пуповини навкруги ший плода в терміні вагітності 33-35 тижнів (тобто в терміні гестації, в якому у переважній більшості встановлюється положення, передлежання плода). Паралельно із цього ж потоку сформовано порівняльний контингент жінок - 100 спостережень без ознак обвиття.

Критеріями включення в дослідження були вагітність одним плодом без вроджених вад розвитку, з нормальними параметрами внутрішньоутробного росту; критеріями виключення – ятрогенний фактор, передлежання плаценти, аномальна кількість амніотичної рідини, наявність рубця на матці, ускладнення репродуктивного анамнезу і нинішньої вагітності, тяжка соматична, передусім, психоневрологічна патологія, за висновком профільного фахівця. Такий підхід ми вважали гарантією мінімізації впливу очевидних і вірогідних чинників психоемоційної напруги на висновки дослідження. В результаті ідентифіковані як придатні для даного дослідження 179 осіб, в тому числі, 87 з обвиттям пуповини (I група) і 92 – без обвиття (II група). Критерієм розподілу спостережень на групи був факт наявності/відсутності обвиття пуповини навкруги ший плода.

Вік жінок I групи – 18–36 років, II групи – 20–42 роки. За такими показниками як освіта, вид діяльності, паритет обидві групи суттєвих відмінностей не мали. За сімейним станом вагітні досліджуваних груп знаходилися в однакових соціальних умовах, при цьому кількість одиноких матерів була близько 20%.

Перед проведенням стандартного скринінгового дослідження, тобто до констатації факту обвиття пуповини, вагітні жінки за поінформованою згодою пройшли такі психодіагностичне обстеження:

- 1) тестовий опитувальник Дж. Тейлор, адаптований Т.А. Немчиновим (методика вимірювання рівня тривожності, за підрахунком балів результати інтерпретуються як дуже високий, високий, середній, низький рівень тривожності);

2) самооцінка рівня двох видів тривожності – реактивної (як ситуаційне явище, емоційний стан) й особистісної (властивість характеру, стала риса особистості або темпераменту) за методикою Ч.Д. Спилберга і Ю.Л. Ханіна [4];

3) експрес-діагностика наявності тривожного стану за допомогою проективного тесту кольорових виборів Люшера (із застосуванням персонального комп'ютера, в режимі on-line, з роздрукуванням висновку щодо реального душевного стану особистості на підставі безсвідомого вибору кольорів).

Слід зазначити, що змішання понять «тривога» і «тривожність» може призвести до методологічних помилок. Тривога – емоційний стан, почуття відсутного хвилювання й занепокоєння, часто без будь-якого зовнішнього приводу. Стан тривоги може бути нормальним явищем. Про патологічну тривогу свідчить її дезорганізуючий вплив на життєдіяльність людини. Тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції три-

воги. Розрізняють ситуативну тривожність (пов'язану з конкретною зовнішньою ситуацією) і особистісну тривожність (яка є стабільною властивістю особистості).

Проведення індивідуального психодіагностичного тестування усім жінкам, які проходили скринінг, за їхнім бажанням, в умовах кабінету допологового психологічного виховання сім'ї, до початку ультразвукового обстеження, дозволило нам мінімізувати ситуативні емоційні реакції й тривогу, як можливу відповідь на інформацію, отриману в ході дослідження, зокрема, на відомості про обвиття пуповиною.

Ультразвукове дослідження проводилося спеціалістами експертного рівня, в стандартному обсязі, на апараті „Sonoase-8000” („Medison”, Корея), з ідентифікацією розташування пуповини кольоровим доплером. Жінкам I групи пропонували кардіотокографію, яку проводили на апаратах Sonicaid Team Care Duo (Oxford Medical) з автоматизованим аналізом за критеріями Dawes/Redman. В жодному із випадків ознак антенатального дистресу під час обстеження встановлено не було.

Інформування вагітної про факт обвиття пуповиною носило максимально коректний характер, з мотивацією на конструктивну власну позицію жінки, мінімізацію тривоги, з пропозицією відвідування корекційно-виховальних занять з перинатальним психологом.

При опрацюванні матеріалу застосовано математичні методи статистичної обробки даних клінічних досліджень – варіаційний, t-критерій Стьюдента, критерій  $\chi^2$ , достовірність яких визначали при  $p \leq 0,05$ . Використовували ліцензовані програмні продукти для IBM PC Intel Celeron M.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

За результатами застосування опитувальника «Шкала проявів тривоги», вкрай високий рівень тривожності / нейротизму виявили 27 жінок I групи (31,0%) і лише 2 – групи II (2,2%); високий – 55 вагітних I групи (63,2%) і 35 – II групи (38,0%). Низький рівень тривожності встановлено з однаковою частотою – у 6 осіб в I групі і 5 в II, що становить відповідно 6,5% і 5,8%. Кожна друга жінка групи II показала середній рівень тривожності (49 – 53,3%). Середнє значення, за результатами опитувальника особистісної тривожності Тейлор, в I групі складало  $38,2 \pm 2,38$  бала, в II групі –  $24,5 \pm 1,51$  бала ( $p < 0,001$ ). Абсолютна перевага високого ступеня тривожності в I групі жінок дозволила встановити пряму кореляційну залежність між проявами нейротизму у вагітної і обвиттям пуповини навкрузи шії її плода ( $\chi^2 = 56,2$ ;  $p < 0,001$ ), а отже, зробити висновок наявності між цими явищами причинно-наслідкових зв'язків.

Спілкування з більшістю жінок, які показали високі й надвисокі рівні тривожності, в межах часу обстеження, складало загальне враження про достатнє моральне благополуччя і не дозволило виявити поверхневих і очевидних проявів емоційної нестабільності, підвищеного занепокоєння. І це, ймовірно, частково можна пояснити тим, що для більшої частини жінок дана вагітність була першою, що обумовило нову ситуацію, яка сама собою сприяла зростанню тривожності, прихованої від оточуючих. В даній роботі ми не вирішували завдання аналізу джерел проблем тривожності, тому маємо інтерпретувати власні дані лише посилюючись на існуючі уявлення про те, що, за відсутності нервово-психічних і соматичних захворювань зазвичай тривожність посилена у здорових осіб, що пережили або переживають наслідки психот-

равми, а також у людей з суб'єктивними проявами неблагополуччя особистості, її відхиленнями. Отже, сучасне розуміння тривожності як свідчення обмежених засобів для подолання особою утруднень, неприємних для себе ситуацій, браку коштів, що використовуються у власній діяльності й взаємодії з іншими людьми, в співставленні з отриманими нами даними, дозволяє припустити, що вагітність більш, ніж у кожної другої практично здорової жінки (117 із 179 – 65,4%) настає і проходить на фоні подібних психоемоційних проблем. І це в свою чергу дає підставу висловити позицію, що психокорекційні програми мають стати неодмінним елементом не тільки допологової, а й предгравідарної підготовки жінки, її сім'ї.

Результати самооцінки жінок за методикою Спілберга і Ханіна дозволили визначити дуже великий відсоток осіб з високим рівнем реактивної тривожності в обох групах: 83,9% в I (73 жінки) і 76,1% в II (70 жінок),  $p > 0,05$ . В II групі кожна п'ята вагітна (20,7%) показала середній рівень реактивної тривожності. Кореляційний зв'язок між високим рівнем реактивної тривожності і фактом обвиття пуповиною, за нашими даними, відсутній ( $\chi^2 = 1,25$ ;  $p = 0,263$ ).

Не виключно, що високий загальний рівень ситуативної тривожності обумовлений саме обставинами обстеження, які асоціюються з прихованою або явною нервозністю через потребу перебування в медичному закладі, чергою, напруженою очікуванням.

Особистісна тривожність високого рівня виявилася в 75,9% (у 66 жінок) спостереженнях I групи і в 4,4% (у 4) – II; помірна – в 20,7% (у 18 осіб) I групи і в 80,4% (74) II; низька – в 3,4% I групи (3) і 15,2% (14) – групи II. Розрахунок кореляційного зв'язку між високою особистісною тривожністю і фактом обвиття пуповини ( $\chi^2 = 93,05$ ;  $p < 0,001$ ) дає підставу вбачати між ними наявність причинно-наслідкових відносин.

За тестом Люшера, 87,4% жінок I групи отримали характеристики, які базуються на негативних тенденціях – прикритість, тривожна невпевненість у собі, емоційна лабільність. Проте, 72,8% вагітних, що увійшли до II групи, не показали жодної із характерних негативних особистісних рис.

Отже, результати суб'єктивного оцінювання психоемоційного стану вагітної жінки, проведеного за допомогою структурованого інтерв'ю, і самооцінки вагітної жінки, як свідомої, так і надсвідомої, цілком узгоджуються між собою, що дозволяє, узагальнюючи їх, звернути увагу на наступні моменти.

Ступінь психоемоційної напруги серед загального контингенту вагітних жінок, віднесених до категорії практично здорових осіб без ускладнень внутрішньоутробного розвитку, в нинішньому поколінні є надто високою, що аргументує необхідність розробки психокорекційних виховальних й інформаційно-розвивальних програм, створення умов для їх функціонування на всіх етапах медичного супроводу жінок, від планування до реалізації репродуктивних намірів.

Неодмінною умовою успіху цієї роботи є навчання медичних спеціалістів з питань медичної психології, психотерапії, перинатальної психології.

Новим і донині неочікуваним перинатальним наслідком високої тривожності жінок уявляється обвиття пуповиною навкруги шиї плода, що, не виключно, є відображенням своєрідного сприйняття внутрішньоутробною дитиною глибоких емоційних проблем своєї матері, яке виражається, імовірно, особливими поведінковими реакціями – підвищенням активності рухів і змінами їх характеру. І це напевне слід сприймати як дещо більше, ніж простий збіг обставин і випад-

ковість, адже моторні функції забезпечуються на нейрофізіологічному рівні, і рухова активність є обов'язковим компонентом визначення «поведінки» [8]. Динамічні ж характеристики поведінки, м'язова активність забезпечуються енергетичними механізмами, аеробними і анаеробними процесами, які формуються під більшим чи меншим впливом генотипу [8]. Вплив тривоги і страху на функції мозку, як відомо, реалізується шляхом зниження секреції нейропептидів, і максимально уразливими є саме тканини, що недостатньо визріли і розвиваються. Нажаль, слід визнати, що фізіологічне забезпечення моторних функцій, психологічні умови реалізації рухів взагалі досліджено вкрай недостатньо, а відповідні аспекти стосовно внутрішньоутробної дитини залишаються дотепер тільки на рівні гіпотез і допущень.

Незважаючи на це, є певні підстави по-новому розглянути зростаючу поширеність гіперактивних дітей – простежити паралелізм цього явища з підвищенням частоти обвиття пуповини в останні роки, загальним посиленням ролі стресових факторів в житті сучасного репродуктивного покоління. З цих позицій вважаємо за можливе винести на розгляд припущення, чи не є «гіперактивність дитини з дефіцитом уваги» феноменом, який має пренатальні корені, формується під впливом деструктивних проявів тривоги у майбутньої матері, і чи не слід вважати обвиття пуповини у внутрішньоутробному періоді доклінічним індикатором вірогідності розвитку зазначеного синдрому в майбутньому житті, а отже, приводом для застосування превентивних заходів. Побічними доказами перинатальної причетності стресових факторів, які зазнала жінка в пренатальному періоді розвитку її дитини, особливо в I триместрі вагітності, є підвищення за таких умов ризику передчасних пологів і малої маси при народженні, показане на популяційному рівні [10, 11].

Розуміння відповідальності за події внутрішньоутробного періоду життя своєї майбутньої дитини має формуватися у жінки заздалегідь до того, як негативні наслідки стресових факторів, що неминучі в сучасному житті, можуть стати очевидними. Але сьогодні є підстави для позитивного прогнозу навіть в ситуації, яка вже сформувалася при вагітності під впливом стресу і негативних емоцій. Щодо обвиття пуповини, зазначимо, що подоланню проблеми мають сприяти програми налаштування жінки на позитивне мислення і діалог з внутрішньоутробною дитиною, усвідомлення того, що навіть потенційно загрозлива ситуація може стати зворотною, а успіху досягає той, хто його прагне.

## **ВИСНОВКИ**

1. Обвиття пуповиною навкруги шийі плода знаходиться в асоціативному зв'язку з високим рівнем тривожності, невротичним характером особистості майбутньої матері, що має бути врахованим в медичному супроводі жінки під час вагітності.

2. Схильність жінки з високим рівнем невротизації до тривожного стилю переживання своєї вагітності встановлюється за допомогою традиційних методів психодіагностики, які є доступними для закладів практичної охорони здоров'я; їх використання не потребує коштів, а вимагає лише бажання і уваги медичних фахівців, проте, очікувані результати, з урахуванням можливих наслідків гострих порушень пуповинного кровообігу для здоров'я й життя дитини, у разі застосування превентивного підходу, оцінюватимуться не лише швидкими коштами, а якістю здоров'я майбутнього покоління.

3. Сучасні можливості психокорекції дозволяють сподіватися на подолання перинатальних наслідків підвищеної невротизації вагітних жінок, зокрема, обвиття плода пуповиною, що потребує нових поглиблених досліджень з цієї проблематики.

**Психоэмоциональное состояние беременной женщины как фактор риска нарушений пуповидного кровообращения**  
**Л.Г. Назаренко, И.А. Семеринская**

Цель – исследование связи между обвитием пуповины вокруг плода и психоэмоциональным состоянием беременной женщины. Установлено, что обвитие вокруг шеи плода ассоциировано с высоким уровнем тревожности, невротическим характером личности будущей матери.

**Ключевые слова:** пуповина, обвитие, психоэмоциональное состояние, невротизм, тревожность

**Psycho-emotional state of pregnant women as a risk factor violations umbilical cord circulation**  
**L. Nazarenko, I. Semerinskaya**

Purpose – study of the relationship between entanglement umbilical cord around the fetus and psycho-emotional state of pregnant women. It is established that wound around the neck of the fetus is associated with high levels of anxiety, neurotic character of the personality of the future mother.

**Key words:** umbilical cord entanglement, psychoemotional status, neuroticism, anxiety

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Володин Н.Н., Медведев М.И., Дегтярева М.Г. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически – ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения // Педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 101–106.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
3. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 336 с.
4. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / Под ред. проф. В.М. Астахова. – Донецк: Норд-Пресс, 2010. – 110 с.
5. Назаренко Л.Г., Семеринская И.А. Перинатальные потери: взгляд через призму психологических проблем семьи (клинические наблюдения) // Здоровье женщины. – 2010. – № 7. – С. 126–129.
6. Патология пуповины / Под ред. проф. В.Е. Радзинского. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2011. – 96 с.
7. Пауэр М.Л., Шулькин Дж. Рождение ребёнка, дистресс и риск болезней. Перевод с англ. – М., Триада-Х, 2010. – 264 с.
8. Психогенетика. Учебник / И.В. Равич-Щербо, Т.М. Марютина, Е.Л. Григоренко – М.: Аспект Пресс, 2006. – 448 с.
9. Janus L. The Enduring Effects of Prenatal Experience. Echoes from the Womb. – 2001. – Matters Verlag GmBH, Heidelberg. – 278 p.
10. Borders A., Grobman W.A., Amsdwn L.B. The relationship between self-report and biomarkers of stress in low-income reproductive-age women // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010; 05.11.
11. Zhu P., Tao F., Hao J. Prenatal life events stress: implication for preterm birth and infant birthweight // Am. J. Obstet. Gynecol.. – 2010; 202:02.023.

# Оцінка стану внутрішньоутробного плода у жінок, вагітність у яких настала завдяки допоміжним репродуктивним технологіям

*В.К. Чайка, І.Т. Говоруха*

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

---

Результати дослідження продемонстрували, що тільки застосування комплексу методів досліджень щодо визначення стану плода, зокрема, доплерометричного, кардіотокографічного і ехографічного, дозволяє більш точно контролювати компенсаторно-приспосувальні можливості плода для визначення тактики подальшого ведення вагітності та пологів у жінок, вагітність у яких настала завдяки допоміжним репродуктивним технологіям.

**Ключові слова:** внутрішньоутробний стан, плід, вагітність, допоміжні репродуктивні технології.

Постійне удосконалення лікувальних заходів щодо відновлення фертильності, в тому числі методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), дало можливість підвищити частоту настання вагітностей у безплідних пар [3, 5, 7, 9].

У той же час особливостями перебігу вагітності у жінок з вилікуваним безпліддям є високий ступінь імовірності її переривання на всіх термінах гестації, багатоплідність, формування істміко-цервікальної недостатності, розвиток різних форм гестозів, плацентарних порушень, затримки росту плода, передчасного розриву плідних оболонок, репродуктивних втрат в пері- і ранній неонатальний періоди [4–6, 11]. Частота патології вагітності при багатоплідності перевищує таку в популяції в 3–7 разів [1, 10].

Одним із найважливіших завдань ведення вагітності у жінок з відновленою репродуктивною функцією є достовірна оцінка стану плода, основу якої складає ехографічне дослідження. В наш час ультразвукова діагностика (УЗД) під час вагітності здійснюється в двох напрямках: оцінка фето- і плацентометричних параметрів і вивчення функціонального стану плода. Для рішення першої задачі застосовується безпосередньо ехографія, для рішення другої – комплекс функціональних методів дослідження, в частковості визначення біофізичного профілю плода і вивчення гемодинаміки в системі мати–плацента–плід за допомогою ехографічної доплерометрії та кардіотокографії [2, 8].

В той же час нами не знайдено досліджень, які присвячені оцінці фето- і плацентометричних параметрів, функціонального стану плода, біофізичного профілю плода, а також гемодинаміки в системі мати–плацента–плід.

**Мета:** оцінити стан внутрішньоутробного плода у жінок після ДРТ.



## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим наглядом знаходилися 142 жінки з вилікуваним безпліддям завдяки ДРТ. Контрольну групу склали 48 вагітних з непорушеною репродуктивною функцією.

Найбільш інформативним методом виявлення та підтвердження факту настання вагітності в ранні терміни є ехографічне дослідження, що виконувалося трансвагінальним доступом і вперше здійснювалося на 3–4-й тиждень гестації та в подальшому повторювали за показаннями.

Основними задачами даного дослідження було: встановлення наявності одного або декількох ембріонів в порожнині матки, визначення місця імплантації та внутрішнього діаметру плідного яйця, локалізації ворсинкуватого хоріона, наявності/відсутності серцебиття, відповідності розмірів плідного яйця та ембріону передбачуваному терміну гестації, зміна анатомії ембріона/плода. Приділялася увага стану міометрія, оцінювався його тонус (локальне потовщення міометрія), визначалися місця відшарування плідного яйця (ретрохоріальні гематоми), якщо такі мали місце, встановлювалася наявність або відсутність жовтого тіла та його розміри в яєчниках, з екстраембріональних структур – візуалізація жовткового мішка.

Оцінку біофізичного профілю плода проведено з урахуванням одно- і багатоплідних вагітностей, представлено залежно від кількості плодів.

Вивчення гемодинаміки у фетоплацентарній системі проводили методом триплексної доплерометрії матково-плодово-плацентарного кровотоку з використанням ультразвукового сканеру преміум класу «SONOLINE Elegra advanced» (Siemens, Німеччина) за допомогою електронних датчиків: конвексного з частотою 3,5 МГц і лінійного з частотою 8 МГц.

Оцінку стану внутрішньоутробного плода і характеру його серцевої діяльності здійснювали за допомогою кардіотокографічного дослідження, яке виконували на апараті Kranzbühler.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найчастішим ехографічним відхиленням, що зареєстровано під час проведення першого дослідження, була відсутність жовтого тіла в яєчниках, що зареєстровано у абсолютної більшості пацієток після ДРТ, а в контрольній групі – тільки в одному випадку (90,8 і у 2,1%,  $p < 0,05$ ). Ще однією ознакою було локальне потовщення міометрія, яке також у жінок після ДРТ виявлялося достовірно частіше, ніж в контрольній групі (відповідно 64,8 і 6,3%,  $p < 0,05$ ).

Інші ехографічні ознаки патології плода та плаценти були відзначені тільки серед пацієток після ДРТ. Так, у 7,7% вагітних в терміні 5–6 тиж гестації виявлено деформацію плідного яйця, що в 4,2% випадках поєднувалося з раннім маловоддям. Низьке розташування плідного яйця діагностовано у 27,5% пацієток, причому у 21,8% з них – при багатоплідній вагітності.

У жінок контрольної групи показники біпаріетального розміру плода, округлість грудей і живота, довжини стегна, не виходили за межі гестаційної норми, що є відображенням фізіологічного росту та розвитку ембріонів. При оцінці характеристик плідного яйця було встановлено, що його внутрішній середній діаметр зростав з 8 мм в 5 тиж до 50 мм в 12 тиж, тобто в 6 разів.

У вагітних після ДРТ відставання темпів приросту куприко-тім'яного розміру зареєстровано в 16,9% випадків, невідповідність діаметру плідного яйця терміну гестації – в 12,7%, що, можливо, зумовлено частотою у них багатоплідних вагітностей.

Передлежання хоріона після 8-го тижня гестації виявлено у 13,4% пацієнток, до того ж хоріон частково або повністю перекривав ділянку внутрішнього зіву.

Загроза втрати гестації, яка супроводжувалася формуванням ретрохоріальної гематоми, була відзначена більш ніж у половини вагітних з відновленою фертильністю (62,7%).

Слід вказати, що в усіх випадках виявлення під час УЗД деформації плідного яйця і раннього маловоддя у пацієнток з відновленою фертильністю діагностовано вагітність, що завершила (10,6%), яка в більшості випадків була зумовлена хромосомною патологією, в подальшому підтвердженою цитогенетичним аналізом abortного матеріалу в медико-генетичному центрі.

Необхідно підкреслити, що не в усіх випадках при наявності одного або двох ехографічних ознак (гіпертонус міометрія, ретрохоріальна гематома та відсутність жовтого тіла) мали місце клінічні симптоми загрози переривання вагітності. В той же час при патології ембріона та плідного яйця в поєднанні з іншими ехографічними ознаками можливо прогнозувати самовільне переривання вагітності.

При динамічному ультразвуковому спостереженні в II триместрі гестації в 32,4% випадках в групі жінок після ДРТ діагностовано багатоплідну вагітність, при цьому у 29,6% (42 випадки) – двійня, у 2,8% (4 випадки) – трійня. В контрольній групі відзначено 1 (2,1%) багатоплідну вагітність двійнятами.

Підвищення тонуусу міометрія, яке супроводжувалося клінічною картиною загрози переривання вагітності, відзначено у половини пацієнток з вилікуваним безпліддям і у однієї з контрольної групи (52,8 і 2,1%,  $p < 0,05$ ). До того ж ця ознака мала місце у всіх вагітних з трійнею і у кожній другій – з двійнятами.

Укорочення шийки матки з формуванням ПЦН зустрічалося у 12,7% вагітних після ДРТ, а серед жінок з нормальною фертильністю це ускладнення не зареєстровано в жодному випадку. У половини вагітних з вилікуваним безпліддям виявлялися різні ехографічні порушення в плаценті. Аномалії, розташування плаценти такі як, передлежання та низьке її розташування зареєстровано у 9,2% пацієнток з пролікованих до вагітності методами ДРТ.

Патологія пуповини при ехографічному дослідженні діагностовано у 2,8% жінок з інфертильністю: в 3 (2,1%) випадках мала місце єдина артерія пуповини, в 1 (0,70%) – набряк вартонова драгли.

Вади розвитку плода виявлено у 4 (2,8%) пацієнток після ДРТ, що в 2 (1,4%) випадках було показанням для дострокового переривання вагітності за медичними показаннями. У двох (1,4%) жінок вагітність пролонгована далі при наявності аномалій у одного плода при двійні. Вищенаведених ехографічних відхилень у вагітних з нормальною фертильністю зареєстровано не було.

ЗРП на 2–3 тиж до кінця II триместру відзначено у кожній четвертій вагітної після ДРТ і у однієї жінки з непорушеною фертильністю (26,1 і 2,1%,  $p < 0,05$ ). Слід підкреслити, що ЗРП в більшому ступені була характерною для багатоплідної вагітності.

Аntenатальну загибель плода діагностовано в ранньому фетальному періоді у двох жінок після ДРТ (1,4%) при вагітності двома плодами.

В пізній фетальний період порівняно з раннім фетальним збільшилася частота маловоддя з 2,1 до 5,6% і багатоводдя – з 2,8 до 15,5%. Найчастіше багатоводдя спостерігалася у жінок з багатоплідною вагітністю, яка настала після ДРТ.

Майже у кожній третій після ДРТ діагностовано ЗРП, при цьому тільки в 4,2% виявлено симетричну затримку росту, розмірів голови, живота, кінцівок, а в 28,2% випадків встановлено асиметричну форму ЗРП з переважним відставанням розміром живота на 2–3 тиж. В контрольній групі зареєстровано один випадок асиметричної форми ЗРП, що було достовірно рідше, ніж в групі після ДРТ (2,1 і 32,4%,  $p < 0,05$ ).

Під час УЗД декілька збільшилася по відношенню до II триместру частота виявлення структурних змін в плаценті, які трактувалися, як передчасне дозрівання плаценти. Гіперплазія та гіпоплазія плаценти виявлялися у вагітних з ДРТ приблизно з такою ж частотою, як і в попередньому триместрі. Слід відзначити, що чіткої залежності між ступенем, виявлених при УЗД, структурних змін в плаценті та функціональним станом плодів і новонароджених не спостерігалася, що можна пояснити великими компенсаторними можливостями плаценти, що дозволяють забезпечувати потреби плода та прогресування вагітності.

Патологію пуповини, яку діагностовано у 2,8% жінок після ДРТ в II триместрі вагітності, зберігалася при її прогресуванні.

У 5 (3,5%) вагітних виявлено аномалії розвитку плода у вигляді чисельних вад розвитку – 2 випадки (1,4%); гермафродитизму, дефекту шлунково-кишкового тракту, агенезії нирки – по 1 випадку (по 0,70%).

У кінці II і на початку III триместру гестації у 16,2% плодів від жінок після ДРТ візуалізувалися кісти судинних сплетінь головного мозку та гіперехогенний фокус лівого шлуночка серця, які до кінця вагітності не виявлялися. У 6,3% плодів (частіше чоловічої статі) мали місце пієлектазії одне або двобічні, які під час обстеження після пологів підтвердилися у 2,1% новонароджених.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти в термін 32–37 тиж гестації діагностовано у 4,2% вагітних після ДРТ, в тому числі у двох вагітних з двійнею (1,4%), що було показанням для дострокового розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Аntenатальну загибель плода в пізньому фетальному періоді зафіксовано при УЗД у трьох вагітних після ДРТ, що склало 2,1%.

Крім ехографічної оцінки розвитку плода нами після 20 тиж гестації розглядалися особливості гемодинаміки в системі мати–плацента–плід. При цьому вивчення матково-плацентарного кровотоку методом доплерометрії проводилося в головних маткових і спіральних артеріях. Стан плодово-плацентарного і плодового кровотоку оцінювали в артеріях пуповини та середній мозковій артерії.

Нами встановлено, що у 62,0% вагітних після ДРТ відзначено порушення матково-плацентарного кровообігу та гемодинаміки плода, зокрема: матково-плацентарного кровотоку (I A) – 14,8%; плодово-плацентарного кровотоку (I B) – 7,7%; порушення кровотоку I АВ ступеня гемодинамічних порушень, що мало вторинний характер по відношенню до змін маткової гемодинаміки, – 3,5%; II ступеня –

24,6%; III ступеня – 11,3%. В контрольній групі таких випадків зареєстровано не було.

Отже найчастішими у жінок після ДРТ були порушення гемодинаміки плода II ступеня та мали місце при ЗРП і преєклампсії середнього та важкого ступеня. Крім того, у всіх випадках при кардіотокографії зареєстровано позитивний нестресовий тест, знижену рухову та дихальну активність на даній стадії гемодинамічних порушень помічено у всіх плодів.

У всіх випадках при III ступені гемодинамічних порушень фіксувався підвищений діастолічний компонент в середній мозковій артерії плода. Ретроградний діастолічний кровоток в артерії пуповини відзначено тільки при преєклампсії важкого ступеня в 2,8%.

Зі зміною плацентарного кровообігу та порушенням плодової гемодинаміки тісно пов'язана зміна біофізичного профілю плода у вагітних з вилікуваним безпліддям.

В контрольній групі сумарна оцінка біофізичного профілю плода 8–10 балів мала місце в усіх випадках, а у вагітних з відновленою репродуктивною функцією в 1,7 рази рідше (100 і 58,4%,  $p < 0,05$ ).

У інших жінок після ДРТ сумарна оцінка біофізичного профілю плода склала 6–7 балів у 27,0% випадках і 5 і нижче балів – 14,6%. Оцінка окремих параметрів біофізичного профілю плода в 0 балів мала місце тільки у пацієток з преєклампсією важкого ступеня: через нестресовий тест плода, дихальні рухи, ступінь зрілості плаценти. В 3,5% зниження оцінки спостерігалось через нестресовий тест плода, обумовлений відсутністю акцелерацій за 20 хв і наявністю на цьому фоні ранніх децелерацій. Зменшення дихальних рухів плода мало місце в 5,6%, у зв'язку з відсутністю дихання під час дослідження або наявністю коротких дихальних рухів плода (менш 30 с).

Таким чином, визначення біофізичного профілю плода з'явилося додатковим методом, що дозволяє виявити ознаки, характерні для зниження адаптаційних механізмів в системі мати–плацента–плід, які спостерігаються у значної частини вагітних з вилікуваним безпліддям.

Однак тільки застосування комплексних доплерометричних, кардіотокографічних і ехографічних методів уточнення стану плода дозволяє більш точно контролювати компенсаторно-приспосувальні можливості плода у жінок з відновленою фертильністю завдяки ДРТ для визначення тактики подальшого ведення вагітності та пологів.

## **ВИСНОВКИ**

1. Наявність в I триместрі ехографічних ознак патології ембріона та плідного яйця в поєднанні з іншими відхиленнями (гіпертонус матки, ретрохоріальна гематома, відсутність жовтого тіла в яєчниках) є маркерами самовільного переривання вагітності.

2. У жінок після ДРТ не виявлено залежності між ступенем, виявлених під час УЗД, структурних змін в плаценті та функціональним станом плодів і новонароджених, що можна пояснити великими компенсаторними можливостями плаценти, що дозволяють забезпечувати потреби плода і прогресування вагітності.

3. Встановлено, що у 62,0% вагітних після ДРТ відзначаються порушення матково-плацентарного кровообігу і гемодинаміки плода, в контрольній групі таких випадків не зареєстровано.

4. Оцінка біофізичного профілю плода 8–10 балів у вагітних після ДРТ відзначається в 1,7 рази рідше, ніж у жінок з нормальною репродуктивною функцією (58,4 і 100%,  $p < 0,05$ ). Оцінка біофізичного профілю плода 6–7 балів має місце у 27,0% жінок після ДРТ, зниження до 5 і нижче балів – у 14,6%.

5. Встановлено, що тільки застосування комплексу методів досліджень щодо визначення стану плода, зокрема, доплерометричного, кардіотокографічного і ехографічного, дозволяє контролювати компенсаторно-приспосувальні можливості плода для визначення тактики подальшого ведення вагітності та пологів у жінок, вагітність у яких настала завдяки ДРТ.

### **Оценка состояния внутриутробного плода у женщин, беременность у которых наступила благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям**

**В.К. Чайка, И.Т. Говоруха**

Проведенным исследованием установлено, что только применение комплекса методов исследований для определения состояния плода, в частности, доплерометрического, кардиотокографического и эхографического, позволяет контролировать компенсаторно-приспособительные возможности плода для определения тактики дальнейшего ведения беременности и родов у женщин. беременность у которых наступила благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям.

**Ключевые слова:** *внутриутробное состояние, плод, беременность, вспомогательные репродуктивные технологии.*

### **The intrauterous foetus condition in women after additional reproductive technology**

**V.K. Chayka, I.T. Govorukha**

It was determined by current study, that due to the using methods investigation the foetus condition such as dopplerometric, cardiotocography and echography we controlled the compensatory possibility of foetus. This method determined the management tactics in women after additional reproductive technology.

**Key words:** *intrauterous condition, foetus, pregnancy, additional reproductive technologies.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Беременность и перинатальные исходы при многоплодии / А.А. Жарова, С.В. Новикова, И.В. Климова [и др.]: материалы IV съезда акушеров-гинекологов России, (Москва, 30 сент. – 2 окт. 2008 г.). – М.: «МЕДИ Экспо», 2008. – С. 88.
2. Дубиле О. Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии / О. Дубиле, К. Бенсон. – М.: медицина, 2007. – 328 с.
3. Корсак В.С. 21 рік екстракорпорального запліднення в Росії / В.С. Корсак // Жіночий лікар. – 2007. – № 5 (13). – С. 20–21.
4. Мозгова О.М. Комплексна діагностика ризику та попередження загрози переривання вагітності у жінок

- після екстракорпорального запліднення / О.М. Мозгова // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 102–109.
5. Оценка эффективности работы государственной программы лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий по абсолютным показателям за бюджетные средства / В.К. Чайка, В.В. Луцки, И.К. Акимова, М.В. Попова // Мед.-соц. проблеми сім'ї. – 2008. – Т. 13, № 4. – С. 3–9.
6. Туманова Л.Е. Современный подход по ведению беременных после экстракорпорального оплодотворения / Л.Е. Туманова В.И. Банников, А.В. Левицкая // Перинатология и педиатрия. – 2006. – № 1 (25). – С. 137–141.
7. Юзько О.М. Використання допоміжних репродуктивних технологій для лікування безпліддя / О.М. Юзько, Н.Я. Жилка, Т.А. Юзько: зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2008. – С. 464–467.
8. Future developments in assisted reproduction in humans / K. Hardy, C. Wright, S. Rice [et al.] // Reproduction. – 2002. – Vol. 123, N 2. – P. 171–183.
9. Holzer H. A new era in ovulation induction / H. Holzer, R. Casper, T. Tulandi // Fertil. Steril. – 2006. – Vol. 85, N 2. – P. 277–284
10. Risk factors for adverse outcomes versus assisted conception twin pregnancies / B. Luke, M. B. Brown, C. Nugent [et al.] // Fertil. Steril. – 2004. – Vol. 81. – P. 315–319.
11. Survival rates during the first trimester of multiple gestations achieved by ICSI : a report of 1448 consecutive / U. Ulug, E. A. Jozwiak, A. Mesut [et al.] // Hum. Reprod. – 2004. – Vol. 19, N 2. – P. 360–364.

# Гормональні рилізінг-системи – ефективність і побічні дії

*Н.В. Адамчук*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Результати проведених досліджень свідчать, що частота і характер побічних реакцій в цілому розрізнялися по групам і були специфічними для кожної рилізінг-системи. Так, при вживанні вагінального кільця спостерігалоса посилення вагінальної секреції (14,0%), нашкірного пластиру – масталгії і шкірні реакції в місці аплікації пластиру (14,0%), внутрішньоматкового контрацептиву – порушення менструального циклу у вигляді міжменструальних кров'яних виділень (28,0%). Більшість побічних реакцій зустрічалися в період адаптації (у перші 3–4 міс) вживання ГРС, при збільшенні тривалості вживання їх число значно знижувалося. Отримані результати свідчать про необхідність проведення подальших досліджень в цьому напрямі для оцінки неконтрацептивних і лікувальних ефектів ГРС.

**Ключові слова:** *гормональні рилізінг-системи, побічні ефекти.*

Розробка і впровадження методів збереження репродуктивного здоров'я жінки, у тому числі методів контрацепції, визнані пріоритетним напрямом сучасної медицини, і цей напрям постійно розвивається у всьому світі. Загальновизнано, що серед багаточисельних методів контрацепції найбільш ефективним і прийнятним методом запобігання небажаній вагітності є гормональна контрацепція (ГК) [1–4].

В даний час прогрес в області гормональної контрацепції призвів до створення не лише ряду пероральних засобів, але і принципово нових – гормональних рилізінг-систем (ГРС) пролонгованої дії з різними способами введення (черезшкірний, вагінальний, внутрішньоматковий), що істотно розширило можливості контрацепції [1–4].

Однією із значних переваг ГРС в порівнянні з гормональними таблеткованими засобами є можливість тривалого, не щоденного вживання, відсутність ефекту первинного проходження через травний тракт і печінку, що знижує вірогідність системної дії, вірогідність розвитку побічних реакцій, і отже відкриває нові можливості для жінок і подружньої пари.

З огляду на те, що ГРС були створені і стали упроваджуватися в клінічну практику недавно, відомості літератури про особливості їх впливу на репродуктивне здоров'я, частоті і особливостях побічних реакцій небагаточисельні і суперечливі.

**Метою** справжнього наукового дослідження з'явилося вивчення побічних дій основних ГРС.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети під наглядом перебували 150 фертильних жінок репродуктивного віку від 18 до 40 років (середній вік  $31,2 \pm 0,6$  року), що не мають протипоказань до вживання контрацептивних рилізінг-систем відповідно до критеріїв ВООЗ (2008).

Критеріями включення в дослідження були: соматично і психічно здорові фертильні жінки репродуктивного віку від 18 до 40 років, регулярне статеве життя, бажання використовувати контрацепцію, відсутність прийому гормональних контрацептивів за 3 попередні місяці.

Критерії виключення (ВООЗ, 2008) для призначення гормональних релізинг-систем: наявність множинних чинників ризику серцево-судинних захворювань, артеріальна гіпертонія (АТ сист. >160, і АТ діаст. >100), тромбофлебіт, тромбоемболічні захворювання, порушення мозкового кровообігу, цереброваскулярні інсульти, інфаркт міокарду (в анамнезі), хірургічні операції з тривалою іmobilізацією, тромбогенні мутації (чинник Y. Лейдена, недостатність протеїну S та ін.), захворювання клапанів серця з ускладненнями, мігрень з неврологічною симптоматикою, цукровий діабет з судинними ускладненнями або у поєднанні з іншими судинними захворюваннями, або тривалістю більше 20 років, гостре захворювання печінки (гепатит), цироз печінки у стадії декомпенсації, доброякісні або злоякісні пухлини печінки, маткові кровотечі неясної етіології, рак молочної залози, грудне вигодовування до 6 тиж після пологів, вагітність, паління (15 і більше сигарет на добу) у віці понад 35 років; цервикальні інтраепітеліальні неоплазії, випадання шийки матки, грижа сечового міхура, грижа прямої кишки, важкі хронічні запори; ожиріння (маса тіла понад 90 кг), захворювання шкіри (у тому числі алергічні); запальні захворювання органів малого тазу в даний час, інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), туберкульоз внутрішніх статевих органів, кількість статевих партнерів >1, природжена аномалія статевих органів (дворога матка, сідловодна матка, однорога матка, перегородка в матці), міома матки (субмукозний вузол або вузол деформує порожнину матки), трофобластична хвороба, міхурний зает, хоріокарцинома в анамнезі).

Після скринінгу і оцінки відповідності критеріям включення-виключення всіх 150 жінок випадковим чином було розподілено на 3 групи: I група – 50, II – 50, III – 50 пацієнток.

Жінки I групи використовували вагінальне кільце «Нова Рінг»; II групи – нашікрний пластир «Евра»; жінкам III групи була введена внутрішньоматкова гормональна система «Мірена».

Пацієнтки були обстежені за допомогою комплексу сучасних і інформативних методів дослідження: загальноклінічне, гінекологічне обстеження, обстеження по тестам функціональної діагностики, УЗД органів малого тазу і молочних залоз, визначення показників гемостазу (концентрація фібриногену, протромбіновий індекс, тромбоеластограма, індекс тромбодинамічного потенціалу тромбоеластограми, кількість тромбоцитів, агрегацій на активність тромбоцитів, колаген-агрегація, АДФ-агрегація) і ліпідного спектру крові, дослідження бактеріоскопії і культурального вмісту піхви, цитологічне дослідження мазків з шийки матки, розширена кольпоскопія.

Оцінювалися: ефективність і правильність вживання, задоволеність використанням, наявність побічних ефектів і ускладнень.

Пацієнтки були детально інформовані про методи контрацепції. Їм були роз'яснені можливості і особливості методу. Всіма пацієнтками було дано інформовану згоду на участь в дослідженні, що проводилося.



Всі жінки були обстежені перед призначенням гормональних рилізінг-систем і в процесі їх використання через 3, 6, 12, 18, 24 міс. Тривалість спостережень складала від 2 до 5 років.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні менструальної функції встановлено, що у 92,5% пацієнток менархе настало своєчасно, у віці від 11 до 14 років, і лише у 7,5% жінок відмічено пізнє становлення менструальної функції.

Середній вік настання менархе склав  $13,2 \pm 0,5$  року, середня тривалість менструального циклу –  $29,0 \pm 0,8$  дня, середня тривалість менструальної кровотечі –  $5,1 \pm 0,4$  дня.

У більшості пацієнток (76,0%) в анамнезі були вагітності, пологи – у 68,5%, у 56,5% жінок вагітність закінчилася медичними абортами, в 12,0% – мимовільними викиднями.

З анамнезу стало відомо, що раніше 17,5% жінок приймали з метою контрацепції комбіновані пероральні контрацептиви, 22,0% використовували ВМС, 38,0% – бар'єрні методи контрацепції: хімічні сперміциди (пігулки, креми, гелі), 20,0% – оберегалися від вагітності за допомогою презервативів і 23,5% – використовували природні методи контрацепції: «календарний» метод і coitus interruptus.

Результати комплексного обстеження пацієнток дозволили скласти картину соматичного і репродуктивного здоров'я жінок. Різні екстрагенітальні захворювання раніше перенесли 56,0% пацієнток I групи, 54,0% пацієнток II групи і 56,0% – III групи. Основними захворюваннями були: вегето-судинна дистонія, гастрит, пієлонефрит, патологія щитовидної залози, бронхіт та ін.

У структурі гінекологічної захворюваності в анамнезі часто зустрічалися інфекційні запальні захворювання нижнього відділу генітального тракту (вагінальний кандидоз, бактеріальний вагіноз, хламідіоз, уреаплазмоз та ін.).

При анкетуванні на симптоми передменструального синдрому (ПМС) скаржилися 24,0% пацієнток I, 26,0% – II і 30,0% – III групи, причому найбільш частими скаргами були дратівливість, плаксивість, агресивність, погіршення сну, головний біль, запаморочення, нудота, тахікардія, коливання АТ, нагубання грудних залоз, набряки, метеоризм.

Надалі в результаті обстеження діагноз ПМС був поставлений на підставі наявності циклічного характеру виникнення перерахованих симптомів ПМС і їх зникнення з настанням менструації або відразу після її закінчення, а також виключення схожої по симптоматиці патології.

Скарги на хворобливі менструації (дисменорея) пред'являли 39,5% пацієнток. Середній вік цих пацієнток склав  $20,1 \pm 3,1$  року. Органічні захворювання репродуктивної системи були виключені. Для оцінки ступеня тяжкості первинної дисменореї використовувалися загальноприйняті критерії.

Менорагія діагностована у 30,0% жінок. Для виключення органічних причин менорагії і патології згортаючої системи крові пацієнткам проводилося УЗД, дослідження клінічного аналізу крові, гемостазіограми, гістероскопія (за показаннями).

Результати нашого дослідження показали високу контрацептивну ефективність вагінального кільця, нашкірного пластиру, ВМС «Мірена». При вживанні

кожної з названих рилізінг-систем при спостереженні протягом від 2 до 5 років у жодної пацієнтки не настала вагітність (Індекс Перля = 0).

Оцінка прийнятності гормональних рилізінг-систем підтвердило дані про те, що загальний стан пацієнток в процесі контрацепції залишався задовільним. Побічні реакції у вигляді нудоти, нагрубання, хворобливості молочних залоз і міжменструальних кров'яних виділень однаково спостерігалися в перші 3 міс використання комбінованих естроген-гестагенних систем. При використанні внутрішньоматкової рилізінг-системи в перші 3 міс спостерігалось порушення менструального циклу у 38,5%. Із збільшенням тривалості її використання знижувалось число пацієнток з тривалими ациклічними кров'яними виділеннями, що пов'язане з особливостями місцевого впливу левоноргестрелу, що вивільняється по біологічному градієнту безпосередньо в ендометрій.

Побічними реакціями, що найчастіше зустрічаються при використанні вагінального кільця були посилення вагінальної секреції із статевих шляхів у 14,0% жінки і міжменструальні кров'яні виділення у 8,0% пацієнток. Ми вважаємо, що посилення вагінальної секреції не є побічним ефектом, це пов'язано з особливостями локальної дії естрогенного компонента вагінального кільця на високий циліндровий епітелій шийки матки. Масталгія і дискомфорт у піхві в даній групі виявлялися у 6,0%, рідше зустрічалася нудота (у 4,0%).

Побічними реакціями, що найчастіше з'являються при використанні нашкірного пластиру були масталгія (8,0%), шкірні реакції в області аплікації пластиру (8,0%) і міжменструальні кров'яні виділення (6,0%); рідше зустрічалася нудота (4,0%) і емоційна лабільність (2,0%). У 2,0% пацієнток спостерігалися алергійні реакції в області аплікації пластиру у вигляді висипу і свербіж. Наявність аналогічних висипань в інших місцях аплікації з'явилася причиною відміни даного методу.

Побічні реакції з боку травного тракту під час використання ГРС зустрічалися рідко, що безумовно, пов'язано з непероральними способами ведення контрацептивів. Так, нудота при використанні вагінального кільця і нашкірного пластиру спостерігалася лише у 8,0% пацієнток, а при використанні ВМС «Мірена» цього побічного ефекту не було, що пов'язане з відсутністю естрогенного компонента в контрацептиві. Масталгія була зареєстрована в 12,0% випадків при використанні естроген-гестагенних рилізінг-систем і 4,0% жінок, що використовують внутрішньоматкову рилізінг-систему, що може свідчити про вплив на тканину молочних залоз як естрогенного, так і гестагенного компонента препаратів. Емоційна лабільність і зниження лібдо наголошувалися у 4,0% жінок в групі тих, що використовують внутрішньоматкову систему. Вплив гестагенів на настрої підтверджує припущення ряду авторів відносно виникнення дефіциту вітаміну В<sub>6</sub> і серотоніну під впливом гестагенного компонента ОК.

## **ВИСНОВКИ**

Результати проведених досліджень свідчать, що частота і характер побічних реакцій в цілому розрізнялися по групам і були специфічними для кожної рилізінг-системи. Так, при вживанні вагінального кільця спостерігалось посилення вагінальної секреції (14,0%), нашкірного пластиру – масталгії та шкірні реакції в місці аплікації пластиру (14,0%), ВМС «Мірена» – порушення менструального циклу у вигляді міжменструальних кров'яних виділень (28,0%).

Більшість побічних реакцій зустрічалися в період адаптації (у перші 3–4 міс) вживання ГРС, при збільшенні тривалості вживання їх число значно знижувалося. Отримані результати свідчать про необхідність проведення подальших досліджень в цьому напрямі для оцінки неконтрацептивних і лікувальних ефектів ГРС.

### **Гормональные рилизинг-системы – эффективность и побочные действия** **Н.В. Адамчук**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота и характер побочных реакций в целом различались по группам и были специфичными для каждой рилизинг-системы. Так, при применении влагалищного кольца наблюдалось усиление влагалищной секреции (14,0%), наожного пластыря – масталгии и кожные реакции в месте аппликации пластыря (14,0%), внутриматочного контрацептива – нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровянистых выделений (28,0%).

Большинство побочных реакций встречалось в период адаптации (в первые 3–4 мес) применения гормональных рилизинг-систем, при увеличении продолжительности применения их число значительно снижалось. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении для оценки неконтрацептивных и лечебных эффектов гормональных рилизинг-систем.

**Ключевые слова:** *гормональные рилизинг-системы, побочные эффекты.*

### **The hormonal rilizing-systems - efficiency and collateral actions** **N.V. Adamchuk**

Results of the spent researches testify, that frequency and character of collateral reactions as a whole differed on groups and they were specific to each rilizing-system. So, at application vaginal rings strengthening vaginal secretions (14,0%), dermal plaster – mastalgia and skin reactions in a place of application of a plaster (14,0%), intrauterine contraceptive – infringements menstrual cycle in a kind between menstrual hemorrhagia (28,0%) was observed. The majority of collateral reactions met in adaptation (in the first 3–4 months) applications of hormonal rilizing-systems, at increase in duration of application their number considerably decreased. The received results testify to necessity of carrying out of the further researches in э that direction for an estimation of not contraceptive and medical effects of hormonal rilizing-systems.

**Key words:** *hormonal rilizing-systems, by-effects.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Влияние гормональных контрацептивов на состояние шейки матки / «Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы» / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: Медпрессинформ, 2005. – С. 895–911.
2. Комбинированные оральные контрацептивы /Прилепская В.Н., Назарова Н.М. //Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии //Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – С. 298–304.
3. Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА: новый подход к контрацепции / Прилепская В.Н., Назарова Н.М. // Фарматека, 2004. – № 15. – С. 8–10.
4. Современные методы контрацепции /Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.// Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М.: Литтерра, 2005. – С. 895–911.

# Тотальна і субтотальна гістеректомія у жінок репродуктивного віку: порівняльні аспекти

*В.О. Товстановська, Н.В. Алексєєнко*

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

---

Вивчені основні клінічні аспекти гістеректомії у жінок репродуктивного віку. Показано, що основною гінекологічною патологією, що призводить до гістеректомії в репродуктивному віці є міома матки. Встановлені особливості розвитку нейроендокринної і психосоматичної патології у віддалений післяопераційний період. Виділений самостійний синдром постгістеректомії.

**Ключові слова:** *гістеректомія, репродуктивний вік.*

Успіхи сучасної гінекології останніми роками закономірно пов'язують з розробкою і широким впровадженням в клінічну практику оперативних методів лікування [1–4]. Визначення раціональних показань до операції, адекватний анестезіологічний посібник, використання точної техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії привели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечна і ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а в деяких випадках гарантує пацієнті повне одужання [2, 3].

Ця клінічна і соціальна ситуація призвела до значного зростання числа оперативних втручань в гінекології, зокрема, гістеректомій, частка яких складає від 15% до 45% в структурі всіх гінекологічних операцій [1–4]. При цьому встановлено, що в середньому у 25–28% оперованих жінок мають місце ускладнення раннього післяопераційного періоду, хоча частота їх істотно знижується, якщо операція була проведена в плановому порядку [2].

В той же час, в проблемі реабілітації жінок після гінекологічних операцій набагато значущою є завдання віддалених результатів гістеректомії, особливо у жінок репродуктивного віку. Не дивлячись на те, що спроби обговорення цього наукового завдання були зроблені ще в 90 роках ХХ ст., у тому числі, і вітчизняними гінекологічними школами, в даний час будь-який практикуючий гінеколог постійно стикається з реальною клінічною ситуацією, в якій у пацієнок у тривалі терміни після гістеректомії виявляється специфічний патологічний симптомокомплекс, що призводить до істотного зниження якості життя, не дивлячись на відсутність яких-небудь інших хірургічних ускладнень раннього післяопераційного періоду.

Метою дослідження є вивчення порівняльних аспектів тотальної і субтотальної гістеректомії у жінок репродуктивного віку.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою дослідження в роботу включено 299 жінок репродуктивного віку, які склали чотири групи (277 пацієнок з них страждали різною гінекологічною патологією, 252 була виконана гістеректомія (ГЕ).

I групу склали 122 пацієнтки репродуктивного віку, які перенесли субтотальну ГЕ (середній вік склав  $37,7 \pm 2,9$  року; на момент операції вік був в межах 29–41 року; середній вік –  $34,5 \pm 1,9$  року).

II групу склали 130 пацієнток репродуктивного віку, які перенесли тотальну ГЕ (середній вік був  $39,9 \pm 2,4$  року; на момент операції вік був в межах 29–43 років; середній вік –  $36,7 \pm 2,1$  року).

Основним показанням до видалення матки у пацієнток I і II груп була міома матки. Крім того, 39,8% пацієнток I групи і 52,2% пацієнток II групи відзначали менометрорагії, що призводять до анемізації. Великі розміри міоми діагностовано відповідно в 57,5% хворих I і в 65,0% хворих II групи. Субмукозне розташування вузлів зустрічалося у кожній третій пацієнтки (33,2%). Швидке зростання наголошувалося в 2 рази частіше у пацієнток, яким надалі була виконана тотальна гістеректомія (19,5% і 39,5% відповідно по групам). Больовий синдром також частіше зустрічався в II групі (22,1% і 37,5% відповідно по групам). Необхідно відзначити, що більш, ніж в половині хворих цих груп мало місце поєднання декількох показань для оперативного лікування.

Тривалість захворювання міомою матки у пацієнток I і II груп не перевищувала 3 роки – у 22,7% (57) пацієнток; від 3 до 5 років – в 64,8% (163) і більше 5 років – в 12,5% (32) хворих. До операції 80,7% (203) хворі I і II групи отримували різні варіанти консервативного лікування (гормональна і симптоматична терапія). Проте всі ці пацієнтки були прооперовані зважаючи на неефективність консервативного лікування. Хворі I і II групи як під час оперативного лікування, так і до моменту проведення обстеження знаходилися в репродуктивному віці, в ході операції у всіх пацієнток були збережені яєчники.

III групу склали 25 жінок репродуктивного періоду з міомою матки невеликих розмірів, що знаходяться на диспансерному спостереженні і не вимагають оперативного лікування на момент проведення досліджень (середній вік –  $42,7 \pm 2,2$  року).

IV група представлена 22 практично здоровими жінками ідентичного віку (середній вік склав  $39,5 \pm 2,5$  року).

Пацієнток I і II груп було розподілено на три підгрупи залежно від тривалості післяопераційного періоду (1, 3 і 5 років після операції).

Аналіз даних анамнезу досліджуваних пацієнток показав, що жінки всіх чотирьох груп практично не мали достовірних відмінностей ні за характером і частотою перенесених раніше захворювань, ні за наявної супутньої патології.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доопераційне дослідження хворих міомою матки не виявило достовірних відмінностей з контрольною групою. Діагностована лише деяка тенденція щодо збільшення гонадотропних гормонів і естрадіолу, а також незначне збільшення об'єму яєчників і зниження доплерометричних індексів у хворих міомою матки. Відмічена істотна зміна емоційного статусу пацієнток I і II груп, що сповна закономірно перед операцією.

Виявлені зміни анатомо-функціонального стану яєчників, а також перенесені у зв'язку з операцією стрес, дія наркозу, астенизація відобразилися на появі характерних скарг у оперованих пацієнток.

Так, в ранній післяопераційний період з'являлися деякі нейровегетативні симптоми, посилювалася емоційна напруга, що, в цілому, статистично підвищувало значення модифікованого індексу (ММІ) менопаузи в I і II групах. Тотальна

гістеректомія (ГТЕ) викликала більш виражену клінічну симптоматику. Деяке зниження рівня нейровегетативних і емоційних розладів наголошувалося до 5 дня після операції, у зв'язку з чим значення ММІ дещо вирівнювалося, хоча і залишалося таким, що значно перевищує контрольні цифри.

Протягом року після ГЕ наголошувалося поступове поліпшення анатомо-функціонального стану яєчників, який виражався в поступовому відновленні кровотоку, частково до 3-го і повністю до 6-го місяця після операції. Послідовно покращувалася і структура яєчників, нормалізувався їх об'єм, з'являлися повноцінні фолікули. Подібні позитивні зрушення спостерігалися у більшості хворих до 6-го післяопераційного місяця.

Відповідно відновленню кровотоку і структури яєчників покращувалася і їх функціональна активність, що супроводилося поступовою стабілізацією гормонального статусу.

Нейропсиховегетативні розлади зменшувалися, і через 1 рік стан оперованих пацієнток практично і повністю стабілізувалося.

Подальше спостереження за пацієнтками двох основних груп виявило поступове зменшення об'єму яєчників по мірі збільшення часу, що пройшов після операції. Зменшення об'єму відбувалося за рахунок скорочення числа і розмірів фолікулів і підвищення внаслідок цього гомогенності яєчників, визначуваної за даними УЗД. Подібна структура яєчників нагадувала таку у жінок в менопаузі. Із збільшенням терміну після операції наголошувалося прогресуюче збільшення частоти подібної структури, що зустрічається у пацієнток обох основних груп, причому, більшим ступенем – після тотальної гістеректомії.

Гістеректомія несприятливо впливає і на емоційний статус оперованих пацієнток, сприяючи розвитку депресії у кожної третьої пацієнтки. Перебіг депресивного розладу має хвилеподібний характер: найбільш високий рівень депресії спостерігався в перші 3 міс після операції і через 5 років після хірургічного лікування. Тотальна ГЕ призводить до більш вираженого афектного розладу.

На відміну від депресії високий рівень тривожності зафіксований у всіх пацієнток ще до хірургічного лікування, що, природно, можливо пояснити хвилюванням перед операцією. У ранній післяопераційний період наголошувалося зниження рівня тривожності. Надалі спостерігалася аналогічна тенденція, характерна динаміка зміни депресивного розладу.

Деяке погіршення емоційного стану пацієнток через 3 міс, ймовірно, пов'язане з «новим» відчуттям себе, появою незнайомих симптомів, зміною стосунків з чоловіком, страхом сексуальних контактів. Даний період є найбільш важливим в психологічній адаптації жінок після операції.

Через 5 років після операції наростання афективного розладу пояснюється, на наш погляд, існуванням певних проблем в сексуальному житті, появою симптомів, характерних для естрогендефіцитного стану вже у молодому віці, наявними психотравмуючими думками про власну «неповноцінність», страху швидко постаріти.

Живання спеціальної анкети по дослідженню сексуальної функції дозволило виявити поліпшення сексуальної функції у 9,9% пацієнток; погіршення – в 39,9% і, нарешті, 50,2% пацієнток зазначили, що їх сексуальна функція не змінилася. Найчастішими порушеннями сексуальної функції були зменшення оргазму (32,2%); зниження статевої активності (25,8%) і задоволення (31,8%). Зміни сексуальної функції після тотальної гістеректомії виявлялися в 1,5 разу частіше і були більш

виражені, ніж після субтотальної. Причому, збільшення терміну післяопераційного періоду корелювало з частотою розвитку сексуальних розладів.

Згідно проведеному нами дослідженню ті або інші симптоми з боку серцево-судинної системи виявлені у 32,2% оперованих пацієнток.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, гістеректомія, виконана в репродуктивному віці, несприятливим чином позначається на анатомо-функціональному стані яєчників. Зниження рівня естрадіолу зафіксоване у 34,3% оперованих пацієнток, клінічні прояви естрогендефіцитного стану зареєстровані в 67,4% хворих. Стійкі клінічні прояви симптомів менопаузи в половини з обстежених після операції жінок з'являються в  $43,8 \pm 0,8$  року або, іншими словами, поява симптоматики менопаузи у пацієнток з видаленою маткою настає на  $5,7 \pm 0,7$  року раніше за середньостатистичний вік. В цілому ж, гістеректомія, виконана в репродуктивному віці, призводить до зниження функції яєчників через  $4,0 \pm 0,7$  року. Оскільки розвиток характерних для стану естрогенного дефіциту симптомів ми спостерігали в значній частини пацієнток репродуктивного віку після видалення матки, то виникаючий комплекс розладів можна охарактеризувати як синдром постгістеректомії.

### **Тотальная и субтотальная гистерэктомия у женщин репродуктивного возраста: сравнительные аспекты** **В.О. Товстановская, Н.В. Алексеенко**

Изучены основные клинические аспекты гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста. Показано, что основной гинекологической патологией, приводящей к гистерэктомии в репродуктивном возрасте, является миома матки. Установлены особенности развития нейроэндокринной и психосоматической патологии в отдаленном послеоперационном периоде. Выделен самостоятельный синдром постгистерэктомии.

**Ключевые слова:** гистерэктомия, репродуктивный возраст.

### **The total and subtotal hysterectomy at reproductive age: comparative aspects** **V.A. Tovstanovskaya, N.V. Alekseenko**

The basic clinical aspects hysterectomy at women of reproductive age are investigated. It is shown, that the basic gynecologic pathology resulting to hysterectomy at reproductive age is the myoma of a uterus. Features of development neuroendocrinological and psychosomataical pathologies in the remote postoperative period are established. The independent syndrome posthysterectomy is allocated.

**Key words:** hysterectomy, reproductive age.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейомиома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2009. – № 3. – С. 44–48.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 720 с.
3. Коханевич Є.В., Суханова А.А., Суменко В.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 2006. – № 1–2. – С. 22–26.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.

# Влияние состояния микробиоценоза половых путей на выбор различных вариантов гормональной контрацепции

*Г.А. Барановская*

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

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что микродозированные гормональные контрацептивы независимо от способа их введения формируют благоприятные условия для размножения лактобацилл в вагинальной экосистеме, оказывая через них опосредованное иммуномодулирующее воздействие на факторы местного иммунитета, в первую очередь повышая активность его гуморального звена, что является дополнительным фактором стабильности вагинальной экосистемы. Полученные нами результаты дают нам право рекомендовать интравагинальные и пероральные контрацептивы для широкого использования в практическом здравоохранении.

*Ключевые слова:* гормональная контрацепция, микробиоценоз половых путей.

**В** настоящее время частота искусственных абортов в Украине остается одной из наиболее высоких среди стран Европейского содружества [1–5]. В сложившихся условиях необходимость предупреждения нежелательной беременности становится неотъемлемой составляющей охраны репродуктивного здоровья. Поэтому проблема контрацепции, ее влияние на организм женщины продолжает носить актуальный характер. Современные контрацептивные технологии должны отвечать высоким требованиям эффективности и безопасности для организма женщины. Наиболее эффективна в этом вопросе гормональная контрацепция, которую в мире используют 16–48% женщин детородного возраста, в Украине – до 7–10% [2, 3].

Одним из объективных и чувствительных тестов для определения безопасности контрацептивных гормональных препаратов, по мнению некоторых ученых [4, 5], является вагинальный микробиоценоз, представляющий собой динамическую экосистему, образованную в ходе эволюции микрофлоры в пределах вагинального биотопа. Физиологическое состояние равновесия вагинального микробиоценоза поддерживается гормональной, нервной и иммунной системами, взаимодействующих как единое целое. Нарушение в одном из указанных звеньев неизменно приводит к определенным сдвигам в экологической нише влагалища с последующим развитием дисбиотических состояний [1, 3].

К факторам, способным вызвать дисбиотические нарушения у молодых женщин, помимо частой смены половых партнеров, относят методы контрацепции. Патогенетические механизмы развития дисбиоза вагинальной экосистемы при использовании барьерных, химических и внутриматочных средств достаточно широко освещены в отечественной и мировой литературе и их этиологическая роль общепризнанна [1–5]. Влияние гормональной контрацепции в возникновении дис-



биотических состояний остается вопросом дискуссионным, хотя имеются исследования, подтверждающие воздействие гормональных противозачаточных средств на влагалищный микробиоценоз и состояние местного иммунитета [2, 4].

В последние десятилетия наибольшую распространенность приобрели комбинированные микродозированные гормональные таблетированные контрацептивы. Низкая концентрация гормонов в препаратах этого класса делает их особенно привлекательными, в связи с чем они наиболее часто рекомендуются женщинам самого молодого репродуктивного возраста, нередко еще не реализовавшим свою репродуктивный потенциал.

В последние годы появились новые интравагинальные формы гормональных контрацептивов, однако публикации, посвященные сравнительным аспектам различных способов использования препаратов являются единичными и носят фрагментарный характер, хотя необходимость решения данной научной задачи не вызывает сомнений. Однако широкому практическому применению интравагинальных методов контрацепции в связи с локальным воздействием гормональных компонентов должно предшествовать в целях сохранения репродуктивного здоровья женщины углубленное комплексное изучение их влияния на микробиоценоз влагалища, чему и посвящено настоящее исследование.

**Целью** настоящего научного исследования является снижение частоты нарушений микробиоценоза влагалища при использовании различных видов гормональной контрацепции на основе разработки и внедрения дифференцированного подхода к применению интравагинальных и пероральных препаратов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения настоящего исследования отобраны 100 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (20-35 лет), которые дали согласие на использование различных методов гормональной контрацепции. Критерием включения в группу исследования согласно разработанному нами протоколу являлось соматическое и психическое здоровье, позволяющее использовать гормональную контрацепцию без ограничений, и отсутствие инфекций, передающихся половым путем, исключенных на основании анамнеза и предварительно проведенной ПЦР-диагностики с использованием стандартных тест-наборов. Кроме того, женщины в течение 3 мес до обследования не использовали антибиотики и химические вагинальные контрацептивы.

В зависимости от выбранного типа гормональной контрацепции, женщины разделены на две равные по численности группы. В I (основную) группу вошли 50 женщин, отдавших предпочтение интравагинальному контрацептиву, во II (группу сравнения) – также 50 женщин, отдавших предпочтение таблетированной форме контрацепции.

Из большого арсенала гормональных средств контрацепции нами выбраны близкие по качественному и количественному составу гормональные препараты, относящиеся к группе микродозированных комбинированных монофазных контрацептивов, но отличающиеся путем их введения в организм. Принцип контрацептивного действия гормональных средств, как известно, основан на угнетении гонадотропной функции гипофиза, снижении выделения гонадотропинов, подавлении развития фолликула и препятствовании овуляции. Контрацептивное действие усиливается повышением вязкости цервикальной слизи, а также нарушением процессов имплантации в случае оплодотворения яйцеклетки.

Интравагинальная форма гормональной контрацепции представляет собой гладкое, гибкое, прозрачное, бесцветное кольцо из эватана диаметром 54 мм, толщиной в сечении 4 мм. Курсовая концентрация этинилэстрадиола равна 2,7 мг, этоноргестрела (активный метаболит дезогестрела) – 11,78 мг. По принципу биологического градиента из кольца во влагалище ежедневно путем диффузии выделяется 15 мкг эстрогенового компонента и 120 мкг – гестагена. Этинилэстрадиол, высвобождающийся из кольца, быстро всасывается через слизистую оболочку влагалища в системный кровоток, минуя первичную инактивацию в печени. Максимальная концентрация эстрогенов в кровотоке (35 пг/мл) достигается к 3-му дню после введения кольца во влагалище и уменьшается до 18 пг/мл после его удаления. Во время прохождения через печень этинилэстрадиол подвергается ароматическому гидроксильрованию с образованием разнообразных метаболитов, которые присутствуют как в свободном виде, так и в виде глюкоронидных и сульфатных конъюгатов, которые выводятся с мочой и желчью в течение 1,5 дней. Максимальная концентрация этоноргестрела в системном кровотоке (1700 пг/мл) регистрируется спустя 1 нед после введения кольца. Он метаболизируется путем гидроксильрования и восстановления с образованием сульфатных и глюкуроидных конъюгатов. Период полувыведения метаболитов этоноргестрела составляет 29 ч. Каждое кольцо предназначено для применения в течение первого менструального цикла, в режиме: 3 нед находится во влагалище, 1 нед – перерыв.

Для пероральной гормональной контрацепции использовали препарат, 1 таблетка которого содержит 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела. После приема таблетки компоненты препарата быстро и почти полностью абсорбируются в пищеварительном тракте. Этинилэстрадиол подвергается пресистемному метаболизму и кишечно-печеночной рециркуляции. Дезогестрел биотрансформируется в печени с образованием активного метаболита. Период полувыведения составляет 24 ч для этинилэстрадиола и 31 ч для дезогестрела, метаболиты которых выводятся с мочой и желчью.

Комплексное обследование, включающее изучение состояния гормонального гомеостаза, УЗИ органов малого таза, а также изучение вагинальной микрофлоры и локального иммунного статуса, проводили в 2 этапа – до приема контрацептивов (изучение исходного состояния) и по окончании трехмесячного срока их использования. Двухфазный менструальный цикл, обусловленный циклической экспрессией гонадотропных (ФСГ, ЛГ), а затем и половых гормонов (эстрадиол и прогестерон) является одним из основных маркеров женского репродуктивного здоровья. Адекватная эстрогенная стимуляция органов-мишеней, к которым относится слизистая влагалища, обуславливает появление большого количества зрелых поверхностных эпителиоцитов, содержащих основной питательный субстрат микроорганизмов – гликоген.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что состояние микробиоты половых путей практически здоровых женщин молодого репродуктивного возраста в зависимости от содержания лактобацилл: в  $41,7 \pm 4,4\%$  случаев классифицируется как «нормоценоз» при среднем числе лактобацилл  $173,5 \pm 6,9$ ; в  $40,0 \pm 4,3\%$  – как пограничное состояние со средним числом лактобацилл  $59,3 \pm 4,9$  и в  $18,3 \pm 2,0\%$  – как бессимптомный дисбиоз со средним числом лактобацилл –  $6,6 \pm 0,6\%$ .

Гормональный микродозированный интравагинальный контрацептив повышает эстрогенную стимуляцию эпителиоцитов влагалища, обеспечивая повышенный синтез гликогена – питательного субстрата для жизнеобеспечения микроорганизмов. Повышение синтеза гликогена стимулирует размножение лактобацилл, в чем проявляется протективное влияние интравагинального контрацептива на микробиоценоз влагалища: увеличилось как число их клеток при микроскопии мазка (с  $97,4 \pm 9,8$  до  $139,1 \pm 13,4$ ;  $p < 0,01$ ), так и концентрация при бактериологическом исследовании материала из влагалища (с  $10^{4,7 \pm 0,3}$  до  $10^{6,0 \pm 0,3}$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$ ). Относительное число бифидобактерий возрастает с  $18,2 \pm 1,6\%$  до  $44,4 \pm 4,7\%$ ;  $p < 0,05$ ).

Применение интравагинального контрацептива способствует уменьшению частота трехкомпонентных ассоциаций кокков: *Peptostreptococcus spp.* + *Staphylococcus spp.* + *Streptococcus spp.* с  $66,7 \pm 8,8\%$  до  $46,7 \pm 5,1\%$  и увеличению частоты двухкомпонентных ассоциаций с  $13,3\%$  до  $30\%$  в различных сочетаниях, а также числа женщин (с  $10\%$  до  $36,7\%$ ), у которых не было роста кокков несмотря на их элиминацию.

Использование перорального гормонального контрацептива стимулирует рост дрожжеподобных грибов рода *Candida*, что повышает риск развития вульвовагинального кандидоза. Увеличивается как число клеток дрожжеподобных грибов рода *Candida* при микроскопии мазка (с  $6,3 \pm 2,8$  до  $18,0 \pm 4,1$ ;  $p < 0,05$ ), так и концентрация их при бактериологическом исследовании материала из влагалища (с  $10^{1,9 \pm 0,5}$  до  $10^{3,2 \pm 0,4}$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$ ).

Микродозированный интравагинальный контрацептив активирует гуморальное звено локального иммунитета влагалища, что проявляется повышением концентрации sIgA (с  $58,7 \pm 4,1$  до  $77,7 \pm 6,4$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). Это является дополнительным фактором формирования и поддержания нормоценоза, особенно у женщин с пограничным состоянием вагинальной экосистемы.

Предложенный и внедренный в практику лечебных учреждений научно-обоснованный алгоритм дифференцированного подхода к назначению микродозированных контрацептивов с учетом исходного состояния биоценоза влагалищной среды позволяет сократить частоту увеличения *Clostridium spp.* в 3,7 раза, *Enterobacteriaceae* – в 3 раза, вибрионы рода *Mobiluncus* – в 2,3 раза, *Bacteroides spp.* – в 1,5 раза, а также предупредить развитие кандидоза влагалища в  $78,4 \pm 3,4\%$  случаев.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

- назначение гормональных микродозированных контрацептивов рекомендует ся после предварительной микроскопической, а при необходимости и микробиологической оценки исходного состояния вагинального микробиоценоза;
- применение гормональных микродозированных контрацептивов нецелесообразно при наличии в вагинальном биотопе дрожжеподобных грибов рода *Candida* ввиду риска развития вульвовагинального кандидоза. Их применение возможно после проведения адекватной медикаментозной коррекции;
- в случае повышенной вегетации в вагинальном биотопе кокковой или анаэробной палочковидной микрофлоры использование гормональной микродозированной контрацепции показано в качестве протектора микробиоценоза влагалища;
- разработанный нами алгоритм дифференцированного подхода к назначению гормональных микродозированных контрацептивов позволит избежать побочных эффектов со стороны вагинальной экосистемы и тем самым сохранить репродуктивное здоровье молодым женщинам.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, микродозированные гормональные контрацептивы независимо от способа их введения формируют благоприятные условия для размножения лактобацилл в вагинальной экосистеме, оказывая через них опосредованное иммуномодулирующее воздействие на факторы местного иммунитета, в первую очередь повышая активность его гуморального звена, что является дополнительным фактором стабильности вагинальной экосистемы. Полученные нами результаты дают нам право рекомендовать интравагинальные и пероральные контрацептивы для широкого использования в практическом здравоохранении.

### **Вплив стану мікробіоценозу статевих доріг на вибір різних варіантів гормональної контрацепції Г.А. Барановська**

Результати проведених досліджень свідчать, що мікродозовані гормональні контрацептиви не залежно від способу їх введення формують сприятливі умови для розмноження лактобацилл у вагінальній екосистемі, надаючи через них опосередковану імуномодулюючу дію на чинники місцевого імунітету, в першу чергу підвищуючи активність його гуморальної ланки, що є додатковим чинником стабільності вагінальної екосистеми. Отримані нами результати дають нам право рекомендувати інтравагінальні й пероральні контрацептиви для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *гормональна контрацепція, мікробіоценоз статевих доріг.*

### **Condition influence microbiocenose of sexual ways on a choice of various variants of hormonal contraception G.A. Baranovsky**

Results of the spent researches testify, that the microdosed out hormonal contraceptives is not dependent on their way of use form favorable conditions for reproduction lactobacille in vaginal ecosystem, rendering through them mediated immunomodulation influence on factors local immunity, first of all raising its activity gumoral part, that is the additional factor of stability vaginal ecosystem. The results received by us grant to us is right to recommend intravaginal and perorale contraceptives for wide use in practical public health services.

**Key words:** *hormonal contraception, microbiocenose of sexual ways.*

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения // Контрацепция и здоровье женщины. – 2010. – № 1. – С. 2–10.
2. Лебедева О.П. Особенности местной иммунореактивности на фоне гормональной контрацепции // Наука та інновації, 17–31 октября 2009 г. – Т. 6. – Днепропетровск, 2009. – С. 29–32.
3. Набережнев Ю.И. Микробиологические аспекты использования интравагинальной гормональной контрацепции // Вестник РГМУ. – 2007. – Т. 55, № 2. – С. 355–356.
4. Орлова В.С. Микробиоценоз влагалища при использовании интравагинальной гормональной контрацепции // Сборник научно-практических работ I Межрегиональной конференции «Современные технологии в перинатологии». – Белгород, 2007. – С. 297–302.
5. Орлова В.С. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 4. – С. 36–39.

# Функціональний стан репродуктивної системи у пацієнок старше 40 років з безпліддям

*Л.В. Давід*

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

Результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічного функціонального стану репродуктивної системи у пацієнок старше 40 років з безпліддям. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнок цієї вікової групи на етапі відновлення репродуктивної функції.

*Ключові слова:* безпліддя, вік старше 40 років, клінічні аспекти.

Зміна соціального положення жінок в багатьох країнах світу, без сумніву, можна вважати одним із значних досягнень останніх років. Навчання, кар'єра, досягнення певного суспільного статусу зажадали від них змінити відношення до такого їх найважливішого призначення, як продовження роду. Відкладання народження дитини на пізніший період життя призвело до того, що до моменту, коли жінка вирішує піти на цей крок, її можливості в реалізації репродуктивної функції вельми обмежені. Ця проблема має соціальну обумовленість, оскільки все більше жінок пізнього репродуктивного віку звертаються з приводу лікування безпліддя, і ця тенденція зростає.

В той же час існує ряд клінічних аспектів, що ускладнюють дітородіння 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 старше 40 років актуальною є оцінка ефективності лікувальних заходів і розробка алгоритму лікування безпліддя в цього контингенту хворих.

В той же час не всі питання функціонального стану репродуктивної системи у пацієнок старше 40 років з безпліддям на сьогоднішній день повністю вирішені, що і визначило мету справжнього дослідження – вивчити особливості функціонального стану репродуктивної системи у пацієнок старше 40 років.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були вивчені основні особливості функціонального стану репродуктивної системи у 200 пацієнок старше 40 років.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнок коливався від 40 до 49 років, в середньому склавши  $43,6 \pm 3,4$  року.

Основною скаргою всіх хворих було безпліддя. Тривалість безпліддя у

пацієнток складала в середньому  $6,3 \pm 2,8$  року, що обумовлено безуспішним попереднім лікуванням з приводу безпліддя.

Аналіз анамнестичних даних пацієнток, що включає генеалогічний анамнез, перенесені дитячі інфекції не виявив відхилень від загальної норми популяції.

Враховуючи вік старше 40 років і бажання пацієнток реалізувати репродуктивну функцію, був проаналізований стан соматичного здоров'я жінок. Оцінка стану загального здоров'я пацієнток проводилася з використанням загальноприйнятих методів. Узагальнення результатів проведеного дослідження дозволило виявити соматичні захворювання, що часто зустрічаються, в даного контингенту хворих. Так, найбільш поширеними хронічними соматичними захворюваннями були хвороби травного тракту – у 41,0% пацієнток обстеженої групи. Захворювання серцево-судинної системи були діагностовані у 31,0%, захворювання органів дихання – у 6,5% і сечовидільної системи – у 4,5% пацієнток. Отже, кожна друга жінка страждала на те або інше соматичне захворювання, яке може негативно впливати на стан репродуктивної системи. Проте ці захворювання перебували у стадії компенсації і не були (протипоказанням для проведення лікування) причиною відмови від проведення лікування з приводу безпліддя і виношування вагітності.

Аналіз характеру менструальної функції показав, що більшість жінок (64,0%) мали регулярний ритм менструацій. У 83,0% пацієнток вік менархе не відрізнявся від даних в популяції, склавши в середньому  $13,2 \pm 0,3$ . Раніше менархе виявлене у 10,0% жінок, пізніше менархе – у 7,0%. Тривалість менструального циклу коливалася від 23 до 32 днів. Середня тривалість циклу складала  $27,2 \pm 0,3$  дня. При цьому укорочення менструального циклу спостерігалось в 30% випадках. Слід зазначити, що серед досліджуваних пацієнток були жінки з ендокринною патологією – 20 пацієнток із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) і 10 пацієнток – з гіпогонадотропним гіпогонадизмом (ГГ), які не були зацікавлені в реалізації репродуктивної системи. Стан менструальної і репродуктивної функції ми вирішили розглянути окремо у жінок з овуляторним менструальним циклом і у пацієнток, що страждають на СПКЯ і ГГ. Доцільність виділення пацієнток із СПКЯ і ГГ в окремі групи була заснована на специфічності патогенезу і клініко-лабораторних характеристик патологій, що мають місце при СПКЯ в олігоменореї, ановуляції, підвищеному рівні ЛГ і Т, збільшених розмірах яєчників. Ці особливості не дозволяють об'єктивно порівнювати пацієнток з СКПЯ і жінками, що не мають ендокринної патології, про що неодноразово зазначалося в літературі.

Вік менархе у пацієнток СПКЯ був пізнішим і відповідав 13 рокам. Усі вони мали олігоменорею з менархе. Характерною особливістю цієї групи пацієнток було те, що в пізньому репродуктивному віці, а саме у віці 36–38 років, а в частини пацієнток – ближче до 40 років, наголошувалася нормалізація менструального циклу, менструації ставали менш тривалими, упорядкувалися і приходили через 28 днів.

Аналіз характеру менструальної функції у пацієнток, що мають нормальну овуляцію, показав, що більшість жінок (64,0%) мали регулярний цикл. Причому, регулярний менструальний цикл зустрічався у переважної більшості жінок до 42 років (87,0%), тривалість його складала 28–30 днів. У групі жінок віком 42–45 років

вже в 55% відсотків спостерігалися порушення менструального циклу з укороченням його до 22–24 днів. Жінки віком понад 45 років мали порушення менструального циклу за типом його укорочення, ациклічних кровотеч і олігоменореї.

Як було сказано вище, пацієнтки із СПКЯ відрізнялися по характеру менструального циклу. У всіх пацієнток (100%) було відзначено порушення менструального циклу за типом олігоменореї з менархе. Первинна аменорея діагностована у 10 (100%) пацієнток з ГГ.

Ми визнали необхідним окремо виділити і охарактеризувати групу жінок віком понад 40 років, в яких проведено дослідження функціонального стану репродуктивної системи. Слід сказати, що частина пацієнток увійшла до основної групи і надалі лікувалися від безпліддя, 30 жінок не були зацікавлені в реалізації репродуктивної функції. Серед 30 пацієнток, не зацікавлених в лікуванні безпліддя, були 20 жінок із СПКЯ і 10 пацієнток з ГГ. Групою контролю послужили 90 пацієнток. З них 80 молодих пацієнток репродуктивного віку і 10 жінок в постменопаузі.

Як видно з представлених даних всі пацієнтки досліджених груп мали закономірні особливості менструальної функції. Так пацієнтки із СПКЯ мали олігоменорею з менархе, що укладається в симптомокомплекс даного захворювання, а пацієнтки з ПГ – аменорею, що є атрибутом цього захворювання.

При детальному аналізі функціонального стану репродуктивної системи порівняли групу жінок віком понад 40 років як з молодими пацієнтками репродуктивного віку ( $n=30$ ), так і з жінками в постменопаузі ( $n=10$ ). Враховуючи присутність в нашому дослідженні 30 жінок старше 40 років з ендокринною патологією (20 жінок із СПКЯ і 10 – з ГГ), ми додатково обстежували 30 жінок із СПКЯ і 20 жінками з ГГ активного репродуктивного віку.

Вивчення репродуктивної функції жінок показало, що первинним безпліддям страждали 47,5% пацієнток, вторинним – 52,5%. Аналізуючи репродуктивний анамнез пацієнток із вторинним безпліддям виявили, що лише 5,0% пацієнток мали в анамнезі лише мимовільні пологи, у 38,0% жінок в анамнезі були як мимовільні пологи, так і штучні аборти, в 25,0% – мимовільні пологи і мимовільні аборти, в 15,0% мимовільних і штучних абортів. Звертає на себе увагу досить високі відсоток жінок (43,0%), репродуктивний анамнез яких включав лише штучні аборти. Характер репродуктивної поведінки жінок старше 40 років, що звернулися з приводу безпліддя ідентичний репродуктивній поведінці жінок загальної популяції, в якій практично кожна жінка має декілька штучних абортів в анамнезі. Найбільш негативним моментом є те, що жінка починає реалізацію репродуктивної функції з штучного переривання вагітності. У нашому дослідженні число штучних абортів, що мали місце в анамнезі у пацієнток, коливалось від 1 до 5.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність специфічних особливостей функціонального стану репродуктивної системи у пацієнток старше 40 років з безпліддям. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток цієї вікової групи на етапі відновлення репродуктивної функції.

**Функциональное состояние репродуктивной системы у пациенток старше 40 лет с бесплодием**  
**Л.В. Давид**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии специфического функционального состояния репродуктивной системы у пациенток старше 40 лет с бесплодием. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток этой возрастной группы на этапе восстановления репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** бесплодие, возраст старше 40 лет, клинические аспекты.

**Fuctional condition of reproductive system of patients more 40 years with barrenness**  
**L.V. David**

Results of the spent researches testify to presence of specific features of the functional condition of reproductive system of patients more 40 years with barrenness. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting patients of this age group at a stage of restoration of reproductive function.

**Key words:** barrenness, age more 40 years, clinical aspects.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Колчи А. Психологические аспекты репродукции человека // Проблемы репродукции, 2005. – № 1. – С. 33–39.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – Санкт-Петербург: СОТИС, 2005. – 134 с.
3. Шарاپова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2003. – 2, 1. – С. 7–10.



# Зміни якості життя жінок в постменопаузальний період

*І. Т. Кишакевич*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що вивчення якості життя має велике значення в клінічному перебігу природної менопаузи. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

*Ключові слова:* природна менопауза, якість життя.

Зміни демографічної ситуації в усьому світі, збільшення кількості людей старшого віку, розлади менопаузи – першочергові медичні проблеми. Менопаузу можна розглядати як генетично запрограмоване явище, що включає певні стадії структурних і функціональних змін. Згасання функції яєчників впливає на всі без виключення органи і системи організму. Фізіологічне старіння асоціюється із зниженням здатності тканин до відновлення, зменшенням їх еластичності, підвищеною жировою інфільтрацією, клітинною атрофією, дегенерацією нервових закінчень, зниженням тонуусу гладкої мускулатури, зменшенням кількості колагенових волокон в сполучній тканині зв'язкового апарату [1, 3, 5].

Третина життя жінки доводиться на постменопаузу. В цей час відбувається зниження адаптаційних можливостей організму [2–4]. Наявність високої соціальної значущості підвищення захворюваності і смертності жінок після виключення функції яєчників послужили основою для вивчення якості життя у жінок з природною менопаузою.

**Мета дослідження:** вивчити особливості якості життя у жінок з природною менопаузою.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладений аналіз клінічних спостережень за 150 пацієнтками у віці від 50 до 70 років з природною менопаузою.

Групи склали практично здорові жінки, які перед обстеженням протягом останнього року не приймали замісну гормональну терапію (ЗГТ):

- до першої (1) групи увійшли 50 пацієток у віці від 50 до 56 років, середній вік  $51,6 \pm 1,6$  року;

- до другої (2) групи – 50 жінок у віці від 57 до 65 років, середній вік  $60,3 \pm 3,2$  року;

- третя (3) група складається з 50 жінок у віці від 66 до 70 років, середній вік  $67,4 \pm 1,9$  року.

Середній вік жінок склав  $63,1 \pm 5,2$  року (95% ДІ 70–50).

Середній вік менархе у віковій групі 50–56 років –  $12,9 \pm 1,2$  року (95% ДІ

16–11); у 57–65 років –  $13,7 \pm 1,6$  року (95% ДІ 17–11) і в групі 66–70 років –  $13,6 \pm 1,5$  року (95% ДІ 18–11).

Середній вік настання менопаузи був  $49,1 \pm 5,9$  року:

- в 1 групі пацієток –  $48,2 \pm 2,4$  року (95% ДІ 52–43);

- в 2 –  $49,8 \pm 4,6$  року (95% ДІ 60–38);

- в 3 –  $48,7 \pm 4,8$  року (95% ДІ 56–35).

Менопауза настала у віці 35 років в 0,8%, в 38–40 років – в 3,8%, в 42–47 років – в 18,5%, в 48–53 роки – в 67,2%, в 54–60 років – в 9,8% обстежених. В даний час доведено, що настання ранньої менопаузи пов'язане з підвищеним ризиком розвитку [1–5] серцево-судинних захворювань, остеопорозу.

Аналіз генеративної функції показав, що середнє співвідношення вагітностей, склало  $4,3 \pm 1,7$ ; пологів в 1 групі  $1,5 \pm 0,9$ ; у 2 –  $1,3 \pm 1,6$ ; у 3 –  $1,5 \pm 0,7$ .

Для оцінки розладів менопауз, якості життя обстеження жінок з природною менопаузою проводилося з використанням традиційних методів дослідження. Ми заповнювали медико-соціальну анкету за якістю життя жінок, специфічну при менопаузі і анкету дослідження емоційного (депресивного) стану П. Пішо.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

На сьогодні доведено, що метаболізм естрогену в постменопаузі зазнає значні зміни. Як відомо, у жінок в постменопаузі спостерігаються помітні зміни маси тіла. Нами вивчені дані індексу маси тіла (ІМТ) у пацієток в клінічних групах і в різні терміни постменопаузи. Середнє значення ІМТ в 1 групі  $31,8 \pm 5,4$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДІ 39,6–24,3), в 2 групі –  $31,1 \pm 6,4$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДІ 45,3–21,9), в 3 –  $31,1 \pm 7,5$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДІ 48,1–19,8). Жирова тканина є необхідною для позагонадного синтезу естрогену, що характеризує в постменопаузі естрогенну насиченість організму жінки. Надлишкова маса тіла була у кожній четвертій жінки з менопаузою після 40 років, в кожній другій – з менопаузою в 49–52 роки, в кожній п'ятій обстеженою – з пізньою менопаузою.

Аналіз ІМТ у пацієток свідчить про те, що ожиріння підвищується з віком: у 22% жінок у віці 50–56 років, у 26% – в 57–65 років і в кожній другій обстеженій – в 66–70 років. Виражене ожиріння значно збільшується з 12% у віковій групі 50–56 років до 37% в 56–65 років і до 50% в 66–70 років, що характеризує прогрес метаболічного синдрому менопаузи.

ІМТ підвищується при тривалості постменопаузи за рахунок перерозподілу жирової тканини у бік надлишкового накопичення вісцелярного жиру. За нашими спостереженнями надлишкова маса тіла при постменопаузі до 5 років була у 17%, при постменопаузі до 16 років і більше – у 58% жінок.

Встановлено, що менопауза супроводжується розвитком трьох основних симптомомкомплексов (нейровегетативного, психоемоційного, метаболічного). Легкий ступінь нейровегетативних розладів переважає у 44% обстежених пацієток у віці 50–56 років в порівнянні з віком 57–65 років – 20%; помірний – в 40% – в 66–70 років на відміну від вікової групи 57–65 років – 22%; тяжкий відзначений лише в 2 і 3 групах – по 50%. Кореляційний аналіз виявив, що чим більше вагітностей мали жінки, тим вище ступінь тяжкості нейровегетативних симптомів ( $r=0,90$ ;  $p<0,01$ ). Пацієнтки з тяжким ступенем нейровегетативних симптомів страждають важкими психоемоційними розладами ( $r=0,77$ ;  $p<0,01$ ), що значно знижує якість життя.

Розлади менопауз важкого ступеня мають обстежені у віковій групі 66–70 років – 42% на відміну від жінок 57–65 років – 18%, що підкреслює наростання системних порушень з віком, пов'язане з дефіцитом естрогену.

Якість життя жінок пов'язана як з особливостями особи, так і з ступенем нейровегетативних, психоемоційних, метаболічних розладів. Серед багатообразних реакцій жіночого організму на настання менопаузи вирішальними серед інших причин є соціально-психологічні чинники.

Зіставляючи сімейний стан з величиною ММІ, можна помітити, що важчі форми КС спостерігалися серед жінок, які ніколи не були в шлюбі.

Разом із цим у вдів та самотніх жінок відзначають більш виражені психоемоційні розлади ( $r=0,76$ ;  $p<0,01$ ).

При дисперсійному аналізі визначені відмінності в сімейному стані, а також у взаєминах з чоловіком серед пацієнток 49–56 років і 57–65 років ( $p<0,05$ ).

Необхідність аналізу якості життя жінок старшої вікової групи викликана тим, що сума клініко-лабораторних показників не завжди дає можливість оцінити суб'єктивний стан здоров'я жінки.

Нами проаналізовано відношення жінок у період постменопаузи до необхідності лікуватися, вплив розладів менопаузи на стан здоров'я. Значний вплив надає сприйняття менопаузи як ознаки старіння, кінця специфічної біологічної функції жіночого організму. Необхідність бути впевненим у власному здоров'ї – психологічна складова якості життя. У віці 50–56 років вважають себе здоровими: «швидше так, чим ні» – кожна друга, «так» – кожна третя, «ні» – кожна п'ята, «швидше ні, чим так» – кожна сьома пацієнтка.

Проведене дослідження показало, що через необхідність лікуватися «дуже переживають» жінки 50–56 років – 39%, їм «це неприємно» – 50%, «байдуже» у віці 66–70 років вже – 77%. Помічають зміну свого стану здоров'я жінки в 66–71 рік, частіше відчувають себе хворими – 56%.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що важчі розлади менопаузи мали пацієнтки у віці 66–70 років – 42%, на відміну від 56–65 років – 18%, що підкреслює наростання метаболічних порушень з тривалістю постменопаузи. Якість життя жінок пов'язана як з особливостями особи, соціальною адаптацією, так і з мірою вираженості розладів менопауз. Страждають від самотності жінки віком понад 66 років – 40%, що погіршує якість їх життя. Значно погіршує настрій щодо необхідності лікуватися – «дуже переживають» – 39% у віці 50–56 років, це «неприємно» – 50%. Величина модифікованого менопаузального індексу вище у жінок, що ніколи не полягали в шлюбі ( $r=0,76$ ;  $p<0,01$ ).

## Изменения качества жизни женщин в постменопаузальный период И. Т. Кишакевич

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что изучение качества жизни имеет большое значение в клиническом течении естественной менопаузы. Полученные

результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *естественная менопауза, качество жизни.*

### **Changes of quality of a life of women in postmenopausal period I. T. Kishakevich**

Results of the spent researches testify, that studying of quality of a life is 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, quality of a life.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщин в климактерии. Монография. – М.: «Литерра», 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. Проблеми клімаксу 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.

# Морфологічні особливості ендометрія у пацієнток з матковим чинником безпліддя

**А.В. Колесник**

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

Результати проведених досліджень дозволили виділити 4 основних синдроми структурно-функціональних порушень стану ендометрія, що зберігаються після медикаментозного і хірургічного лікування і мають велике значення для успішної імплантації ембріона і подальшого розвитку плодового яйця. Це синдром запалення (імунологічної дисфункції), дисрегенерації (фібродеструктивний або гіпо-регенераторний), дисциркуляторний синдром (як правило, гіповаскуляризація) і дистрофічний (частіше гіпотрофічний). Виділення синдромів важливе для оцінки спрямованості лікувально-профілактичних заходів, а також для використання синдромно-патогенетичної класифікації при їх диференційованому виборі.  
**Ключові слова:** жіноче безпліддя, хронічний ендометрит, патогенез.

Порушення репродуктивної функції жінок є наслідком безлічі причин, де матковий чинник складає до 60% [1–5]. При цьому в структурі внутрішньоматочної патології переважає хронічний ендометрит, більш ніж в 2 рази перевищуючи поширеність інших захворювань [2, 3]. Його частота найбільш висока (до 65,0%) у пацієнток з трубно-перитонеальним безпліддям, невдачами допоміжних репродуктивних технологій (ВРТ) [1], при невиношуванні вагітності (до 70,0%) [4]. Іноді зустрічаються поліпи ендометрія, частота виявлення яких вагається від 12,0 до 32,2%. Частка жінок з внутрішньоматковими синехіями складає від 3,0 до 13,0%, з лейоміомою матки при субмукозній локалізації вузлів – від 4,0 до 20,0% [5].

У літературі, присвяченій проблемам ДРТ і невиношування вагітності, описані різні позанозологічні структурно-функціональні зміни в ендометрії, які можуть бути самостійною причиною порушень репродуктивної функції: розлади субендометріального кровотоку [1–5], невідповідність структури ендометрія дню менструального циклу [2], склеротичні і імунологічні зміни в ендометрії [3].

В той же час, не всі питання патогенезу хронічного ендометриту при жіночому безплідді на сьогоднішній день вирішені, особливо в плані дослідження нових аспектів патогенезу порушень репродуктивної функції жінок.

**Мета** наукового дослідження – вивчення морфологічних особливостей ендометрія у пацієнток з матковим чинником безпліддя.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні приймали участь 150 жінок з внутрішньоматковою патологією і порушенням репродуктивної функції. В I і II групи включено по 50 пацієнток з

хронічним ендометритом. У III групи – 50 жінок після різних внутрішньоматкових маніпуляцій.

Критеріями включення були: вік 18–39 років; наявність маткового чинника безпліддя або невиношування вагітності; регулярний ритм менструацій; відсутність порушень гормонального гомеостазу і гемостазіограми; для I і II груп – наявність гістологічної верифікації хронічного ендометриту; для III групи – еходопплерометричних ознак структурно-функціональних порушень в ендометрії.

В процесі аналізу клініко-лабораторних даних і оцінки ефективності терапії були виявлені два патогенетичних варіанту хронічного ендометриту. Відповідно до виділених варіантів пацієнтки I групи були розділені на дві підгрупи: з переважаючим синдромом запалення в ендометрії або переважаючим фібродеструктивним синдромом.

У комплекс проведених досліджень були включені мікробіологічне і вірусологічне дослідження; розширена кольпоскопія і цитологічне дослідження мазків відбитків шийки матки; оцінка гормонального статусу – визначення в крові пролактину, тестостерону, кортизолу, дегідроепіандростендіолу; оцінка гемостазіограми; лапароскопія і гістероскопія; прицільна біопсія ендометрія, роздільне діагностичне вискобловання або аспіраційна біопсія за допомогою Pipelle de Cornie; морфологічне дослідження зіскрібків і біоптатів ендометрія; імуногістохімічне дослідження ендометрія. Назначали відповідне діагнозу медикаментозне або хірургічне лікування: у хворих I і II групи – медикаментозна терапія, що ґрунтується на результатах мікробіологічного і імунологічного дослідження або препаратами широкого антибактеріального і протівірусного спектру дії. Жінкам III групи були виконані: за наявності внутрішньо маткових синехій і перегородки – їх руйнування, за наявності поліпів і субмукозної лейоміоми матки – їх видалення.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Вік обстежених жінок – від 22 до 39 років, достовірно по групах не відрізнявся і склав в середньому  $32,0 \pm 0,7$  року. Переважали пацієнтки 30 і більше років. Провідними чинниками, що обумовлюють порушення сприйнятливості ендометрія до вагітності, є запальні захворювання нижнього відділу статевого тракту, хронічний сальпінгофорит, ускладнений перебіг вагітності і пологів, лікарські маніпуляції. У проведеному дослідженні частина хворих із захворюваннями, що передаються статевим шляхом, склала 38%, неспецифічні вагітні перенесли 70% жінок. Хронічний сальпінгофорит виявлений у 60% пацієнток, що в 4 рази перевищувало показники фертильних жінок. Невиношування вагітності в анамнезі і ускладнений перебіг післяабортного періоду спостерігався в 5 разів частіше, ніж у жінок без порушень репродуктивної функції. У 18% хворих виявлена звична втрата вагітності. У анамнезі всіх обстежених жінок були внутрішньоматкові втручання, причому в кожній другій – двічі, а в кожній четвертій – три і більше (до 6) разів. Середній показник кількості внутрішньоматкових втручань на одну жінку склав  $2,5 \pm 0,4$ , що свідчить про високий ризик травматичного чинника порушення сприйнятливості ендометрія до вагітності.

Особлива увага приділялася вивченню супутньої патології репродуктивної системи. У 28% жінок, що увійшли до дослідження, виявлена лейоміома матки, у 16%

– генітальний ендометріоз, що не вимагають на даному етапі хірургічного лікування або після нього. Кількість хворих з лейоміомою матки і генітальним ендометріозом в досліджуваних групах достовірно не відрізнялася.

У пацієнок з безпліддям його середня тривалість складала  $6,2 \pm 0,4$  року. Переважало вторинне безпліддя, складаючи 64%. Тривалість хронічного ендометриу у пацієнок I і II груп складала  $7,4 \pm 0,7$  і  $6,5 \pm 0,7$  відповідно. Ретроспективне вивчення наданої медичної допомоги показало, що бажання мати дітей стало причиною активного лікування у більшості обстежених жінок. Протизапальна (включаючи антибактеріальну) терапія раніше проведена в 94% хворих, причому в половині випадків – неодноразово. Гормональні препарати раніше призначалися 66% хворих. Ендоскопічні хірургічні втручання на органах репродуктивної системи виконані у 46% пацієнок. Більше половини жінок використовувала програми ДРТ, які не принесли бажаного ефекту. Кількість спроб варіювала від 1 до 18, складаючи в середньому  $2,9 \pm 0,6$  спроб на пацієнтку, при цьому 82% хворих мали неодноразові невдачі. Лікування преформованими фізичними чинниками у минулому отримували лише 14% жінок. Основними показаннями для фізіотерапії були: відновне лікування після гінекологічних операцій і терапія хронічних запальних захворювань. Необхідно відзначити, що це були, як правило, нетривалі курси (до 10 процедур) електорофореза лікарських речовин, лазеротерапії. Аналіз даних про попереднє лікування дозволяє констатувати, що обстежених жінок тривало і безуспішно лікували з використанням медикаментів, хірургічних і допоміжних репродуктивних технологій. Тоді як можливості терапії фізичними чинниками були використані трохи.

Оцінка клінічної картини у пацієнок з патологічними змінами порожнини матки і ендометрія, після завершення хірургічного і медикаментозного етапів лікування, виявила ряд симптомів. Лише у 32% жінок єдиною скаргою було порушення репродуктивної функції. Перименструальні виділення відмічені в 40% (I група – 46%; II – 36%; III – 24%), біль в нижніх відділах живота – в 16% (I група – 18%; II – 18%; III – 12%), гіпоменорея – в 10% (I група – 8%; II – 10%; III – 12%) хворих.

Результати лабораторно-інструментального обстеження підтвердили наявність різних структурно-функціональних змін ендометрія, які могли бути самостійним чинником, що перешкоджає імплантації і успішному розвитку вагітності.

Морфологічне дослідження ендометрія після лікування хронічного ендометриу, що не включає фізичні методи (лише медикаментозне), проведене у 20 хворих II групи, виявило повне відновлення морфологічної структури ендометрія лише в десятій частині пацієнок. У останніх випадках плазматичні клітини були відсутні, але зберігалися запальні інфільтрати і фіброз. Імуногістохімічне дослідження ендометрія у жінок цієї ж групи, показало, що кількість макрофагів (CD 68) була підвищена на 33%; рівень експресії EGF – на 23% в порівнянні з експресією аналогічних маркерів у здорових жінок. Зберігалися порушення ангіоархітектоніки тканини у вигляді накопичення колагену III (підвищений в 2 рази) і IV типу – (підвищений на 7%) з утворенням зон інтерстиціального і периваскулярного склерозу, формуванням судин капілярного типу і експресія TGF- $\beta$ . Виявлений дисбаланс вмісту рецепторів естрогену і прогестерону в стромі і паренхимі (гіперекспресія в залозах) і порушення їх співвідношення (переважання PR в проліферативну фазу). Важливо підкреслити, що медикаментозне лікування позитивно вплину-

лю на динаміку всіх перелічених вище маркерів, але не сталося зміни експресії колагену III типу, переважаючого при хронічному ендометриті, і відновлення фізіологічного співвідношення стероїдних рецепторів.

Останніми роками при дослідженні патогенезу різних захворювань жіночих статевих сфери велику увагу приділяють стану системи ангіогенезу. Оцінка концентрації чинників ангіогенезу проведена в 44 обстежених нами хворих з хронічним ендометритом (I і II груп), виявила підвищення вмісту VEGF-A в 2,7 разу в плазмі крові і в 3,5 разу – в цервікальному слизу, якому супроводила зміна концентрації його рецепторів. Виявлений високий проангіогенний потенціал дисперсивно визначуваних маркерів, який зберігався після медикаментозного етапу лікування, підтверджений даними імуногістохімічного дослідження ендометрія, що демонструє активність неоангіогенезу в даній когорті хворих, судячи по щільності новоутворених судин і експресії EGF. Відомо, що важливу роль в синтезі VEGF відіграють ішемія і гіпоксія. Можливо, при хронічному ендометриті саме ішемія тканини, обумовлена її патологічною просторовою організацією з накопиченням колагену або локальною гіперкоагуляцією унаслідок дії Th-1 цитокінів підтримує високий рівень ангіогенезу в ендометрії.

Враховуючи, що макрофаги є одними з основних джерел прозапальних цитокінів в ендометрії при хронічному ендометриті, а їх кількість, вивчена нами при імуногістохімічному дослідженні, залишається підвищеною і після медикаментозної терапії, ми детальніше вивчили цитокіновий статус у 30 пацієнок I групи. При дослідженні концентрації прозапальних і регуляторних цитокінів в плазмі крові і цервікальному слизу всіх 30 хворих хронічним ендометритом після медикаментозного лікування не було виявлено достовірних змін в порівнянні із здоровими жінками. Проте, при розподілі на підгрупи, залежно від домінуючого синдрому структурно-функціональних порушень в ендометрії, визначено підвищення вмісту IL-1 в плазмі крові ( $172 \pm 8,24$  пг/мл), IL-1 ( $21,3 \pm 0,5$  пг/г білка), IL-6 ( $24,8 \pm 0,55$  пг/г білка) в цервікальному слизі і зниження TGF- $\beta$  ( $1,4 \pm 0,05$  пг/г білка) у цервікальному слизі у пацієнок з переважаючими запальними (інфільтративно-ексудативними) змінами в ендометрії в порівнянні із здоровими жінками (відповідно:  $47,2 \pm 7,4$  пг/мл;  $1,9 \pm 0,3$  пг/г білка;  $17,9 \pm 1,5$  пг/г білка;  $3,4 \pm 0,05$  пг/г білка;  $p < 0,05$ ). Домінування фібродеструктивного синдрому в ендометрії супроводжувалося підвищенням рівня TGF- $\beta$  у цервікальному слизі ( $7,2 \pm 0,5$  пг/г білка,  $p < 0,05$ ).

Оптимальним неінвазивним методом оцінки рецептивності ендометрія і стану порожнини матки є трансвагінальна ехографія, яка дозволила виявити стоншування ендометрія  $< 8$  мм в II фазі менструального циклу в 52%, неоднорідність ехоструктури – в 58%, невідповідність ехоструктури ендометрія фазі циклу – в 28%, розширення порожнини матки в I фазі циклу – в 18%, наявність гіперехогенних включень в ендометрії – в 12% хворих. Вдосконалення діагностичної техніки стимулює інтерес до використання доплерометричної оцінки стану прийнятливості ендометрія. Дані кольорового доплерівського картування (КДК) і спектральною доплерометрії судин матки при дослідженні в II фазі менструального циклу показали, що 94% обстежених пацієнок мали ті або інші в переважній більшості поєднані порушення кровотоку в судинах матки порівняно із здоровими жінками.



Виявлені: скрута візуалізації базальних і спіральних артерій (в 84% хворих); несиметрична васкуляризації міометрія (у 48% випадків); зниження кінцевої швидкості діастолі в маткових артеріях (у 1,5 разу); підвищення кут незалежних індексів кривих швидкостей кровотоку на всіх рівнях судинного дерева матки, найчастіше – індексу резистентності (на 30%) на рівні базальних артерій. Допплерометричні дослідження, проведені в I фазі менструального циклу, не продемонстрували великої кількості достовірних відмінностей показників маткової гемодинаміки у пацієнток з внутрішньоматковою патологією і здорових жінок. При аналізі кореляційних взаємозв'язків між величиною м-ехо-камери і параметрами маткової гемодинаміки в обстежених нами хворих, встановлений зв'язок між величиною М-ехо-камери в II фазі менструального циклу, при початковому стоншуванні ендометрія менше 8 мм і частотою візуалізації базальних артерій ( $r=0,82$ ) і величиною індексу резистентності в них ( $r=0,79$ ). При товщині ендометрія 8 мм і більше такого кореляційного взаємозв'язку не виявлено. Наявність поєднаних ехографічних змін в ендометрії (неоднорідність ехоструктури ендометрія, стоншування менше 8 мм, наявність гіперехогенних включень) корелює з частотою візуалізації базальних і спіральних артерій ( $r=0,76$  і  $0,72$ , відповідно). Результати наших досліджень свідчать про те, що розлади маткової гемодинаміки відповідають вираженням ехографічним змінам в ендометрії.

## ВИСНОВКИ

Аналізуючи отримані дані, ми виділили 4 основних синдроми структурно-функціональних порушень стану ендометрія, що зберігаються після медикаментозного і хірургічного лікування та мають велике значення для успішної імплантації ембріона і подальшого розвитку плодового яйця. Це синдром запалення (імуннологічної дисфункції), дисрегенерації (фібродеструктивний або гіпорегенераторний), дисциркуляторний синдром (як правило, гіповаскуляризація) і дистрофічний (частіше гіпотрофічний). Виділення синдромів важливе для оцінки спрямованості лікувально-профілактичних заходів, а також для використання синдромно-патогенетичної класифікації при їх диференційованому виборі.

### **Морфологические особенности эндометрия у пациенток с маточным фактором бесплодия** **А.В. Колесник**

Результаты проведенных исследований позволили выделить 4 основных синдрома структурно-функциональных нарушений состояния эндометрия, сохраняющихся после медикаментозного и хирургического лечения и значимых для успешной имплантации эмбриона и дальнейшего развития плодного яйца. Это синдром воспаления (иммунологической дисфункции), дисрегенерации (фибродеструктивный или гипорегенераторный), дисциркуляторный синдром (как правило, гиповаскуляризация) и дистрофический (чаще гипотрофический). Выделение синдромов важно для оценки направленности лечебно-профилактических мероприятий, а также для использования синдромно-патогенетической классификации при их дифференцированном выборе.

**Ключевые слова:** женское бесплодие, хронический эндометрит, патогенез.

## **Morphological features of endometrium at patients with uterine barrenness factor** **A. V. Kolesnik**

Results of the spent researches have allowed to allocate 4 basic of a syndrome of structurally functional infringements of a condition of endometrium, remaining after medicamentous and surgical treatment and significant for successful implantation of an embryo and the further development born eggs. It is an inflammation syndrome (immunological dysfunctions), dysregeneration (fibrodestructive or hyporegeneration), dyscirculation syndrome (as a rule, hypovascularisation) and dystrophic (more often hypotrophic). Allocation of syndromes important for an estimation of an orientation of treatment-and-prophylactic actions, and also for use of sindromno-pathogenetic classification at their differentiated choice.

**Key words:** *female barrenness, chronic endometrite, patogenesis.*

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Грищенко В.И., Щербина Н.А. Женское бесплодие: состояние проблемы // Международный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 89–92.
2. Колчи А. Психологические аспекты репродукции человека // Проблемы репродукции. – 2005. – № 1. – С. 33–39.
3. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – Санкт-Петербург: СОТИС. – 2005. – 134 с.
4. Светлаков А.В. Формирование бластоцист и частота наступления имплантации у женщин разных возрастных групп в зависимости от длительности бесплодия в анамнезе // Пробл. репрод. – 2009. – Т. 3, № 4. – С. 59–65.
5. Шарапова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения // Вопр. гинек. акуш. перинат. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 7–10.

# Репродуктивні аспекти хірургічного лікування лейоміоми матки

*М.Л. Кузьоменська*

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

Таким чином, аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

*Ключові слова:* лейоміома матки, хірургічне лікування, репродуктивний прогноз.

Не дивлячись на те, що вивченню лейоміоми матки присвячено безліч наукових робіт, ця проблема дотепер залишається недостатньо вирішеною. Лейоміома матки відноситься до доброякісної пухлини статеві системи жінки, що найчастіше зустрічається, а її частота в структурі гінекологічної захворюваності складає від 20 до 44%, причому в 13–27% спостерігається в репродуктивному віці [1–3].

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинної і вторинної неплідності досить часто спостерігається у пацієток з міомою матки (60–70%) [4–7]. Ця проблема набуває все більшу актуальність у зв'язку з омолодженням хворих на міому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення цієї доброякісної пухлини жіночої статеві системи. Згідно з даними літератури [1–7], у жінок з неплідністю в 12–20% випадків міома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [1–7].

У разі виключення всіх інших причин порушення репродуктивної функції постає питання про проведення органозберігаючих операцій, а саме міомектомії, але у кожному конкретному випадку перш за все доводиться вирішувати ряд питань про доцільність консервативно-пластичної або радикальної операції з урахуванням можливості відновлення функції ураженого органу, про операційний ризик при тому або іншому способі і про віддалені результати проведеного хірургічного лікування.

Не дивлячись на широке упровадження сучасних ендоскопічних технологій, значущість абдомінальних реконструктивно-пластичних операцій не втратила своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку, що бажають зберегти репродуктивну функцію і страждають неплідністю або невіношуванням вагітності при лейоміомі матки великих і гігантських розмірів, атиповому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження. Виходячи із сказаного вище слід зазначити, що абдомінальна міомектомія при поодиноких і множинних вузлах лейоміоми матки великих і гігантських розмірів залишається актуальною і дискусійною темою. У

зв'язку з цим, очевидна необхідність вдосконалення хірургічної техніки реконструктивно-пластичних операцій на матці зовні і під час вагітності, а також периопераційного ведення хворих з даною патологією, що сприятиме зниженню відсотка рецидивів пухлини і збільшенню числа жінок, які реалізували в недалекому майбутньому свої репродуктивні плани після міомектомії.

Все вищевикладене є переконливою підставою для проведення нашого наукового дослідження.

**Мета дослідження** – знизити частоту порушень репродуктивної функції жінок з міомою матки шляхом оптимізації тактики ведення, вдосконалення міомектомії під час і поза вагітності, визначення репродуктивного прогнозу при поєднанні міоми матки з іншими чинниками ризику порушення репродуктивної функції.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Під нашим спостереженням знаходились 208 пацієнток репродуктивного віку від 19 до 45 років, яким було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітності, простежені найближчі та віддалені результати за період з 1996 по 2006 рік.

Всіх жінок було розподілено на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшла 61 пацієнтка, яка звернулася з клінікою загрози переривання вагітності при наявності лейоміоми матки.

Критеріями відбору для дослідження серед усіх, хто звернувся з вагітністю та міомою матки, було: бажання жінки мати дітей; вузли міоми, що перешкоджають виношуванню вагітності чи представляють небезпеку для здоров'я пацієнтки: великі, гігантські, атипово розташовані вузли, швидке їх збільшення під час вагітності, ознаки деструкції вузла, підтвержені даними УЗД. Практично у всіх випадках були симптоми загрози переривання вагітності. Пацієнток з дрібними вузлами, що перешкоджають виношуванню вагітності, в дослідження не включали. Відбір пацієнток проводили амбулаторно в науково-консультативному відділенні, призначали обстеження, необхідне для госпіталізації, в тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). При відсутності показань для екстреної госпіталізації призначали терапію, спрямовану на збереження вагітності та лікування виявлених інфекційних процесів, а потім планово госпіталізували їх на 14–15-й тиждень вагітності для підготовки до операції. При наявності великих, гігантських вузлів й кров'янистих виділень із статевих шляхів, що свідчить про переривання вагітності, що розпочалось, госпіталізували екстрено до гінекологічного відділення.

З 61 пацієнтки 45 госпіталізовано в плановому порядку в термін вагітності 14–19 тиж, 16 – екстрено в термін вагітності 7–12 тиж.

Другу (II) клінічну групу складала 147 жінок з лейоміомою матки. Критерії відбору: великі й атипово розташовані вузли, неплідність або невиношування вагітності, бажання відновити репродуктивну функцію. Віддалені результати простежено від 1 до 5 років.

Клінічні й лабораторні методи дослідження включали загальне стандартне обстеження хворих з використанням клінічних, біохімічних, мікробіологічних, гемостазіологічних, функціональних та морфологічних методів, проводились

дослідження, спрямовані на виявлення ІПСШ (ПЛР), а також інструментальні (ультразвукові, ендоскопічні) методи дослідження.

Статистичне оброблення матеріалу проводили на персональному комп'ютері. В роботі використані стандартні методи статистичного аналізу. Достовірність відмінностей між групами щодо цих параметрів оцінювалась за допомогою непараметричних критеріїв статистики (Уїлкоксона-Манна-Уїтні) та t-критерія Ст'юдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що міомектомія під час і поза вагітності є доцільною операцією, яка суттєво поліпшує репродуктивний прогноз хворих міоміою матки, і при дотриманні умов для виконання операції та відпрацьованої хірургічної тактики не викликає небезпеки здоров'ю пацієнток.

Показаннями до планової міомектомії під час вагітності є: атипове розташування вузлів (шиїчне, перешійчне, інтралігаментарне), що призводить до порушення функції тазових органів; великі та гігантські вузли; некроз вузла, підтверджений УЗД; неможливість переривання вагітності; деформація порожнини матки великим інтерстиціальним вузлом; розташування вузла на плаценті.

Плануванню вагітності при лейоміомі матки повинна передувати міомектомія, оскільки в 68,8% випадків при вагітності спостерігалось швидке зростання вузлів, а у кожної п'ятої пацієнтки виявляється прогестеронзалежна пухлина (співвідношення рівня експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу 6,0 і вище).

Міомектомія дозволяє поліпшити репродуктивний прогноз у 70% жінок з лейоміоміою матки у перші три роки після операції, але не запобігає прогресуванню захворювання надалі, про що свідчить багаторазове підвищення експресії колагену ІV типу в стінках судин міометрія з утворенням міоматозних проліфератів.

Несприятливими критеріями репродуктивного прогнозу є поєднання лейоміоміою матки з зовнішньо-внутрішнім ендометріозом, ЗЗОМТ, тривалість неплідності більше 5 років, вік понад 30 років. В даних випадках доцільно використання ДРТ впродовж 1 року після міомектомії.

Виконання міомектомії на фоні медикаментозної аменореї або післяопераційна аменорея, викликана 3–4 ін'єкціями а-ГнРГ, дозволяє отримати вагітність у 68,7% пацієнток з репродуктивними проблемами.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо пропонувати наступні рекомендації:

### **Тактика ведення під час вагітності.**

При лейоміомі матки великих розмірів, що перешкоджає виношуванню вагітності, але не закриває вузлами доступ до порожнини матки, оптимальним є переривання вагітності у термін до 12 тиж вагінальним доступом. Після цього ми проводили міомектомію поза вагітності, а потім – передгравідарну підготовку та планування вагітності. Обов'язковою умовою є згода хворої на переривання вагітності або наявність клініки початку самовільного викидня, підтверджене даними УЗД.

У тих випадках, коли пацієнтки не дають згоди на переривання вагітності в ранні терміни гестації та доступ до порожнини матки неможливий, із-за гігантських розмірів шійчно-перешійчного вузла, при вираженій клініці початку

переривання вагітності (яскраві кров'янисті виділення із статевих шляхів), в екстреному порядку показано чреворозтин, міомектомія та видалення плідного яйця вагінальним доступом під контролем хірурга з боку черевної порожнини.

У тих випадках, коли на фоні вагітності діагностована лейоміома великих та гігантських розмірів з ознаками деструкції вузлів або їх атиповою локалізацією, що перешкоджає зростанню та виношуванню плода, при відсутності явних клінічних ознак загрози переривання вагітності і при небажанні жінки перервати вагітність, показана консервативна міомектомія після передопераційної підготовки.

#### **Тактика ведення поза вагітності.**

Точна діагностика порушень у різних ланках репродуктивної системи, стан ендометрія, кількість, розміри, локалізація міоматозних вузлів, стан придатків, наявність та характер супутньої патології.

Передопераційна підготовка, спрямована на санацію інфекційних вогнищ, застосування імуномодуляторів, а також пери- і післяопераційне призначення 3–4 ін'єкцій а-ГнРГ, що дозволяє зменшити ризик хірургічного втручання та післяопераційних ускладнень.

Власно міомектомія з правильним вибором хірургічного доступу, атравматичної техніки, адекватного шовного матеріалу та антибіотикопрофілактики.

Показаннями до міомектомії є: швидке зростання пухлини; атипове розташування вузлів (шийчні, першийічні, інтралігаментарні та підслизові); великі та гігантські розміри лейоміоми; маткові кровотечі, зумовлені лейоміомою; некроз вузла; неплідність при лейоміомі.

Комплекс післяопераційної реабілітації для сприяння кращій репарації тканин, а саме: застосування нестероїдних протизапальних препаратів, дезагрегантів, засобів, стимулюючих репарацію тканин, а також продовження імуномодулюючої терапії. Після цього показано передгравідарну підготовку з плануванням вагітності після відновлення менструального циклу.

## **ВИСНОВКИ**

Таким чином, аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

### **Репродуктивные аспекты хирургического лечения лейомиомы матки**

***М.Л. Куземенская***

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при лейомиоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушениями фертильности.

***Ключевые слова:*** лейомиома матки, хирургическое лечение, репродуктивный прогноз.

---

## Reproductive aspects of surgical treatment leiomyoma of uterus *M.L. Kuzemsky*

Thus, the analysis of the nearest and remote results of reconstructive - plastic operations at a leiomyoma of a uterus testifies to expediency and efficiency of the given intervention. Value of this operation is defined by an opportunity of creation of favorable conditions for pregnancy and realization of reproductive function at women with infringements fertility.

**Key words:** *a leiomyoma of a uterus, surgical treatment, the reproductive forecast.*

### ЛІТЕРАТУРА

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 1998. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5 – С. 82–90.
3. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных – носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 1998. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 1989. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

# Оптимізація контрацепції в жінок з хронічною патологією печінки та жовчовивідних шляхів

*Д.С. Ледін*

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

---

Розроблено нову методику профілактики непланованої вагітності у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів на основі використання гормональних контрацептивів і гепатопротекторів. Отримані результати свідчать про ефективність запропонованої методики у жінок групи високого ризику. Крім того, відмічений низький рівень побічних ефектів і відсутність порушень функціонального стану печінки. Це дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** хронічна патологія печінки і жовчовивідних шляхів, вагітність, профілактика.

Проблема планування сім'ї є однією з найбільш актуальних, особливо у жінок з екстрагенітальною патологією [1, 4]. У структурі соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку великого значення набувають захворювання гепатобіліарної системи з явним переважанням хронічного гепатиту різного генезу і хронічної патології жовчовивідних шляхів. Питання про індивідуальний підбір адекватного методу контрацепції у жінок цієї групи є досить дискусійним [2, 3]. З одного боку існує думка про негативний вплив гормональної контрацепції на функціональний стан печінки і жовчного міхура, а з іншого боку – сучасні гормональні контрацептиви, практично, не мають протипоказань [1–4]. Все це в сукупності стало основою для проведення справжнього наукового дослідження.

**Мета роботи** – розробити новий підхід до профілактики непланованої вагітності у жінок з хронічною патологією печінки та жовчовивідних шляхів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 30 жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних доріг, які мали клініко-лабораторне підтвердження наявності хронічного гепатиту і(або) некалькульозного холециститу і отримували розроблену нами методику, – основна група. Контрольну групу склали 30 жінок без екстрагенітальної патології, що використовують механічні засоби контрацепції.

Пропонований підхід до профілактики непланованої вагітності у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів складається з наступних моментів:

1. Оцінка функціонального стану печінки для вирішення питання про конкретні методи контрацепції.



2. Призначення протягом перших 3 міс орального контрацептиву ярина в циклічному режимі у поєднанні з препаратом холівер за відсутності патологічних змін функціонального стану печінки.

3. Після 3 міс холівер відміняється і проводиться ехографічний і біохімічний контроль після самостійного прийому ярини функціонального стану печінки, за відсутності патологічних змін з боку печінки прийом КОК продовжується.

4. За наявності патологічних змін з боку функціонального стану печінки перевага віддається бар'єрним методам контрацепції.

Науковим обґрунтуванням такого підходу до профілактики непланованої вагітності у пацієнток з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів є те, що більшість жіночих статевих гормонів, що входять до складу сучасних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) метаболізуються в печінці і переважно виводяться з жовчю. Сучасні гормональні контрацептиви відмінно переносяться здоровими жінками. Проте їх вживання з контрацептивною, а також лікувальною метою, буває необхідним у жінок з соматичною патологією в анамнезі, метаболічними порушеннями, дисгормональними станами, на тлі яких небажані ефекти можуть спостерігатися декілька частіше. Тому таким жінкам перед призначенням КОК рекомендується більш деталізоване обстеження і частіші відвідини лікаря після початку вживання препарату.

Серед широкого спектру сучасних гормональних контрацептивів основний акцент в нашій роботі ми зробили на препараті ярина, який володіє гестагенною, андрогенною і антимінералокортикоїдною дією. Це дозволяє йому здійснювати ефекти, близькі за біологічними властивостями до ендогенного прогестерону. Контрацептивна надійність ярини настільки ж висока, як і надійність інших монофазних гормональних контрацептивів. Антигонадотропна дія забезпечується 30 мкг етенелестрадіолу і 3 мг дроспіренону. При досить високій гестагенній активності дроспіренону препарат забезпечує хороший контроль менструального циклу і володіє тими ж неконтрацептивними перевагами, що і інші гормональні контрацептиви. Сприятливою додатковою дією ярини є вплив на АТ. На жаль, артеріальна гіпертензія, що виникає на тлі прийому гормональних контрацептивів, представляє не стільки прикрий побічний ефект, скільки реальну загрозу здоров'ю пацієнтки, і вважається одним із показань до відміни гормональної контрацепції. Механізми, що призводять до підвищення АТ, обумовлені активацією системи ренін-ангіотензинальдостерон і є естрогензалежними. Естрадіол і його синтетичні аналоги підсилюють мінералокортикоїдну активність кори надниркових залоз і одночасно збільшують синтез ангіотензиногену; але антимінералокортикоїдний ефект ендогенного прогестерону компенсує натрійзберігаючу дію альдостерону і стабілізує стан ренін-ангіотензинової системи. Завдяки аналогічній дії дроспіренону на фоні ярини не спостерігається підвищення АТ, а при його високих значеннях – відбувається зниження.

Ми віддали перевагу як додатковій терапії препарату холівер у зв'язку з високою ефективністю, обумовленою властивостями складових компонентів, у відмінності від інших холеретиків тих, що володіють і сечогінним ефектом. До складу однієї капсули препарату входять: 25 мг екстракту артишоку (має гепатопротекторну, дезінтоксикаційну, діуретичну і холеретичну дію, а також сприяє зниженню рівня холестерину, кетонів тлі і сечовини в крові); 50 мг порошку курку-

ми (має холеретичну, холекінетичну, антисептичну і протизапальну дію, знижує рівень холестерину в крові) і 25 мг жовчі медичної (має холеретичну, холекінетичну і антисептична дія, а також створює оптимальне середовище для роботи ферментів підшлункової залози). На нашу думку, все це в сукупності є підставою для використання даного препарату для корекції дисметаболических порушень у пацієнок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів, що використовують гормональні контрацептиви.

Ефективність використовуваної контрацепції оцінювалася на основі кількості непланованих вагітностей, а також наявності різних побічних ефектів і ускладнень.

Функціональний стан печінки і жовчовивідних доріг оцінювався на основі ультразвукового і біохімічного дослідження основних показників.

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

Як свідчать отримані нами результати у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів і гепатитом вірусної етіології лише гормональна контрацепція була використана у 30,0% жінок; комбінована – в 56,7% і бар'єрні методи контрацепції – відповідно у 13,3% пацієнок. Ці дані були отримані в результаті реалізації викладеного вище пропонованого підходу до профілактики непланованої вагітності у пацієнок даної групи.

Клініко-лабораторне і функціональне обстеження жінок основної групи здійснювали протягом 2–3 років. При цьому, частота настання вагітності через 1 рік склала 3,3%; після 2 років – 3,3% і після 3 років – також 3,3%, тобто сумарний показник негативних результатів протягом трирічних спостережень склав 10,0%. Даний показник досить ефективний, якщо враховувати наявність хронічної патології печінки і жовчовивідних шляхів. Частота основних побічних ефектів через 1 рік склала 10,0% з переважанням емоційної лабільності і надлишкової маси тіла. Після 2 років цей показник був 6,7%, а через 3 роки – 3,3% відповідно.

Результати проведених біохімічних досліджень вказують, що лише у 10,0% жінок основної групи мало місце підвищення концентрації печінкових ферментів АЛТ і АСТ відповідно через 6 місяців від початку контрацепції, що з'явилося підставою для переходу на бар'єрні методи контрацепції. Проте, протягом подальших 6 міс ці дані нормалізувалися відносно контрольної групи.

Серед основних показників гемостазиограми у 20,0% жінок основної групи через 3 міс від початку контрацепції було відзначено підвищення агрегаційної активності тромбоцитів і вмісту антитромбіну III. Через 3 міс дані значення нормалізувалися відносно контрольної групи.

### **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених досліджень використання нового підходу до рішення питання про вибір методу контрацепції у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів дозволяє забезпечити високий контрацептивний ефект при низькому рівні побічних ефектів і відсутності некомпенсованих змін біохімічних і гемостазіологічних показників. Це дозволяє нам рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

## Оптимизация контрацепции у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей

*Д. С. Ледин*

Разработана новая методика профилактики непланируемой беременности у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей на основе использования гормональных контрацептивов и гепатопротекторов. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предлагаемой методики у женщин группы высокого риска. Кроме того, отмечен низкий уровень побочных эффектов и отсутствие нарушений функционального состояния печени. Это позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** хроническая патология печени и желчевыводящих путей, беременность, профилактика.

## Optimisation of contraception at women with a chronic pathology of a liver and bilious ways

*D.S. Ledin*

The new technique of preventive maintenance of not planned pregnancy at women with a chronic pathology of a liver and bilious ways is developed on the basis of use of hormonal contraceptives and hepatoprotectors. The received results testifies to efficiency of an offered technique at women of group of high risk. Besides the low level of by-effects and absence of infringements of a functional condition of a liver is marked. It allows to recommend the given technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** a chronic pathology of a liver and bilious ways, pregnancy, preventive maintenance.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Кузьмин А.А. Гормональные контрацептивы нового поколения // Контрацепция и здоровье женщины. – 2008. – № 1. – С. 2–10.
2. Чурбанова М.Х. Приемлемость и эффективность средств контрацепции при некоторых формах экстрагенитальной и акушерской патологии. Авт. дисс. ... д-ра мед. наук. – Душанбе, 1997. – 31 с.
3. Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Пугачева Т.М. Дискуссионные вопросы контрацепции у женщин после родов // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 6. – С. 43–46.
4. Хомасурдзе А.Г., Шакарашвили А.А. Руководство по контрацепции. – Тбилиси. – 2004. – 504 с.

# Особливості функціонального стану щитоподібної залози при патології ендометрія в перименопаузальний період

О.О. Літвак

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

---

Вивчені особливості структури і функції щитоподібної залози при патології ендометрія в перименопаузальний період. Встановлено, що між порушеннями функції щитоподібної залози, різними формами зобу та патологією ендометрія (гіперпластичними процесами і раком) відсутній патогенетичний зв'язок. Оцінка розповсюдження захворювань щитоподібної залози серед жінок з гіперпластичними процесами і раком ендометрія не дозволяє розглядати порушення її функції як чинник ризику розвитку цієї патології. Більшість пацієнок з гіпотиреозом в перименопаузі разом з іншими симптомами мають різні порушення менструального циклу: за типом олігоменореї (37%) і менометрорагії (42%). Лікування і спостереження пацієнок з гіперпластичними процесами і раком ендометрія і захворюваннями щитоподібної залози повинні проводитися згідно схемам лікування як поєднання двох різних і не взаємозв'язаних захворювань.

*Ключові слова:* перименопаузальний період, щитоподібна залоза, ендометрій, патологія.

Патологія ендометрія належить до гінекологічних захворювань, що найчастіше зустрічаються. Гіперпластичні процеси ендометрія є причиною менометрорагії майже у 40% жінок, що знаходяться в перименопаузальному періоді [1]. Порушення менструального циклу є провідним клінічним симптомом захворювання і основним мотивом звернення до лікаря.

У сучасній літературі [2–4] представлено лише невелике число досліджень, присвячених вивченню функціонального стану щитоподібної залози у жінок з патологією ендометрія. Більшістю авторів отримані дані про значну поширеність порушень функції щитоподібної залози в цій групі пацієнок. В той же час велика частина проведених досліджень була виконана в 2000 р. з використанням методів, що мають низьку діагностичну цінність і дозволяють лише побічно оцінити функціональний стан щитоподібної залози. Тому безперечний інтерес представляє вивчення цього питання на сучасному рівні, використовуючи більш інформативні методи.

До теперішнього часу практично не було виявлено публікацій, присвячених дослідженню морфологічного стану щитоподібної залози у пацієнок з патологією ендометрія. Проте, ця проблема заслуговує на увагу, оскільки до 30% жінок цього віку, що навіть проживають в регіонах з достатнім йодним забезпеченням, мають

які-небудь структурні зміни щитоподібної залози [2, 4]. Велика частина території України є регіоном того або іншого ступеня вираженості йодного дефіциту, що обумовлює високу поширеність патології щитоподібної залози в популяції.

Отже, жінки в пременопаузальний період мають відносно високий ризик розвитку як патології ендометрія, так і захворювань щитоподібної залози. Залишається питання, чи є між вказаними захворюваннями який-небудь патогенетичний зв'язок або йдеться про просте поєднання двох відносно частих форм патології. Виходячи з того, що до теперішнього часу залишається невирішеною низка питань, що стосуються чинників, що беруть участь в регуляції функціонального стану ендометрія, була сформульована мета справжнього дослідження.

**Мета** роботи – вивчення патогенетичного значення порушень функції щитоподібної залози в розвитку гіперпластичних процесів ендометрія у жінок пременопаузального віку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було проведено багатоетапне дослідження, в якому можна виділити 5 основних частин.

На I етапі були обстежені 149 жінок пременопаузального віку, у тому числі 39 пацієнток з високодиференційованою аденокарциномною ендометрія 1а стадії (середній вік  $50,8 \pm 3,0$  року; індекс маси тіла –  $28,2 \pm 2,1$  кг/м<sup>2</sup>); 34 пацієнтки з атиповою гіперплазією ендометрія (середній вік  $50,1 \pm 2,4$  року; індекс маси тіла –  $28,6 \pm 2,3$  кг/м<sup>2</sup>) і 39 пацієнток із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (середній вік  $48,9 \pm 2,2$  року; індекс маси тіла –  $26,6 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup>). Контрольну групу склали 37 здорових жінок (середній вік  $49,1 \pm 2,3$  року; індекс маси тіла –  $26,6 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup>).

На II етапі з метою вивчення структури і розповсюдження порушень менструального циклу у пацієнток з різною патологією ендометрія і первинним гіпотиреозом обстежено 180 жінок у віці від 45 до 56 років. У їх числі 41 пацієнтка з високодиференційованою аденокарциномною ендометрія (середній вік  $50,5 \pm 3,3$  року); 40 пацієнток з атиповою гіперплазією ендометрія (середній вік  $50,1 \pm 2,6$  року); 43 пацієнтки із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (середній вік  $48,5 \pm 3,7$  року); 19 пацієнток з первинним гіпотиреозом (середній вік  $48,1 \pm 2,3$  року) і 37 здорових жінок без патології ендометрія (середній вік  $49,0 \pm 2,3$  року).

На III етапі було проведено дослідження морфологічного стану ендометрія при первинному гіпотиреозі. У це дослідження було включено 45 жінок віку пременопаузального, у тому числі 11 пацієнток з первинним гіпотиреозом у віці  $48,8 \pm 3,0$  року і 34 здорових жінок (середній вік  $48,9 \pm 2,3$  року), що склали контрольну групу. На момент проведення дослідження у всіх 11 пацієнток з гіпотиреозом спостерігалася декомпенсація захворювання, про що свідчив підвищений рівень тиреотропного гормону.

На IV етапі було проведено дослідження розповсюдження гіперестрогенії при патології ендометрія. У дане дослідження були включені 20 пацієнток з морфологічно підтвердженим діагнозом високодиференційованої аденокарциноми ендометрія 1а стадії (середній вік  $51,1 \pm 4,3$  року); 27 пацієнток з атиповою гіперплазією ендометрія (середній вік  $49,9 \pm 2,6$  року) і 26 пацієнток із залозисто-кістозною гіпер-

плазією ендометрія (середній вік  $48,1 \pm 2,7$  року). Контрольну групу склали 34 жінки без патології ендометрія (середній вік  $49,0 \pm 2,4$  року).

На завершальному V етапі було проведено дослідження об'єму і функції щитоподібної залози при нормальному і підвищеному рівні естрадіолу. З метою з'ясування можливого впливу естрогену на об'єм і функцію щитоподібної залози усіх пацієнок ( $n=69$ ) було розподілено на групи залежно від рівня естрадіолу. У I групу включено 27 пацієнок з підвищеним рівнем естрадіолу (середній вік  $49,1 \pm 2,5$  року), до II групи увійшли 42 пацієнтки з нормальним рівнем естрадіолу (середній вік  $49,7 \pm 2,3$  року).

Вміст гормонів в сироватці крові аналізувався до початку лікування на 5–7-й день менструального циклу радіоімунним методом. Діагноз маніфестного гіпотиреозу був підтверджений високим рівнем тиротропного гормону і пониженим рівнем вільного тироксину; субклінічного гіпотиреозу – підвищеним рівнем тиротропного гормону при нормальному рівні вільного тироксину. Діагноз субклінічного тиреотоксикозу встановлювався при виявленні пониженого рівня тиротропного гормону при нормальному рівні вільного тироксину і трийодтироніну. Діагноз різних форм зобу встановлювався на підставі визначення об'єму щитоподібної залози і наявності вузлуватих утворень за даними ультразвукового дослідження, морфологічних ознак проліферації тироцитів на підставі даних цитологічного дослідження матеріалу, отриманого при тонкогілковій аспіраційній біопсії щитоподібної залози.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Виходячи з отриманих даних на I етапі найбільш поширеним варіантом порушення функції щитоподібної залози у пацієнок з патологією ендометрія є гіпотиреоз. Два випадки субклінічного тиреотоксикозу було виявлено лише в контрольній групі. Поширеність гіпотиреозу варіювала від 5% в групі контролю до 23% в групі хворих на рак ендометрія. Статистично значимих відмінностей розповсюдження гіпотиреозу (маніфестний і субклінічний) в обстежених групах виявлено не було. При зіставленні поширеності гіпотиреозу в загальній групі жінок з патологією ендометрія ( $n=112$ ) і в групі контролю ( $p=0,27$ ); при порівнянні окремих груп з контрольною (3 ступінь свободи) ( $p=0,21$ ).

Отримані нами результати помітно відрізняються від даних раніше проведених досліджень і можуть мати декілька пояснень. З одного боку, вагомим аргументом є використання нами методів оцінки функції щитоподібної залози, що принципово відрізняються. Тут необхідно відзначити, що більшість досліджень, присвячених цій проблемі, були виконані більше 20 років тому з використанням методик, що мають низьку діагностичну цінність і які дозволяють лише побічно судити про функцію щитоподібної залози. З іншого боку, в останнє десятиліття в результаті крупних епідеміологічних і проспективних робіт була показана реальна і висока поширеність гіпотиреозу в популяції. Так, за даними Вікгемського дослідження списів захворюваності гіпотиреозом серед жінок доводиться саме на вік пременопаузи. При цьому поширеність цього захворювання у п'ятидесятирічних жінок досягає 8–10%. Отже, отримані раніше дані про розповсюдження гіпотиреозу у жінок з гіперплазією і раком ендометрія не на багато перевищують популяцію. З іншого боку, поєднання таких

два досить частих захворювання, як гіпотиреоз і патологія ендометрія, ще не свідчить про наявність між ними патогенетичному зв'язку. Крім того, ще одним аргументом, що підтверджує цю закономірність, може бути і той факт, що у обстежених нами жінок з гіпотиреозом патологічних змін в ендометрії виявлено не було.

Нами встановлено підвищення титру антитиреоїдних антитіл лише у 4–11% пацієнок із патологією ендометрія, що не перевищує поширеності загальнопопуляцій антитілоносійства у жінок аналогічного віку за даними Вікгемського епідеміологічного дослідження (2005). Цей показник представляє інтерес, оскільки може бути використаний як маркер вірогідного розвитку гіпотиреозу в майбутньому.

Як впливає з отриманих даних у жінок в обстежених групах визначався порівнянний об'єм щитоподібної залози, а також порівняння розповсюдження зобу (об'єм щитоподібної залози понад 18 мм) і вузлуватих утворень. У всіх 17 випадках виявлених вузлуватих утворень щитоподібної залози, йшлося про вузли, що перевищують 3 см в діаметрі, а за даними тонкоголкової аспіраційної біопсії – про колоїдний різного ступеня проліферируючий вузлуватий зоб. Дані нашого дослідження свідчать про відсутність статистично значимих відмінностей поширеності різних форм зобу в основній і контрольній групах. Крім того, вони відповідають тій високій поширеності зобу в регіонах йодного дефіциту, до яких відносяться вся територія України. Так, за допомогою ультразвукового дослідження щитоподібної залози різні форми зобу в йоддефіцитних регіонах можуть бути виявлені в третини дорослого населення.

Згідно даних II етапу досліджень найчастішим симптомом гіперпластичних процесів і раку ендометрія, що заставляє пацієнтку звернутися до лікаря, є різні порушення менструального циклу. Так, в групі здорових жінок пременопаузального віку порушення менструального циклу були лише в 27% і в основному були представлені олігоменореєю, що характерно для поступового згасання функції яєчників. При вивченні характеру порушень менструального циклу було виявлено, що вираженість порушень залежить від тяжкості патології ендометрія. Порушення менструального циклу виявлені у всіх хворих з раком ендометрія, причому ациклічні кровотечі зустрічалися в два рази частіше, ніж менометрорагії, які були у більшості хворих з атиповою гіперплазією ендометрія. При патології ендометрія яких-небудь порушень не було лише у 9,3% пацієнок із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія і у 7,5% пацієнок з атиповою гіперплазією ендометрія.

Порушення менструального циклу – це неспецифічний симптом, який може бути одним з клінічних проявів не лише ендометрія, але і інших захворювань, що часто зустрічаються. Так, різні порушення менструального циклу нерідко спостерігаються у пацієнок з гіпотиреозом. У цій групі пацієнок менструації були нормальними лише в 21% хворих; олігоменорея виявлена – в 37%; менометрорагія і метроррагія – по 21% відповідно, тобто практично однаково часто мали місце як рідкі менструації, так і кровотечі. При цьому відмінність параметрів пацієнок, що вивчаються, з гіпотиреозом від жінок контрольної групи, що мають нормальну функцію щитоподібної залози, було статично достовірним ( $p < 0,001$ ).

Отже, деякі клінічні прояви гіпотиреозу мають певну схожість з симптомами патології ендометрія, а захворювання ендокринної системи можуть бути причиною олігоменореї і кровотеч у жінок.

Як свідчать результати III етапу досліджень, припущення про вірогідну відсутність взаємозв'язку між порушенням функції щитоподібної залози і розвитком гіперпластичних процесів і раку ендометрія, ілюструє вивчення морфологічного стану ендометрія у пацієток з гіпотиреозом: ні у одному спостереженні не було виявлено гіперплазії ендометрія.

Не дивлячись на факт наявності різних порушень менструального циклу у пацієток з первинним гіпотиреозом, останні відбуваються на тлі атрофічних процесів в ендометрії. Патологія ендометрія, зокрема гіперплазія, не є причиною порушень менструального циклу у цих хворих. Слід зазначити, що відновлення проліферативної активності ендометрія у відповідь не естрогенну стимуляцію залежить лише від концентрації тиреоїдних гормонів в периферичній крові. Результати нашого дослідження підтверджують концепцію про можливий пермісивний вплив тиреоїдних гормонів на ефекти естрогену в ендометрії. Дані проведеного нами дослідження підтверджують відсутність взаємозв'язку між порушенням функції щитоподібної залози і розвитком гіперпластичних процесів і раку ендометрія.

Отримані дані на IV етапі досліджень вказують, що значна поширеність гіперестрогенії підтверджує загальноприйнятту концепцію: надлишковий рівень естрогену сприяє розвитку гіперплазії ендометрія і може бути одним з чинників (але далеко не єдиним) розвитку раки ендометрія. Гіперпластичні процеси ендометрія на неуражених пухлиною ділянках були виявлені в 31% хворих з аденокарциномою ендометрія, у тому числі в 50% з гіперестрогенією і в 29% – з нормальним рівнем естрадіолу. У групі пацієток з гіперплазією атипії ендометрія, що мають підвищений рівень естрадіолу – в 28% була виражена гіперплазія атипії; в 36% – помірна гіперплазія атипії і в 36% – легка атипія. У пацієток цієї ж групи, що мають нормальний рівень естрадіолу в периферичній крові, морфологічний діагноз важкої гіперплазії атипії ендометрія був підтверджений в 19%; помірної атипії – в 31% і легкої – в 50% відповідно.

Згідно представленим вище даним можна передбачити, що ступінь вираженості патологічних змін ендометрія визначає не лише надлишком естрадіолу. Так, при дослідженні вмісту прогестерону у пацієток з патологією ендометрія встановлено, що його знижений рівень був виявлений у 10% пацієток з аденокарциномою; у 7,4% пацієток з атиповою гіперплазією ендометрія і в 11,5% – із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія. Більш того, у більшості пацієток (83,3%), що мають низький рівень прогестерону, вміст естрогену перевищував норму.

Отже, відсутність статистично значимих відмінностей в розповсюдженні дефіциту прогестерону у пацієток з різною патологією ендометрія означає, що цей феномен може істотно не впливати на розвиток патології ендометрія.

На завершальному V етапі було встановлено, що при аналізі розповсюдження гіпотиреозу (включаючи субклінічні форми) з врахуванням наявності або відсутності гіперестрогенії у пацієток груп, що вивчаються, також не було виявлено статистично значимих відмінностей між групою пацієток, що мають нормальний рівень естрадіолу і групою з нормальним рівнем естрогену. Виходячи з отриманих даних можна зазначити, що зміни структури щитоподібної залози в порівнювальних групах жінок, що мають нормальний і підвищений рівень естрадіолу, не пере-



вищує показників епідеміологічних досліджень розповсюдження зобу і вузлових утворень у жінок цієї вікової групи.

Отримані нами дані свідчать про закономірну відсутність підвищеної розповсюдженості порушень функції щитоподібної залози у пацієток з гіперестрогенією. Зоб і вузлові утворення майже однаково часто зустрічалися як у пацієток, що мають нормальний рівень естрадіолу, так і у пацієток з гіперестрогенією. Тут необхідно відзначити, що в популяції у жінок цієї вікової групи поширеність порушення функції і структурних змін щитоподібної залози досить велика і порівняна з отриманими нами даними.

## ВИСНОВКИ

Отже, на підставі отриманих в нашому дослідженні даних, можна зробити висновок, що власне гіперестрогенія не може призвести до значимої зміни рівня вільного тироксину і стати самостійною причиною порушення функції щитоподібної залози.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити наступні висновки:

1. Між порушеннями функції щитоподібної залози, різними формами зобу і патологією ендометрія (гіперпластичними процесами і раком) відсутній патогенетичний зв'язок. Оцінка розповсюдження захворювань щитоподібної залози серед жінок з гіперпластичними процесами і раком ендометрія не дозволяє розглядати порушення її функції як чинник ризику розвитку цієї патології.

2. Більшість пацієток з гіпотиреозом в перменопаузі разом з іншими симптомами мають різні порушення менструального циклу: за типом олігоменореї (37%) і менометрорагії (42%).

3. Тиреоїдні гормони володіють пермісивним впливом на ефекти естрогену, при цьому порушення менструального циклу у пацієток з гіпотиреозом розвиваються на тлі атрофічних змін ендометрія.

4. Гіперестрогенія в умовах легкого йодного дефіциту не сприяє порушенню функції і зміні структури щитоподібної залози.

5. Лікування і спостереження пацієток з гіперпластичними процесами і раком ендометрія і захворюваннями щитоподібної залози повинні проводитися згідно схемат лікування як поєднання двох різних і не взаємозв'язаних захворювань.

## Особенности функционального состояния щитовидной железы при патологии эндометрия в перменопаузальный период

*Е. О. Литвак*

Изучены особенности структуры и функции щитовидной железы при патологии эндометрия в перменопаузальный период. Установлено, что между нарушениями функции щитовидной железы, различными формами зоба и патологией эндометрия (гиперпластическими процессами и раком) отсутствует патогенетическая связь. Оценка распространенности заболеваний щитовидной железы среди женщин с гиперпластическими процессами и раком эндометрия не позволяет рассматривать нарушения ее функции в качестве фактора риска развития этой патологии. Большинство пациенток с гипотиреозом в перменопаузе наряду с другими симптомами имеет различные нарушения менструального цикла: по типу олигоменореи (37%) и менометрорагии (42%). Лечение и

наблюдение пациенток с гиперпластическими процессами и раком эндометрия и заболеваниями щитовидной железы должны проводиться согласно схемам лечения как сочетание двух различных и не взаимосвязанных заболеваний.

**Ключевые слова:** *пременопаузальный период, щитовидная железа, эндометрий, патология.*

### **Features of functional condition of a thyroid gland at a pathology endometrium in premenopausal the period**

***E. O. Litvak***

Features of structure and function of a thyroid gland are investigated at a pathology endometrium in premenopausal the period. It is established, that between infringements of function of a thyroid gland, various forms of a cancer and a pathology endometrium (hyperplastic processes and a cancer) there is no pathogenetic connection. The estimation presence diseases of a thyroid gland among women with hyperplastic processes and a cancer endometrium does not allow to consider infringement of its function as a risk factor of development of this pathology. The majority of patients with hypothyroidism in premenopausal period alongside with other symptoms has various infringements menstrual cycle: on type oligomenorrea (37%) and menometroragia (42%). Treatment and supervision of patients with hyperplastic processes and a cancer endometrium and diseases of a thyroid gland should be carried out according to circuits of treatment as a combination of two various and not interconnected diseases.

**Key words:** *premenopausal the period, a thyroid gland, endometrium, a pathology.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Илюхина Л.И., Чеботникова Т.В. Морфологическое состояние яичников у больных аденокарциномой эндометрия в менопаузе // Вестник РГМУ. – 2009. – № 2. – С. 75–77.
2. Стрижова Н.В., Мельниченко Г.А., Лысенко О.Н. К вопросу о роли щитовидной железы в патогенезе эндометрия // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 15–17.
3. Качик С.Я. Эндокринный статус у жінок з клімактеричним синдромом на фоні патології щитоподібної залози // Вісник наукових досліджень. – 2009. – № 1. – С. 73–75.
4. Чеботникова Т.В. Состояние молочных желез при патологии эндометрия // Вестник РГМУ. – 2008. – № 2. – С. 105–107.

# Аденоміоз: сучасні аспекти діагностики і лікування

**Б.М. Лисенко**

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами

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

**Ключові слова:** аденоміоз, клінічні аспекти.

Аденоміоз – широко поширене захворюванням, частота його виявлення в популяції Аваріює від 10 до 53% [1–7]. Ця патологія є однією з істотних, а за даними деяких авторів, і основною причиною альгодисменореї, гіперменореї і безпліддя. До 44% випадків маткових кровотеч, не пов'язаних з патологією вагітності, тобто ургентних негравідарних метроррагій [2, 6], асоційовані з наявністю аденоміозу.

В даний час наголошується виражена тенденція щодо гіподіагностики аденоміозу, причому частота діагностичних помилок складає від 25 до 40% [3, 4, 7]. Понад 80% хворих направляють в стаціонар без діагнозу „аденоміоз” з вказівкою на іншу патологію або окремий симптом захворювання [1, 2]. Верифікувати аденоміоз можна лише після морфологічного дослідження міометрія (препаратів видаленої матки, біоптатов міометрія), що не представляється можливим в ході кюретажа порожнини матки, який традиційно використовують з діагностичною і лікувальною метою при ургентних маткових кровотечах.

**Метою** наукового дослідження є вивчення сучасні клінічні аспекти аденоміозу.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клінічне дослідження, що включає аналіз історій хвороби і даних обстеження 100 пацієнток у віці від 20 до 52 років.

**Критеріями включення** пацієнток в дослідження були: маткова кровотеча, як причина даної госпіталізації; репродуктивний або перименопаузальний вік пацієнтки.

**Критеріями відмови від включення** в дослідження були: зв'язок маткової кровотечі з ускладненнями вагітності, злоякісними і запальними захворюваннями статевих органів; розміри матки, що перевищують 12 тиж вагітності; наявність геморагічного шоку і наявність показань до екстреної гістеректомії.

При вивченні основних варіантів екстрагенітальної патології нами встановлено, що в кожному третьому випадку (33,0±3,6%) у пацієнток спостерігалася супутня доброякісна тиреоїдна патологія.

Клінічні методи включали загальносоматичне, гінекологічне обстеження, а також інструментальні методи: УЗД органів малого тазу, діагностичне вискоблювання порожнини матки, гістероскопію, різні методи біопсії ендометрія.

У лабораторні дослідження входили: загальноклінічний аналіз крові і сечі, світлова мікроскопія зішкрібів ендометрія та біоптатів.

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

На підставі проведеного дослідження було встановлено, що на догоспітальному етапі обстеження жінок з ургентними негравідарними метроррагіями спостерігалася значна гіподіагностика аденоміозу в  $97,2\pm 1,3\%$  хворих.

На стаціонарному етапі на підставі анамнестичних даних аденоміоз був запідозрений у  $28,1\pm 3,6\%$  пацієнток від загального числа обстежених. З них у  $47,8\pm 10,4\%$  випадках аденоміоз був гістологічно підтверджений. Чутливість даних анамнезу в діагностиці аденоміозу у пацієнток з ургентними негравідарними метроррагіями склала  $0,23$ ; специфічність –  $0,4$ .

При оцінці інформативності фізикального обстеження отримані наступні результати. Достовірних відмінностей середніх розмірів матки у пацієнток з підтвердженим аденоміозом і лейоміомою не виявлено (при аденоміозі –  $6,2\pm 1,1$  тиж вагітності (нб), при лейоміомі –  $6,9\pm 1,3$  нб. В той же час при нормальних розмірах матки і її збільшенні в межах 5–6 нб переважали пацієнтки з гістологічно підтвердженою гіперплазією ендометрія ( $91,6\pm 2,8\%$  і  $58,5\pm 5,0\%$  відповідно). При ізольованому аденоміозі переважало збільшення розмірів матки до 6–8 нб –  $57,3\pm 22,1\%$ , при поєднанні аденоміозу і лейоміоми матки – 8–10 нб (у  $18,2\pm 11,1\%$ ), при лейоміомі матки і виключеному аденоміозі – понад 10 тижнів (у  $98,7\pm 2,5\%$ ). Вищезгадані відмінності статистично достовірні. Статистично достовірної різниці по тяжкості метроррагії між загальною вибіркою і вибіркою пацієнток з аденоміозом в нашому дослідженні не отримано.

На підставі даних об'єктивного обстеження аденоміоз був запідозрений у  $32,5\pm 3,7\%$  пацієнток, госпіталізованих в екстремому порядку з приводу негравідарної метроррагії. Аденоміоз був підтверджений у  $42,3\pm 7,2\%$  з них. Частка псевдопозитивних результатів склала  $61,5\%$ .

Чутливість фізикального методу обстеження в діагностиці аденоміозу склала  $0,43$ ; специфічність –  $0,72$ .

При ретроспективному аналізі результатів лабораторних досліджень достовірних відмінностей по частоті анемії, що зустрічається в загальній вибірці і вибірці пацієнток з аденоміозом виявлено не було ( $36,9\pm 6,3\%$  і  $42,9\pm 13,2\%$  відповідно). Достовірних відмінностей по тяжкості анемії в даних вибірках також не було виявлено.

Ультразвукове дослідження під час вступу до стаціонару було виконане  $31,8\pm 3,3\%$  загального числа хворих. Гіперпластичні процеси ендометрія були виявлені у  $82,4\pm 5,4\%$  пацієнток, у тому числі в 19 в 1-й групі, в 10 – в 2-й і в 13 – в 3-й групі. Лейоміома матки виявлена у  $27,4\pm 1,4\%$  пацієнток, сонографічні ознаки аденоміозу були виявлені у  $21,6\pm 4,4\%$  пацієнток.

Характерними ультразвуковими симптомами аденоміозу, виявленими в обстежених нами хворих, були:

- 1) нерівність кордону базального шару ендометрія (у  $82,7\pm 5,3\%$ );
- 2) переважання товщини задньої стінки матки перед передньою на  $15\%$  і більш (у  $73,4\pm 6,2\%$ );

3) наявність кістозно-розширених структур в міометрії (у  $53,8 \pm 7\%$ );

4) наявність неоднорідної ехогенності міометрія (у  $48,6 \pm 6,9\%$ ).

За нашими даними, специфічність ультразвукового дослідження в діагностиці аденоміозу склала  $0,71$ , чутливість –  $0,49$ .

В результаті гістологічного дослідження зішкрібків ендометрія після фракційного кюретажа порожнини матки залізиста і залозисто-кістозна гіперплазії ендометрія були верифіковані в  $70,0 \pm 6,2\%$  хворих. Поліпи ендометрія (залізисті, залозисто-фіброзні і базальні) гістологічно виявили у  $25,6 \pm 2,3\%$  пацієнток, причому в  $18,1 \pm 1,3\%$  поліпи поєднувалися з дифузною гіперплазією ендометрія. Лейоміома матки була гістологічно виявлена в  $10,6 \pm 1,1\%$ , у тому числі у поєднанні з гіперплазією ендометрія в  $6,9 \pm 0,7\%$ .

В ході виконання діагностичної гістероскопії різні форми гіперплазії ендометрія були виявлені у  $66,7 \pm 8,6\%$  пацієнток, у тому числі в  $36,7 \pm 3,8\%$  – поліпи ендометрія. У всіх випадках гістероскопічні висновки були підтверджені гістологічно. Розбіжності клінічних і гістологічних діагнозів в  $3,1 \pm 0,3\%$  хворих не мали принципового значення і стосувалися гістологічної структури поліпів ендометрія (базальний, залозисто-фіброзний, залізистий).

Інтрамурально-субмукозні і субмукозні вузли лейоміоми матки були виявлені у  $13,3 \pm 1,5\%$  пацієнток. У тому числі вузли 0 типу в  $2,0 \pm 0,2\%$ , вузол 1 типу – в  $1,0 \pm 0,1\%$ , 2 типи – в  $1,0 \pm 0,1\%$ . Після гістологічного дослідження матеріалу у  $1,0 \pm 0,1\%$  пацієнток діагноз субмукозної лейоміоми не підтверджений, а гістологічно верифікована слизова підоболонка аденоміозу. Внутрішньоматкові синехії I ступеня виявлені в  $1,0 \pm 0,1\%$  хворі.

Ознаки аденоміозу були виявлені у  $6,9 \pm 0,7\%$  пацієнток, а саме:

1) ендометріодні ходи у вигляді очок темно-синюшного кольору або відкриті, такі, що кровоточать (візуалізація була можлива лише на тлі атрофії ендометрія і незначної кровотечі) – у  $45,5 \pm 5,7\%$  пацієнток (чутливість в діагностиці аденоміозу –  $0,53$ ; специфічність –  $0,15$ );

2) нерівний рельєф стінок порожнини матки у вигляді подовжніх або поперечних хребтів або разволокнених м'язових волокон – у  $81,8 \pm 12,2\%$  пацієнток (чутливість в діагностиці аденоміозу  $0,3$ ; специфічність –  $0,08$ );

3) вибухання стінок порожнини матки різної величини без чітких контурів, на поверхні яких могли візуалізуватися ендометріодні ходи, відкриті або закриті, – у  $27,3 \pm 4,1\%$  пацієнток (чутливість в діагностиці аденоміозу –  $0,13$ ; специфічність –  $0,08$ ).

В цілому чутливість гістероскопії в діагностиці аденоміозу склала  $0,4$ , специфічність –  $0,32$ . Аналіз отриманих даних дозволив передбачити, що низька інформативність гістероскопії в обстежених нами хворих була пов'язана з частим поєднанням аденоміозу і гіперплазії ендометрія, а також з тим, що маніпуляції виконувалися на тлі маткової кровотечі, що продовжується. Виконання гістероскопії після кюретажа порожнини матки було неінформативним унаслідок розвитку вираженого набряку і імбібіції кров'ю базального шару ендометрія. Збіг сонографічно- і гістероскопічно-негативних форм аденоміозу відмічений в  $87,5 \pm 6,5\%$  хворих.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі органічних причин ургентних негравідарних метроррагій у жінок репродуктивного і перименопаузального віку і розмірами матки не більше 12 тиж вагітності, госпіталізованих в багатоп-

рофільний стаціонар швидкої допомоги, аденоміоз зустрічається в 58,3±6,4% обстежених. Значно більшу питому вагу мають різні гіперпластичні процеси ендометрія (86,2±2,7%,  $p < 0,01$ ). Найменшу питому вагу мають субмукозна і інтрамурально-субмукозна лейомиома матки (13,0±2,6% пацієнток,  $p < 0,001$  порівняно з аденоміозом). Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних заходів.

### **Аденомиоз: современные аспекты диагностики и лечения** **Б.М. Лысенко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре органических причин urgentных негравидарных метrorрагий 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±6,4% обследованных. Значительно больший удельный вес имеют различные гиперпластические процессы эндометрия (86,2±2,7%,  $p < 0,01$ ). Наименьший удельный вес имеют субмукозная и интрамурально-субмукозная лейомиома матки (13,0±2,6% пациенток,  $p < 0,001$  в сравнении с аденомиозом). Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических мероприятий.

**Ключевые слова:** аденомиоз, клинические аспекты.

### **Adenomyose: modern aspects of diagnostics and treatment** **B.M. Lysenko**

Results of the spent researches testify, that in structure of the organic reasons urgent nongravidare 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, adenomyose meets at 58,3±6,4% surveyed. Considerably big various hyperplastic processes of endometrium (86,2±2,7%,  $p < 0,01$ ) have relative density. The least relative density have submucose and intramural-submucose a uterus leiomyoma (13,0±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, clinical aspects.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян 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. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилевич 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.: Мед-на, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо 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.

# Реабілітація репродуктивної функції жінок з патологією шийки матки

**С.М. Ніколішин**

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

Результати проведених досліджень показали, що пацієнтки, що перенесли акушерські травми шийки матки при розродженні складають групу надвисокого ризику щодо розвитку патологічних змін шийки матки у вигляді запальних процесів і ерозованого ектропіона. Використання запропонованого поетапного лікування із застосуванням радіохвильової хірургії і медикаментозної корекції дозволяє істотно понизити частоту різної патології, а також попередити її розвиток впродовж декількох років. Методика є доступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *репродуктивна функція, патологія шийки матки, реабілітація.*

Проблема пологового травматизму залишається актуальною в сучасному акушерстві, що обумовлене його високою частотою. При цьому найчастішими акушерськими травмами є пошкодження м'яких тканин пологового каналу, у тому числі – шийки матки [1, 2]. За даними авторів частота акушерських травм шийки матки при перших пологах складає від 17 до 28%. Основними чинниками ризику акушерського травматизму є фонові захворювання шийки матки, вік жінок, які народжують вперше старше 30 років, порушення мікробіоценозу статевих шляхів тощо [3–5].

Пологова травма шийки матки веде до порушення іннервації, рецепції і трофіки органу, що є однією з основних причин неефективного відновлення шийки матки [4]. За даними літератури у 30% жінок загоєння швів на шийці матки після пологів відбувається вторинним натягненням [2, 4]. Перенесені при перших пологах травми шийки матки, що зажили вторинним натягненням, згодом призводять до її деформації і утворення ектропіона, при яких відсутність слизової пробки в цервікальному каналі шийки і порожнини матки може призвести до змін атипій епітелію [1–5].

Важливим моментом є своєчасне відновлення нормальної анатомо-функціональної будови післяпологової шийки матки, що необхідне для запобігання несприятливим найближчим і віддаленим наслідкам пологових травм, для профілактики початкової інфекції статевих органів, поліпшення репродуктивної і статевої функції пацієнток. В даний час застосовуються різні методи лікування фонних і передракових захворювань шийки матки, у тому числі що виникли в результаті акушерської травми, проте кожен з методів має свої переваги і недоліки, а певний відсоток рецидивів після проведеного лікування вимагає індивідуального підходу до його вживання.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з даної проблеми, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані розробки комплексу реабілітаційних заходів.

Все викладене вище є переконливою підставою для проведення справжнього наукового дослідження.

**Метою** справжнього наукового дослідження є зниження частоти фонових і передракових захворювань шийки матки у жінок, що перенесли акушерські травми при перших пологах на основі розробки і впровадження комплексу лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Проведено комплексне обстеження 165 жінок у віці від 17 до 38 років, що мали акушерські травми шийки матки при перших пологах, представлених двома групами (контрольною – 105 і основний – 60). При цьому, проведено лікування виявленої у віддаленому періоді патології шийки матки і вивчені результати лікування.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи включали наступні моменти:

1. Санація статевих шляхів і шийки матки:

- лікування протезійно-бактеріальної інфекції з використанням антибактеріальної терапії згідно загальноприйнятих протоколів;

- корекція імунної системи рослинними адаптогенами і індукторами інтерферону;

- місцева санація індукторами інтерферону у вигляді свічок, аплікацій.

2. Хірургічне лікування:

- діатермокоагуляція;

- кріохірургічне лікування.

Запропоновані нами лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи включали наступні додаткові моменти:

1. Санація статевих шляхів і шийки матки:

- антигомотоксична терапія субепітеліально;

- ультрафонофорез (амплітуда коливань 4–5 мкм; частота модуляції 37,5 Гц; час процедури 4–5 хв; кількість процедур 10–15) з маззю траумель на шийку матки через день № 10.

2. Хірургічне лікування:

- радіохвильова хірургія з подальшим кріохірургічним лікуванням.

3. Післяопераційна реабілітація:

- антигомотоксична терапія системно і місцево.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, морфологічні, функціональні, біохімічні, імунологічні, мікробіологічні і статистичні.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику акушерських травм шийки матки у жінок, які народжують вперше, є вік старше 25 років, наявність хронічних ендометритів, ранній початок статевого життя, аборти в анамнезі, дисбіози піхви під час вагітності, особливо кандидозного генезу, аномалії пологової діяльності, швидкі і стрімкі пологи, амніотомії, наявність хронічних захворювань ендокринної, серцево-судинної, дихальної систем і гестаційні анемії.



Частота фонових і передракових захворювання шийки матки у віддаленому періоді після перенесених акушерських травм шийки матки складає 89,6%, причому в їх структурі переважає ерозований ектропіон (68,9%) в порівнянні з простої лейкоплакією (19,6%); рубцевою деформацією (6,1%) і дисплазією 1 ст. (5,4%). Ця патологія розвивається на тлі високої частоти цервіцитів (83,0%); порушень мікробіоценозу статевих шляхів (31,5%) і хронічного сальпінгофориту (24,2%).

Мікробіологічні зміни у жінок з патологією шийки матки після перенесених акушерських травм характеризуються високою частотою різної „моно” мікрофлори (53,9%); мікробних асоціацій (26,0%) і низьким рівнем відсутності мікрофлори (20,1%). Серед різних мікроорганізмів переважали штами стафілокока; гриби роду *Candida*; гарднерели і кишкова паличка.

При гістоморфологічному обстеженні шийки матки встановлено переважання хронічного цервіциту (43,6%) і епідемизованого ендocerвікозу з ендocerвіцитом (17,0%) в порівнянні з лейкоплакією шийки матки і стаціонарним ендocerвікозом (9,1%); лейкоплакією і хронічним ендocerвіцитом (6,1%); дисплазією легкого ступеня з епідермізуючим ендocerвікозом (6,1%); стаціонарним ендocerвікозом на тлі фіброзної деформації (5,4%) і лейкоплакією шийки матки на фоні епідермізуючого ендocerвікозу і ендocerвіциту (5,4%).

Біохімічні і імунологічні дослідження вагінальної рідини і цервікального слизу у жінок, що мають фонові захворювання шийки матки, що виникли у віддаленому періоді після акушерських травм при перших пологах, виявили дисбаланс основних біохімічних і імунологічних показників вмісту піхви і метаболічної активності епітелію.

Використання запропонованих лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту рецидивування патологічних змін шийки матки після їх акушерських травм в 3,4 разу впродовж 3 років після проведеного лікування на тлі нормалізації мікробіоценозу статевих шляхів, імунологічних і біохімічних показників цервікального слизу і вагінальної рідини.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, пацієнтки, що перенесли акушерські травми шийки матки при розродженні складають групу дуже високого ризику щодо розвитку патологічних змін шийки матки у вигляді запальних процесів і ерозованого ектропіона. Використання пропонованого поетапного лікування із застосуванням радіохвильової хірургії і медикаментозної корекції дозволяє істотно знизити частоту різної патології, а також попередити її розвиток впродовж декількох років. Методика є доступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

### **Реабилитация репродуктивной функции женщин с патологией шейки матки** **С.Н. Николишин**

Результаты проведенных исследований показали, что, пациентки, перенесшие акушерские травмы шейки матки при родоразрешении составляют группу очень высокого рис-

ка по развитию патологических изменений шейки матки в виде воспалительных процессов и эрозированного эктропиона. Использование предлагаемого поэтапного лечения с применением радиоволновой хирургии и медикаментозной коррекции позволяет существенно снизить частоту различной патологии, а также предупредить ее развитие на протяжении нескольких лет. Методика является доступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** *репродуктивная функция, патология шейки матки, реабилитация.*

### **Rehabilitation of reproductive function of the women with pathology of cervix of a uterus**

**S.N. Nikolishin**

Results of the lead researches have shown, that, the patients who have transferred obstetrical traumas cervix of a uterus at delivery make group of very high risk on development of pathological changes cervix of a uterus as inflammatory processes and erozial ectropione. Use of offered stage-by-stage treatment with application of radiowave surgery and medicamentous correction allows to lower essentially frequency of a various pathology, and also to warn its development during several years. The technique is accessible and wide application in practical public health services can find.

**Key words:** *reproductive function, pathology of cervix of a uterus, rehabilitation.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Бабичева И.А. Клинико-морфологические параллели при лейкоплакии шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 47–49.
2. Бычков В.И. Оценка факторов риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 53–55.
3. Глебова Н.Н. Патология шейки матки // Здравоохранение Башкиростана. – 2008. – № 1. – С. 86–91.
4. Коханевич Е.В. Кольпоцервикоскопия: Атлас.-Киев, 2010. – 56 с.
5. Прилепская В.Н. Диагностика и лечение лейкоплазии шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 54–57.

# Вплив соматотипа на перебіг передменструального синдрому

Л.В. Пахаренко

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

Проведено вивчення основних форм і стадій передменструального синдрому у молодих жінок, що не народжували, залежно від соматотипу. Отримані результати свідчать про переважання компенсованої стадії передменструального синдрому при пікнічному (35,9%) і еурипластичному соматотипах (34,6%). Це має важливе діагностичне значення при розробці тактики ведення цих пацієнток.

**Ключові слова:** передменструальний синдром, соматотип.

В даний час для індивідуальної оцінки здоров'я людини використовується конституційний підхід, який є одним з методів вивчення закономірностей життєдіяльності організму в умовах норми і патології. Відомо, що конституція людини обумовлена, з одного боку, його генетичною нормою реакції на вплив довкілля, а з іншого – модифікацією цієї реакції, викликані зовнішніми діями. Тому, як основа конституціональної діагностики використовується соматичний тип або соматотип, кожен з яких має свої специфічні структурно-функціональні особливості, знання яких є обов'язковою умовою для оцінки результатів будь-яких досліджень [1–4].

Вивченню соматичних типів у жінок присвячено незначне число робіт, в яких в основному дається розподіл по соматотипам в популяції залежно від віку і професійної діяльності [1–4]. Особливе значення має комплексне дослідження здоров'я молодих жінок, що не народжують, оскільки у них наголошується підвищений ризик порушень психоvegetативної сфери і репродуктивної системи, а також вони зазнають нервово-психічної напруги, яка здатна наводити до межових або до нозологічних станів. До таких станів відноситься передменструальний синдром (ПМС), який набуває велику розповсюдженість у зв'язку із зростаючою роллю хронічного психоемоційного стресу [1–4]. У доступній нам літературі ми не знайшли даних по розподілу і формам перебігу ПМС залежно від соматотипів у молодих жінок, що не народжували, які вчаться або вже працюють.

Вивчення особливостей фізіологічних реакцій організму на різні функціональні навантаження, зокрема на активну ортостатичну пробу і розробка фізіологічних критеріїв оцінки адаптаційних зрушень у жінок з ПМС залежно від соматотипів мають важливе значення, оскільки дозволяють виявити приховані зміни з боку серцево-судинної системи і механізмів її регуляції.

Враховуючи, що молоді жінки, що не народжують, з ПМС є групою ризику щодо виникнення різних ендокринопатій, порушень менструального циклу і серцево-судинних захворювань в майбутньому, то використання основних методів дослідження і розробка методів корекції ПМС представляється вельми актуальною.

**Мета** роботи: вивчити особливості ПМС у молодих жінок, що не народжують, з різними соматотипами на основі вивчення клініко-ендокринологічних і функціональних особливостей.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-функціональне і лабораторне обстеження 100 молодих жінок, що не народжували, у віці 19–25 років, причому 94% з них були студенти вищих навчальних закладів.

Соматотипування пацієнток проводилося по загальноприйнятій класифікації з виділенням 7 соматотипів, сгрупованих в 3 конституціональних типи.

А. Лептосомні типи конституції:

- 1) астеничний;
- 2) стенопластичний соматотипи.

В. Мезосомні:

- 3) пікнічний;
- 4) мезопластичний.

С. Мегалосомні:

- 5) субатлетичний;
- 6) атлетичний;
- 7) еурипластичний.

Вимірювалися наступні антропометричні параметри: довжина тіла (ДТ), маса тіла (МТ), коло грудної клітки; обхват талії, сідниць, стегна, гомілки, плеча, передпліччя, під кісточками, зап'ястя; жирові складки спини, плеча ззаду, живота і стегна.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що мегалосомна конституція мала місце у 40,0% пацієнток, з них субатлетичний соматотип в 21,0%; атлетичний – в 23,0% і еурипластичний – відповідно в 16,0% обстежених. Лептосомна конституція зустрічалася у 32,0% пацієнток, з них астеничний соматотип мав місце в 18,0% і стенопластичний – в 14,0% відповідно. Мезосомна конституція була встановлена у 18,0% пацієнток, з яких в 8,0% був пікнічний соматотип і в 10,0%, – мезопластичний.

Отже, домінуючими соматотипами у обстежених пацієнток є атлетичний (23,0%) і субатлетичний (21,0%) соматотипи.

Відомо, що час настання менархе детермінований досягненням певної маси тіла. Це досягається за рахунок збільшення жирової тканини у дівчат в пубертатний період і має важливе значення в досягненні синхронізації репродуктивної системи в майбутньому.

Отримані нами дані вказують, що достовірних відмінностей у віці настання перших менструацій і тривалості менструального циклу у пацієнток різних конституціональних типів залежно від форми ПМС не виявлено.

Порівняльний аналіз проведеного дослідження свідчить, що найбільш високий відсоток здорових жінок наголошувався при субатлетичному (67,6%) і астеничному соматотипі (67,2%). Частіше всього ПМС розвивався у молодих жінок, що не народжували, пікнічного (35,9%) і еурипластичного соматотипу (34,6%). При цьому переважала компенсована стадія.

Розподіл ПМС по формах залежно від соматотипу був наступним: нервово-психічна форма найчастіше зустрічалася при астеничному соматотипі (56,7%); набрякла – при атлетичному (38,9%); і цефалгічна – при субатлетичному соматотипі (25,4%).

Серцево-судинна система використовується як індикатор адаптаційних реакцій всього організму, оскільки визначає можливості цілісного організму.

У обстежених пацієнток найбільш високі значення частоти серцевих скорочень спостерігалися у пацієнток з набряклою і цефалгічною формами ПМС мезосомного типу конституції, а з нервово-психічною формою – у представниць лептосомного типу.

### ВИСНОВОК

Таким чином, як показали результати проведених досліджень вивчення соматотипу молодих жінок, що не народжували, має важливе діагностичне значення наявності ПМС. Отримані результати необхідно враховувати при розробці діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

#### Влияние соматотипа на течение предменструального синдрома

*Л.В. Пахаренко*

Проведено изучение основных форм и стадий предменструального синдрома у молодых нерожавших женщин в зависимости от соматотипа. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании компенсированной стадии предменструального синдрома при пикническом (35,9%) и эурипластическом соматотипах (34,6%). Это имеет важное диагностическое значение при разработке тактики ведения этих пациенток.

**Ключевые слова:** *предменструальный синдром, соматотип.*

#### Influence of somatotype on premenstrual syndrome

*L.V. Paharenko*

Studying the basic forms and stages premenstrual syndrome at young women is lead depend on somatotype. The received results testify to prevalence compensated stages premenstrual syndrome at picnical (35,9%) and euriplastical somatotypes (34,6%). It has the important diagnostic value by development of tactics of conducting these patients.

**Key words:** *premenstrual syndrome, somatotype.*

### ЛІТЕРАТУРА

1. Венцківська І.Б. Терапія дисменореї у пацієнток з передменструальним синдромом // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2005. – № 1. – С. 79–81.
2. Радиш І.В., Ходорович А.М., Старшинов Ю.П. Конституціональні особливості реакції серцево-судинної системи на ортостатичну навантаження при ПМС // Вісник Російського університету дружби народів. – 2009. – № 1. – С. 132–140.
3. Серов В.Н., Прилепська В.Н. Практичне керівництво по гінекологічній ендокринології. – М.: Русфармамед. – 2005. – 238 с.
4. Сметник В.П., Тумілович Л.П. Неоперативна гінекологія. – М., 2008. – 435 с.

# Імунологічний моніторинг ефективності допоміжних репродуктивних технологій

*І.Е. Палига*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

---

Проведений аналіз параметрів імунного і цитокінового статусу на системному і місцевому рівні у взаємозв'язку з кількісними і функціональними показниками оваріальної функції і клінічною ефективністю допоміжних репродуктивних технологій свідчить про важливу роль імунної системи в регуляції фолікулогенезу і ембріогенезу.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, ефективність, імунологія.

**Пр**облема інфертильності подружніх пар набуває сьогодні не лише медичного, але і величезного соціально-демографічного і економічного значення [1–12].

На сьогоднішній день найбільш дослідженими є імунологічні аспекти, пов'язані фізіологічним протіканням вагітності і що включають вивчення механізмів імунологічної перебудови, направлено на гальмування реактивності імунної системи матері по відношенню до алоантигенів плода. В той же час роль імунної системи в регуляції ранніх етапів репродуктивного процесу – фолікулогенезу, овуляції, доімплантаційних етапів розвитку ембріона і його імплантації, залишаються істотно менш вивченими [1–12]. Враховуючи тісний взаємозв'язок імунної і репродуктивної системи стає очевидним, що наявність початкових імунних дисфункцій, а також розвиток їх в процесі стимуляції гіперовуляції може бути серйозною причиною низької якості ооцитів, дефекту запліднення яйцеклітини, порушення розвитку і імплантації ембріона, і, зрештою, невиношування вагітності. Тому великий інтерес представляє дослідження показників системного і локального імунітету, а також оваріальній функції в групах жінок, опозитних по рівню фертильності, якості ембріонів, імплантації і клінічній вагітності. Дослідження такого роду мають велике теоретичне і практичне значення, оскільки дозволяють осмислити нові аспекти імунно-ендокринної регуляції ранніх етапів репродуктивного процесу і патогенезу безпліддя, а, також розробити прогностичні критерії ефективності проведення допоміжних репродуктивних технологій.

**Метою** справжнього наукового дослідження є оцінка імунологічного моніторингу ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою нами були обстежені 50 безплідних подружніх пар фертильного віку.

У дослідження були включені 100 чоловіків і жінок у віці від 24 до 46 років ( $35,1 \pm 4,3$  року), що перебувають в безплідному шлюбі, з приводу чого подружні пари проходили обстеження і лікування за програмою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Тривалість безпліддя в подружньому житті варіювала від 2 до 16 років ( $6,5 \pm 2,1$  року). У етіопатогенетичній структурі безпліддя жіночий чинник виявлявся в 30% ви-

падків, чоловічий чинник – в 10% випадків, тоді як у більшості подружніх пар (60%) діагностували комбінації поєднаних порушень репродуктивної функції.

До початку циклу ДРТ проводилося ретельне обстеження партнерів: збір соматичного, акушерсько-гінекологічного і андрологічного анамнезу, ультразвукове дослідження, клініко-лабораторні, біохімічні і гормональні дослідження.

У разі виявлення якої-небудь супутньої патології, в першу чергу урогенітальної інфекції, призначалася відповідна терапія, яка проводилася в об'ємі, необхідному для досягнення ефекту.

Всі дослідження виконувалися відповідно до декларації Хельсінської Всесвітньої асоціації «Етичні принципи наукових і медичних досліджень за участю людини» (2000).

Лікувальні заходи проводилися відповідно до нормативних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Контрольна група (n=50) була складена з практично здорових чоловіків і жінок аналогічного віку, що полягають тривалий час в шлюбі і мають здорових дітей.

Всі обстежені особи давали інформовану згоду на участі в дослідженні.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що всі цикли ДРТ закінчилися пункцією фолікулів. Частота настання вагітності склала з розрахунку на цикл і на пункцію – 40%, а з розрахунку на ембріоперенос – 42%. При цьому найбільша частота настання клінічної вагітності реєструється при трансфері 2–3 ембріонів. В той же час, вочевидь, що тактика, направлена на збільшення числа ембріонів, які переносяться, не призводить до підвищення ефективності ДРТ.

При ретроспективному аналізі жінок з повністю проведеним циклом ДРТ, що розрізняються по клінічному ефекту (вагітність є чи ні), не було виявлено достовірних відмінностей у пацієнок обстежених вікових груп, а також по тривалості або формам безпліддя. Порівнювані групи були також однорідні і по медикаментозним протоколам індукції суперувуляції.

В цілому по підгрупі жінок, в яких лікування за допомогою ДРТ виявилось неефективним, було отримано достовірно менше ооцитів, чим в опозитній групі. В той же час частка яйцеклітин високої якості і ефективність їх запліднення в культурі *in vitro* на рівні медіанних значень значимо не розрізнялися.

Виявлені відмінності в загальній кількості отриманих ооцитів були частково обумовлені більшою частотою розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників в першій підгрупі (24%) в порівнянні з жінками, в яких лікування за допомогою ДРТ виявилось неефективним (16%). Проте, слід зазначити, що частота жінок з критично низькими показниками оваріальної функції в другій підгрупі була достовірно вище в порівнянні з пацієнтками, в яких після проведення ДРТ настала клінічна вагітність.

Отримані дані в сукупності з матеріалами, наданими вище, свідчать, що незалежно від подальших результатів проведення ДРТ у жінок з безпліддям на фоні індукованої суперувуляції на системному рівні відбуваються однонаправлені зміни імунітету, пов'язані з домінуючою активністю імуносупресорних і протизапальних медіаторів.

Більш виражені відмінності імунологічних параметрів в підгрупах жінок, опозитних по ефективності ДРТ, виявлялися на місцевому рівні при порівняльному аналізі сумарної біологічної активності і рівня цитокінів у фолікулярній рідині (ФР).

Нами відзначено, що цитокиновий профіль ФР пацієнок з клінічною вагітністю, що настала, достовірно не відрізнявся від такого у жінок-донорів ооцитів. Наголошувалася лише недостовірна тенденція збільшення вмісту у ФР ІЛ-6 (24,4 vs 13 пкг/мл,  $p>0,05$ ) і МІР-І $\beta$  (123 vs 75 пкг/мл,  $p>0,05$ ), а також нижчого рівня ІЛ-8 (9,1 vs 21 пкг/мл,  $p>0,05$ ). В той же час, в підгрупі жінок, в яких лікування за допомогою ДРТ виявилось безрезультатним, концентрація у ФЖ ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-7 і G-CSF була достовірно нижче, ніж у донорів і у пацієнок ВРТ з опозитной підгрупи. Крім того, пацієнтки ВРТ достовірно розрізнялися по рівню хемокинів ІЛ-8 і МІР-І $\beta$ , продукція яких мала реципрокний характер в опозитних підгрупах.

У біотесті тестовані зразки ФР проявляли схожу протизапальну активність, проте, в цілому по групі жінок, в яких лікування за допомогою ДРТ виявилось неефективним, реєструвалася більш виражена супресорна активність фолікулярних чинників (ІСА 0,56 vs 0,63–0,65,  $p<0,05$ ). При цьому звертає увагу 2-кратне і статистично значиме збільшення концентрації ІЛ-13 до 46 пкг/мл проти 24–22 пкг/мл у донорів і пацієнок першої групи.

Результати проведеного ретроспективного аналізу показують, що певна збалансованість опосередкованих для цитокіна регуляторних дій в мікрооточенні фолікула не лише багато в чому визначає кількість і якість дозріваючих ооцитів, але, мабуть, грає не менш важливу роль на ранніх етапах імплантації запліднених яйцеклітин, від чого, зрештою, і залежить ефективність ДРТ в подоланні подружнього безпліддя.

Отримані дані свідчать, що настання і розвиток клінічної вагітності не відбувається за надмірно вираженої активності іммуносупресорних медіаторів (наприклад, ІЛ-13) на тлі кількісного дефіциту Th1 і Th2 цитокинів (ІЛ-2, ІЛ-4), а також ростостимулюючих чинників гемоїмунопоеза (ІЛ-7, G-CSF).

З метою перевірки значущості рівня цитокинів у ФР в настанні і розвитку клінічної вагітності обстежені пацієнтки ДРТ були розділені на підгрупи залежно від індивідуальних значень цитокинового профілю. Як пограничні були узяті відповідні медіанні значення концентрації цитокинів, розраховані по всій вибірці обстежених жінок. При цьому в порівнюваних підгрупах, де аналізовані параметри перевищували або, навпаки, були нижче середнього рівня, оцінювалася ефективність ДРТ по частоті розвитку клінічної вагітності.

Нами встановлено, що у жінок, в яких на фоні супероуляції у фолікулярній рідині реєструється критично низький рівень ІЛ-2 ( $2,5\pm 0,7$  пкг/мл), або ІЛ-4 ( $1,5\pm 0,2$  пкг/мл), або ІЛ-7 ( $3,1\pm 0,7$  пкг/мл), або G-CSF ( $37,5\pm 7,8$  пкг/мл) ефективність ВРТ в порівнянні з опозитною групою знижується в середньому в 4,0 разу ( $p<0,001$ ). І навпаки, така ж низька частота (20–25%) настання клінічної вагітності наголошується при надлишковому вмісті у ФР ІЛ-8 ( $59\pm 30$  пкг/мл) або ІЛ-13 ( $84\pm 11,5$  пкг/мл).

Раніше було показано що зразки фолікулярної рідини з низькою концентрацією ІFN- $\gamma$ , ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-7, і G-CSF проявляють більш виражену іммуносупресорну активність.

Частота настання вагітності в групах жінок, опозитних по рівню супресорної активності ФР, також достовірно розрізнялася. Так, у пацієнок з надмірно вираженим іммуносупресорним потенціалом фолікулярних чинників (ІСА $<0,6$ ; в середньому  $0,48\pm 0,01$  розр. од.) ефективність ДРТ склала лише 18%, тоді як в опозитній групі, де ІСА ФР не виходив за встановлений кордон медіанних значень і складав в середньому



0,72±0,01 розр. од., частота розвитку клінічної вагітності була майже в 3 рази вище (48%,  $p < 0,01$ ).

Окрім цього також було показано, що кількість циркулюючих регуляторних кліток CD4+CD25+T- знаходиться в прямому взаємозв'язку з рівнем IL-4 у ФР ( $r = +0,31$ ,  $p < 0,05$ ), і назад корелює з вмістом IL-8 ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,01$ ), а також інших прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$  ( $r = -0,36$ ,  $p < 0,05$ ) і TNF- $\alpha$  ( $r = -0,35$ ,  $p < 0,05$ ).

При порівняльному аналізі пацієток ВРТ, опозитних по кількості циркулюючих CD4+CD25+T-клітин, було встановлено, що у випадках підвищеного вмісту CD4+CD25+T-КрсЕТОК (більше 8%, в середньому 12,5±0,9%) цитокіновий профіль ФР не відрізняється від такого у здорових жінок донорів-ооцитів (контроль).

У фолікулярній рідині визначаються практично всі цитокіни (IL2, IL-4, IL-7, G-CSF, IFN- $\gamma$ ), які, як було показано раніше, беруть участь в регуляції оваріальної функції і багато в чому визначають ефективність ВРТ. При цьому продукція прозапальних цитокінів (IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , IL-8) і іммуносупресорного IL-13 знаходиться в збалансованому стані, при якому підтримується певний рівень сумарної біологічної активності фолікулярних чинників (ICA на рівні 0,65 і IBA на рівні 0,83 розр. од.).

У опозитній підгрупі жінок з відносно низьким вмістом циркулюючих CD4+CD25+T-клітин (менше 8%, в середньому 5±0,4%) концентрація IL2, IL-4, IL-7, G-CSF, і IFN- $\gamma$  у ФР достовірно понижена. В той же час реєструється статистично значиме збільшення рівня комплексу прозапальних цитокінів (IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , IL-8) і іммуносупресорного IL-13.

Виявлена зміна балансу цитокінів, що продукуються на місцевому рівні, є, вочевидь, однієї з причин посилення супресорної і зменшення протизапальної активності ФР (ICA=0,58 і IBA=0,9 розр. од., відповідно), що і реєструється в даній підгрупі жінок у вигляді виразної, хоча і статистично недостовірної тенденції.

Порушення опосередкованих для цитокіна і клітинно-опосередкованих механізмів регуляції в мікрооточенні фолікула в підгрупі жінок з низьким вмістом циркулюючих CD4+CD25+ТОК позначалося, зрештою, і на ефективності ДРТ.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, проведений аналіз параметрів імунного і цитокінового статусу на системному і місцевому рівні у взаємозв'язку з кількісними і функціональними показниками оваріальної функції і клінічною ефективністю ДРТ свідчить про важливу роль імунної системи в регуляції фолікулогенезу і ембріогенезу.

Отримані дані демонструють залученість цитокін-опосередкованих і клітинно-опосередкованих механізмів в процеси дозрівання ооцитів, від чого багато в чому залежить ефективність подальших етапів запліднення отриманих яйцеклітин і імплантації ембріонів, а також розвитку клінічної вагітності.

Практична цінність отриманих наукових даних полягає, перш за все, в потенційній можливості використання окремих параметрів імунного і цитокінового статусу жінок, обстежених на фоні суперовуляції, як ранні діагностичні маркери, за допомогою яких можна було б прогнозувати ефективність ДРТ в подоланні безпліддя. Вирішення даної проблеми могло б стати основою для зміни тактики ДРТ, наприклад, за рахунок відстроченого трансферу отриманих і заморожених ембріонів в період, коли будуть створені сприятливі умови для їх успішної імплантації і подальшого гестаційного розвитку.

**Иммунологический мониторинг эффективности  
вспомогательных репродуктивных технологий  
И.Е. Палыга**

Проведенный анализ параметров иммунного и цитокинового статуса на системном и местном уровне во взаимосвязи с количественными и функциональными показателями овариальной функции и клинической эффективностью вспомогательных репродуктивных технологий свидетельствует о важной роли иммунной системы в регуляции фолликулогенеза и эмбриогенеза.

**Ключевые слова:** *вспомогательные репродуктивные технологии, эффективность, иммунология.*

**Immunological monitoring of efficiency of auxiliary  
reproductive technologies.  
I.E. Palyga**

The carried out analysis of parametres immune and cytokine status at system and local level in interrelation with quantitative and functional indicators ovarian functions and clinical efficiency of auxiliary reproductive technologies testifies to the important role of immune system in regulation folliculogenesis and embryogenesis.

**Key words:** *auxiliary reproductive technologies, efficiency, immunology.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2002. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифсков С.Б., Артифскова А.А., Одинцов А.А. Анализ структуры мужской инфертильности // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 27–33.
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2. // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курно сова Т.Р. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2007. – 708 с.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюндайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жиборев Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия. – Рязань, 1993.

# Шляхи зниження патології грудних залоз при порушеннях менструальної функції в пубертатному періоді

*О.А. Полюлях*

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

Вивчено особливості стану грудних залоз у дівчат із порушеннями менструального циклу в пубертатному періоді. Встановлені клініко-ендокринологічні та ехографічні особливості дозволили науково обґрунтувати і розробити лікувально-профілактичну методикку на основі використання антигомотоксичної терапії. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методикку для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

*Ключові слова:* грудні залози, порушення менструального функції, профілактика.

Підвищення захворюваності грудних залоз жінок різних вікових груп, що спостерігається у всьому світі за останнє десятиліття, значно підвищує інтерес до вивчення основних аспектів їх фізіології і патології.

Дані сучасної літератури свідчать про те, що майже половину підлітків турбують хворобливі відчуття в грудних залозах, а їх біопсія показує високу частоту доброякісних пухлин [5–7]. Загальноприйняті методи діагностики патології грудних залоз у дівчат-підлітків є недостатньо ефективними. У зв'язку з цим в останні роки вчені приділяють увагу ультразвуковому дослідженню, що доступно, не представляє небезпеки для здоров'я і за допомогою якого адекватно оцінюється структура грудних залоз [1–4]. Проте роботи, присвячені вивченню стану грудних залоз при патологічному перебігу періоду статевого дозрівання, особливо при порушеннях менструального циклу, є одиничними і суперечливими.

Все викладене вище свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

**Метою** роботи стало зниження частоти і ступеня патологічних змін грудних залоз у дівчинок з порушеннями менструального циклу в пубертатному періоді на підставі вивчення клініко-ендокринологічних та ехографічних особливостей, а також розробки та впровадження комплексу діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розв'язання поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 дівчат із нерегулярним менструальним циклом, що були розподілені на дві групи в залежності від використовуваних лікувально-профілактичних заходів:

І група – 50 дівчин із нерегулярним менструальним циклом, що одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи. Залежно від діагностованих ен-

докринологічних порушень виділяли підгрупи А – 15 пацієнок з гіперандрогенією; Б – 11 з гіперпролактинемією; В – 9 з гіперестрогенією і Г – 15 з гіпоестрогенією;

ІІ група – 50 дівчин із нерегулярним менструальним циклом, що одержували запропоновану нами методику. Залежно від діагностованих ендокринологічних порушень виділяли підгрупи А – 16 пацієнок з гіперандрогенією; Б – 10 з гіперпролактинемією; 10 – з гіперестрогенією і 14 – з гіпоестрогенією.

Критеріями добору пацієнок із нерегулярним менструальним циклом були:

- клінічні ознаки порушень менструального циклу: олігоменорея, аменорея первинна і повторна, дисфункціональні маткової кровотечі;
- ендокринологічні порушення: гіперандрогенія, гіперпролактинемія, гіпер- і гіпоестрогенія.

В контрольну групу ввійшли 50 гінекологічно і соматично здорових дівчат віком від 12 до 17 років, відібраних у школах і середніх навчальних закладах при диспансеризації.

Критеріями добору дівчат у контрольну групу були такі моменти:

- регулярна менструальна функція;
- відсутність відхилень фізичного і статевого розвитку;
- відсутність проявів хронічних соматичних захворювань;
- відсутність обтяженості сімейного анамнезу пухлинами, гіперпластичними процесами різноманітної локалізації і ендокринопатіями.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводилися відповідно до рекомендацій [7] і містили в собі такі моменти:

1. Немедикаментозні методи лікування:
  - лікувальна фізкультура;
  - фізичні методи лікування (лікувальні ванни, гальванічний „комір” по Щербак; ендоназальний електрофорез з вітаміном В<sub>1</sub> і літієм).
2. Циклічна вітамінотерапія.
3. Спрямована гормональна корекція з урахуванням варіанта порушення ендокринного статусу.

Тривалість загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів залежала від характеру порушень менструального циклу і змін ендокринного статусу.

Основними відмінними рисами запропонованої нами методики лікувально-профілактичних заходів є використання антигомотоксичних препаратів.

Науковим обґрунтуванням для застосування комплексних біологічних препаратів є їхній комплексний вплив на функціональний стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи й основні метаболічні процеси в дівчат пубертатного періоду.

В комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, ехографічні, функціональні та математичні.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Грудні залози дівчат у пубертатному періоді схильні по мірі становлення менструальної функції до специфічних морфологічних змін, що залежать не тільки від етапів функціонального розвитку репродуктивної системи, але і від гормональних змін протягом менструального циклу. Ультразвукове дослідження грудних залоз у

дівчат-підлітків дозволяє оцінити їхню структуру (співвідношення стромы, залозистої і жирової тканини) з урахуванням вікових особливостей, що дозволяє вважати даний метод як найбільше інформативний при оцінці клінічного перебігу пубертатного періоду.

Порушення менструального циклу в пубертатному періоді є однією з основних причин розвитку патологічних змін із боку грудних залоз, причому в структурі дисменореї переважає олігоменорея (54,0%) у порівнянні з менометроррагіями (26,0%) і аменореєю (20,0%).

Основними клінічними проявами патології грудних залоз у дівчин пубертатного періоду з порушеннями менструального циклу є болочі відчуття (12,0%); нагрубання грудних залоз (12,0%); виділення із сосків (10,0%) і дифузійне ущільнення грудних залоз (10,0%).

Частота патологічних змін із боку грудних залоз у пубертатному періоді на фоні дисменореї складає 32,0% із переваженням гіпопластичних змін (20,0%) у порівнянні з мастопатією (6,0%); кістами (6,0%) і гіперплазією грудних залоз (6,0%).

Характер і частота патологічних змін із боку грудних залоз залежать від характеру ендокринологічних порушень: при гіперандрогенії підвищена частота мастопатії (13,3%) і гіпоплазії (26,7%); при гіперпролактинемії – збільшений рівень мастопатії (9,1%), кістозних (9,1%) і гіперпластичних змін (9,1%); при гіперестрогенії – підвищена частота гіперплазії (22,2%) і при гіпоестрогенії – збільшений рівень гіпоплазії грудних залоз (33,3%).

Використання запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволило зниження частоти порушень менструального циклу в 1,9 рази одночасно зі зменшенням рівня клінічних проявів патології грудних залоз: болочі відчуття в грудних залозах – у 2 рази; їх нагрубання – у 1,2 рази; виділення із сосків – у 1,7 рази у дифузійне ущільнення грудних залоз – у 1,7 рази. Сумарна частота дифузійних і осередкових змін у грудних залозах через 3 міс від початку проведеної терапії знизилася в 2,4 рази за рахунок всіх патологічних змін: мастопатія – у 3 рази; кісти – у 3 рази; гіперплазія – в 3 рази і гіпоплазія – відповідно в 2 рази.

## ВИСНОВКИ

З метою зниження частоти патологічних змін грудних залоз у дівчат пубертатного періоду з порушеннями менструального циклу необхідно використовувати лікувально-профілактичний комплекс антигомотоксичних препаратів. Частота проведення даного комплексу залежить від характеру патологічних змін грудних залоз, ендокринологічних і ехографічних параметрів.

### **Пути снижения патологии грудных желез при нарушениях менструальной функции в пубертатный период** **О.А. Полюлях**

Изучены особенности состояния грудных желез у девушек с нарушениями менструального цикла в пубертатном периоде. Установленные клинико-эндокринологические и эхографические особенности позволили научно обосновать и разработать лечебно-про-

филактическую методику на основе использования антигомотоксической терапии. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** *грудные железы, нарушения менструальной функции, профилактика.*

### **Decrease ways of a pathology dairy glans at infringements menstrual functions in pubertate the period**

***О.А. Poljuljah***

Features of a condition dairy glans at girls with infringements menstrual a cycle in pubertate the period are investigated. Established clinical-endocrinological and ephografical features have allowed to prove and develop scientifically a treatment-and-prophylactic technique on the basis of use antigomotoxical therapies. The received results allow to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** *dairy glans, infringements menstrual function, preventive maintenance.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Богданова Е.А., Кузнецова М.Н., Фролова О.Г. Охрана здоровья девочек и девушек – основа репродуктивного здоровья женщин // *Акушерство и гинекология.* – 2008. – № 2. – С. 46–48.
2. Богданович В.Л. Гипоталамические синдромы. Клиника, диагностика // *Нижегородский мед. журнал.* – 2004. – № 3. – С. 84–90.
3. Бондаренко Е.С., Ширетова Д.И. Гипоталамические синдромы у детей (диагностика и лечение): Метод. рекоменд. – М., 2004. – С. 23.
4. Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. – 17 с.
5. Вовк І.Б. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків та контроль за його станом // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2007. – № 1. – С. 48–49.
6. Вовк І.Б., Петербурзька В.Ф. Застосування тардіферону при лікуванні анемії у хворих на ювенільні маткові кровотечі // *Педіатрія, акуш. та гінекологія.* – 2009. – № 4. – С. 246–247.
7. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Рук-во для врачей. – Санкт-Пет. «Фолиант», 2008. – 560 с.

# Влияние дисфункции яичников после гистерэктомии на изменения вегетативной нервной системы

*Т.В. Лещева, Н.В. Поп*

Днепропетровский медицинский институт ассоциации народной медицины Украины

В результате проведенных исследований установлено, что при синдроме постгистерэктомии у женщин репродуктивного возраста развивается вегетативная дистония, которая характеризуется преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, извращенным типом вегетативного реагирования и недостаточным вегетативным обеспечением (54,1%). Кроме того, выявлены изменения биоэлектрической активности и кровоснабжения головного мозга в виде дезорганизации биоэлектрической активности, повышение бета-индекса, синхронизации бета-ритма (69,0%) и повышение сосудистого тонуса (59,0%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших гистерэктомию в репродуктивном возрасте.

*Ключевые слова:* гистерэктомия, репродуктивный возраст, вегетативная нервная система.

В настоящее время широко внедряются клиническую практику оперативных методов лечения основных гинекологических заболеваний [1–4]. Определение рациональных показаний к операции, адекватное анестезиологическое пособие, использование точной техники, бурное развитие эндоскопической хирургии привели к тому, что оперативное вмешательство в гинекологии стало рассматриваться как довольно безопасная и эффективная лечебная процедура, обеспечивающая, а в ряде случаев, гарантирующая пациентке полное выздоровление [2, 3]. Эта клиническая и социальная ситуация привела к значительному росту числа оперативных вмешательств в гинекологии, в частности, гистерэктомий, доля которых составляет от 15 до 45% в структуре всех гинекологических операций [1–4].

Несмотря на незначительное число послеоперационных осложнений в ранний послеоперационный период, отдаленные последствия гистерэктомии, выполненной в репродуктивном возрасте, изучены недостаточно, что приводит к незначительной эффективности используемых реабилитационных мероприятий. Особое значение приобретают нейровегетативные нарушения в отдаленном периоде после операции, для адекватной оценки которых необходимо динамическое изучение вегетативной нервной системы.

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости изучения вегетативной нервной системы после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста.

**Целью** настоящего исследования является изучение состояния вегетативной нервной системы после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью исследования в работу включены 299 женщин репродуктивного возраста, которые составили 4 группы. 277 пациенток из них страдали различной гинекологической патологией, у 252 из которых была проведена гистерэктомия (ГЭ):

1 группу составили 122 пациентки репродуктивного возраста, перенесшие субтотальную ГЭ (средний возраст составил  $37,7 \pm 2,9$  года; на момент операции возраст был в пределах 29–41 года; средний возраст –  $34,5 \pm 1,9$  года);

2 группу составили 130 пациенток репродуктивного возраста, перенесших тотальную ГЭ (средний возраст был  $39,9 \pm 2,4$  года; на момент операции возраст был в пределах 29–43 лет; средний возраст –  $36,7 \pm 2,1$  года).

Основным показанием к удалению матки у пациенток 1 и 2 групп была миома матки. Кроме того, 39,8% пациенток 1 группы и 52,2% пациенток 2 группы отмечали менометроррагии, приводящие к анемизации. Большие размеры миомы диагностированы соответственно у 57,5% больных 1 и у 65,0% больных 2 группы. Субмукозное расположение узлов встречалось у каждой третьей пациентки (33,2%). Быстрый рост отмечался в 2 раза чаще у пациенток, которым в последствие была произведена тотальная гистерэктомия (19,5 и 39,5% соответственно по группам). Болевой синдром также чаще встречался во 2 группе (22,1 и 37,5% соответственно по группам). Необходимо отметить, что более чем у половины больных этих групп имело место сочетание нескольких показаний для оперативного лечения.

Длительность заболевания миомой матки у пациенток 1 и 2 групп не превышала 3 года – у 22,7% (57) пациенток; от 3 до 5 лет – у 64,8% (163) и более 5 лет – у 12,5% (32) больных. До операции 80,7% (203) больные 1 и 2 групп получали различные варианты консервативного лечения (гормональная и симптоматическая терапия). Однако все эти пациентки были прооперированы ввиду неэффективности консервативного лечения. Больные 1 и 2 групп как во время оперативного лечения, так и к моменту проведения обследования находились в репродуктивном возрасте и в ходе операции у всех пациенток были сохранены яичники.

3 группу составили 25 женщин репродуктивного периода с миомой матки небольших размеров, находящихся на диспансерном наблюдении и не требующих оперативного лечения на момент проведения исследований (средний возраст –  $42,7 \pm 2,2$  года). 4 группа представлена 22 практически здоровыми женщинами идентичного возраста (средний возраст составил  $39,5 \pm 2,5$  года).

Пациентки 1 и 2 групп были разделены на три подгруппы в зависимости от длительности послеоперационного периода (1, 3 и 5 лет после операции).

Анализ данных анамнеза исследуемых пациенток показал, что женщины всех 4 групп практически не имели достоверных различий ни по характеру и частоте перенесенных ранее заболеваний, ни по имеющейся сопутствующей патологии.

Исследование вегетативной нервной системы проводили по следующим методикам:

- вегетативный тонус исследовали при помощи метода Кредо (вегетативный индекс Кредо, ВИ).  $ВИ = (1 - Д / ЧСС) \times 100$ , где Д – диастолическое давление; ЧСС – частота сердечных сокращение в 1 мин;

- для выявления синдрома вегетативной дистонии использовали специальный опросник Вейна;



- исследование вегетативной реактивности проводили при помощи холодной пробы;
- исследование вегетативного обеспечения производили при помощи ортоклино-статической пробы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Дооперационное исследование больных миомой матки не выявило достоверных различий с контрольной группой. Диагностирована лишь некоторая тенденция к увеличению гонадотропных гормонов и эстрадиола, а также незначительное увеличение объема яичников и понижение доплерометрических индексов у больных миомой матки. Отмечено существенное изменение эмоционального статуса пациенток 1 и 2 групп, что вполне закономерно перед операцией.

Выявленные изменения анатомо-функционального состояния яичников, а также перенесенный в связи с операцией стресс, воздействие наркоза, астенизация отразились на появлении характерных жалоб у оперированных пациенток.

Так в ранний послеоперационный период появлялись некоторые нейровегетативные симптомы, усиливалось эмоциональное напряжение, что, в целом, статистически повышало значение менопаузального модифицированного индекса (ММИ) в 1 и 2 группах. Тотальная гистерэктомия (ТГЭ) вызывала более выраженную клиническую симптоматику. Некоторое снижение уровня нейровегетативных и эмоциональных расстройств отмечалось к 5-му дню после операции, в связи с чем значение ММИ несколько выравнивалось, хотя и оставалось значительно превышающим контрольные цифры.

В дальнейшем при исследовании вегетативной реактивности в отдаленном периоде после гистерэктомии выявлено значительное уменьшение нормальной реактивности и увеличение извращенной (29,0% в 1 группе; 34,7% – во 2 и 12,5% – в 3 группе), при том, что у здоровых женщин (4 группа) подобного типа вегетативной реактивности не выявлено.

Весьма показательным является тот факт, что вегетативное обеспечение было недостаточным (54,8, 62,5, 25,0 и 28,6% соответственно) у пациенток всех исследуемых групп. Причем, указанные изменения прогрессировали с увеличением длительности отдаленного периода после гистерэктомии.

Проведенное нами исследование позволило выявить синдром вегетативной дистонии у 48,4% пациенток 1 и у 59,4% женщин 2 группы.

Диагностированные нами изменения со стороны эмоционального и вегетативного статуса сопровождались и изменениями биоэлектрической активности (47,6%) и кровоснабжения головного мозга (60,0%).

Наиболее часто встречались дезорганизация биоэлектрической активности (23,8%), снижение альфа-ритма и преобладание бета-ритма (16,7%), а также проявление патологических ритмов (7,1%), гиперсинхронизация альфа-ритма, распределение его на передние отделы (7,1%). У пациенток с миомой матки выявлена дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга в 12,5% случаев.

Проведение реоэнцефалографии позволило определить изменение формы реографической волны: менее крутая восходящая часть волны округленная, или уплощенная вершина, а также изменение формы нисходящей части реографической

волны, что свидетельствует о повышении диастолического компонента, характерного для увеличения сосудистого напряжения (60,0%). Кроме того, на повышение сосудистого тонуса указывали и данные ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга.

Использование специальной статистической обработки позволило определить так называемые факторы риска, повышающие вероятность развития тревожно-депрессивного синдрома («1» – максимальная встречаемость признака); 0,9 – отсутствие жалоб до операции и/или молодой возраст (менее 35 лет); 0,8 – быстрый рост миомы и/или тотальная гистерэктомия; 0,7 – эпизоды гипофункции яичников в анамнезе.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, при синдроме постгистерэктомии у женщин репродуктивного возраста развивается вегетативная дистония, которая характеризуется преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, извращенным типом вегетативного реагирования и недостаточным вегетативным обеспечением (54,1%). Кроме того, выявлены изменения биоэлектрической активности и кровоснабжения головного мозга в виде дезорганизации биоэлектрической активности, повышение бета-индекса, синхронизации бета-ритма (69,0%) и повышение сосудистого тонуса (59,0%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших гистерэктомию в репродуктивном возрасте.

### **Вплив дисфункції яєчників після гістеректомії на зміни вегетативної нервової системи**

***Т.В. Лещева, Н.В. Піп***

У результаті проведених досліджень встановлено, що при синдромі постгістеректомії у жінок репродуктивного віку розвивається вегетативна дистонія, яка характеризується переважанням тонусу парасимпатичної нервової системи, збоченим типом вегетативного реагування і недостатнім вегетативним забезпеченням (54,1%). Крім того, виявлені зміни біоелектричної активності і кровопостачання головного мозку у вигляді дезорганізації біоелектричної активності, підвищення бета-індексу, синхронізації бета-ритму (69,0%) і підвищення судинного тонусу (59,0%). Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу реабілітаційних заходів для жінок, які перенесли гістеректомію в репродуктивному віці.

***Ключові слова:*** *гістеректомія, репродуктивний вік, вегетативна нервова система.*

### **Influence dysfunction of ovaries after hysterectomy on changes of vegetative nervous system**

***T. V. Lesheva, N. V. Pop***

In results of the lead researches it is established, that at a syndrome posthysterectomy at women of reproductive age the vegetative dystonia which is characterized by prevalence of a tone parasympathical nervous system, the perverted type of vegetative reaction and insufficient vegetative maintenance (54,1%) develops. Besides changes of bioelectric activity and

blood supply of a brain as disorganization bioelectric activity, increase of a  $\beta$ -index, synchronization of a  $\beta$ -rhythm (69,0%) and increase vascular tone (59,0%) are revealed. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of rehabilitation actions for the women who have transferred hysterectomy at reproductive age.

**Key words:** *hysterectomy, dysfunction of ovaries, vegetative nervous systems.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2008. – № 3. – С. 44–48.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 720 с.
3. Коханевич Є.В., Суханова А.А., Суменко В.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 2006. – № 1–2. – С. 22–26.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2009. – 860 с.

# Актуальные аспекты местной контрацепции у девочек-подростков

*Т.В. Лещева, Т.Б. Романчук*

Днепропетровский медицинский институт Ассоциации народной  
медицины Украины

---

Изучены возможности использования местной контрацепции у девочек-подростков. Как показали результаты проведенных исследований, местная контрацепция с использованием препарата Фарматекс является одним из вариантов контрацепции у девочек-подростков, живущих половой жизнью. При соблюдении всех необходимых условий, данный вариант контрацепции является достаточно эффективным и может быть рекомендован для внедрения в кабинетах и центрах детской и подростковой гинекологии.

*Ключевые слова:* девочки-подростки, местная контрацепция, эффективность.

Предупреждение беременности у юных женщин является важной медико-социальной проблемой современности. Это обусловлено сочетанием ряда факторов – ранним началом половой жизни, в большинстве случаев – внебрачной, значительным ростом числа абортных, высокой частотой и массой постабортных осложнений и последствий, ростом частоты сексуально-трансмиссивных инфекций, неблагоприятными исходами ранней беременности и родов для здоровья молодых матерей и их потомков [1–4].

Особое значение планирования беременности для несовершеннолетних состоит в том, что оно дает возможность жить половая жизнью, не поддавая себя боязни нежелательной беременности, стрессам. Молодые люди могут продолжать обучение, добиваться профессионального роста, материального благополучия, социальной зрелости. Контрацептивы для подростков должны отвечать нескольким требованиям – они должны быть максимально эффективными, доступными и легко применяемыми, иметь оборотность и безопасность, кроме того, немаловажное значение имеет конфиденциальность и экономичность. К способам контрацепции у подростков относятся: презерватив, оральные контрацептивы, методы естественного планирования семьи, диафрагма, спермициды, в крайних случаях – посткоитальная контрацепция [1–4].

Спермицидные средства практически не используются подростками, из-за малой проинформированности об этих препаратах.

**Целью** нашего сообщения является изучение возможности использования местной контрацепции препаратом Фарматекс у девушек-подростков.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы остановили свой выбор на использовании препарата Фарматекс потому, что его отличает наиболее высокая спермицидная и антисептическая активность, а также удобство использования. Хлорид бензалкония, действующее начало сперми-

цидов Фарматекс, является поверхностно активным веществом. Используемый в виде крема, вагинальных свечей и вагинальных таблеток хлорид бензалкония при введении во влагалище прилипает к слизистой, растекается по ней и образует сплошную пленку. В течение нескольких секунд хлорид бензалкония обезвреживает сперматозоиды и уничтожает их, отделяя жгутик от тела и растворяя клеточную мембрану. Он является также мощным антисептиком, оказывая бактерицидное действие на возбудителей болезней, которые передаются половым путем; инактивирует в пробирке такие вирусы как вирус герпеса, ЦМВ и др. В то же время хлорид бензалкония не действует на бациллы Додерляйна и на сапрофитную влагалищную флору. Хлорид бензалкония не оказывает системного действия: он не проникает ни в кровь, ни в материнское молоко. Действует только местно.

В зависимости от того, насколько женщине требуется увлажнение при половом акте, нужно правильно подобрать форму местной контрацепции. Фарматекс удобен тем, что он имеет полную гамму фармакологических форм локальной контрацепции (свечи, таблетки, кремы, вагинальные тампоны). Вагинальные свечи Фарматекс с хлоридом бензалкония вводятся во влагалище как можно глубже, минимум за 10 мин до начала полового акта, но не более 4 ч до полового сношения. В случае повторного полового акта необходимо ввести новую свечу. Эта форма используется, когда необходимо умеренное увлажнение при половом акте. Вагинальные таблетки перед введением во влагалище следует смочить за 10 мин до начала полового акта. Вводятся в положении лежа. При повторном половом акте рекомендуется использовать другую таблетку. Действие длится 3 ч. Используется, когда дополнительного увлажнения при половом акте не требуется. Кремы, обладающие смазывающим действием, в особенности подходят женщинам, у которых слизистая влагалища сухая. Они оказывают немедленное действие, которое продолжается в течение 10 ч. При следующем половом акте необходимо повторное введение крема. Вагинальные тампоны или вагинальные губки обеспечивают защиту на протяжении 24 ч после его введения. Вагинальную губку необходимо извлечь из влагалища не позднее 24 ч после ее введения. Она должна оставаться во влагалище в течение 2 ч после последнего полового акта.

Существует взаимодействие локальных контрацептивов и других медикаментов, о котором следует хорошо знать. Активность спермицидов снижается от взаимодействия с мылом. Не разрешается спринцевания с мылом или прием ванны с пенящимися средствами, которые содержат анионные формы мыла, за 2 ч и спустя 2 ч после введения спермицидов, запрещается также использование лечебных свечей, кремов и растворов гинекологического назначения. Для интимной гигиены есть пенящееся средство Фарматекс (в отличие от обычного мыла не разрушает хлорид бензалкония).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность препарата Фарматекс была подтверждена в многочисленных клинических исследованиях. Индекс Перла был 0,7. Это сравнимо с тем, что наблюдается при применении микропилюль, но менее эффективно, чем после стерилизации. Под нашим наблюдением находилось 30 девочек-подростков, живущих половой жизнью, которые на протяжении от 3 до 10 циклов использовали препарат Фарматекс.

В процессе клинического наблюдения использовались традиционные лабораторные и инструментальные методы: гинекологический осмотр, кольпоскопия, общеклинические анализы крови и мочи, бактериологическое исследование вагинального секрета.

Было выявлено наличие нарушений микробиоценоза половых путей у 23,3% девушек, нарушений менструального цикла – у 13,3%. Перед использованием Фарматекса проведено лечение дисбиотических состояний. Вагинальные свечи применяли 60,0% девушек, вагинальные таблетки – 16,7% и вагинальный крем – 23,3% соответственно.

Переносимость препарата у большинства девушек была хорошей, только у 6,7% девушек было прекращено применение препарата в связи с аллергической реакцией. Положительный контрацептивный эффект наблюдался в 93,3% девушек. Беременность наступила у 6,7% девушек в связи с нерациональным использованием препарата (при повторном половом акте не была использована свеча или таблетка, или крем).

Если девушка не имеет постоянного полового партнера, мы советуем применять препарат Фарматекс с презервативом, для предотвращения заболеваний передающихся половым путем.

При выборе препарата Фарматекс мы учитывали преимущества и недостатки местной контрацепции.

**Преимущества:**

- безопасный, контролируемый метод, который может применять любая женщина;

- помогает избежать многих ИПП и связанных с ними осложнений: воспалительных заболеваний органов малого таза;

- эффективное предохранение от беременности при правильном использовании во время каждого полового акта;

- отсутствие побочных эффектов и влияния на гормональный фон организма, не вызывая осложнений, свойственных гормональным контрацептивам;

- возможность прекращения использования в любое время;

- может быть введен за 1 ч до полового акта, чтобы избежать его прерывания;

- способствует нормализации микробиоценоза.

**Недостатки:**

- спермициды могут вызывать раздражение, особенно при приеме несколько раз в день.

- могут вызывать аллергическую реакцию у женщины и/или ее партнера;

- могут вызывать ощущение жжения и жара (в основном при наличии кольпитов).

Проведенное нами исследование показало высокий контрацептивный эффект препарата Фарматекс при его правильном использовании и возможности его применения у девушек-подростков.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, местная контрацепция с использованием препарата Фарматекс является одним из вариантов контрацепции у девочек-подростков, живущих половой жизнью. При соблюде-

нии всех необходимых условий, данный вариант контрацепции является достаточно эффективным и может быть рекомендован для внедрения в кабинетах и центрах по детской и подростковой гинекологии.

**Актуальні аспекти місцевої контрацепції у дівчаток-підлітків  
Т.В. Лещева, Т.Б. Романчук**

Вивчені можливості використання місцевої контрацепції у дівчаток-підлітків. Як показали результати проведених досліджень, місцева контрацепція з використанням препарату Фарматекс є одним з варіантів контрацепції у дівчаток-підлітків, що живуть статевим життям. При дотриманні всіх необхідних умов, даний варіант контрацепції є досить ефективним і може бути рекомендований для впровадження в кабінетах і центрах по дитячій і підлітковій гінекології.

**Ключові слова:** *дівчатка-підлітки, місцева контрацепція, ефективність.*

**Actual aspects of local contraception at girls-teenagers  
T.V. Lesheva, T.V. Romanchuk**

Opportunities uses local contraception at girls-teenagers are investigated. As have shown results of the lead researches, local contraception with use of preparation Pharmatex is one of variants of contraception at the girls-teenagers, living a sexual life. At observance of all necessary conditions, the given variant of contraception is effective enough and can be recommended for introduction in cabinets and the centers on children's and teenage gynecology.

**Key words:** *girls-teenagers, local contraception, efficiency.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Вовк І.Б. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків та контроль за його станом //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 1. – С. 48–49.
2. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Рук-во для врачей. – СПб: Фолиант, 2008. – 560 с.
3. Планирование семьи. Методы контрацепции / Практическое руководство /Под ред. Э.К. Айламазяна. – СПб.: Сотис, 2007. – 181 с.
4. Роберт А. Хэтчер. Основы контрацепции. Руководство для медицинского персонала. – 2008. – 203 с.

# Поєднана патологія матки: порівняльні аспекти лікування

**С.А. Шамрай**

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

---

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

*Ключові слова:* поєднана патологія матки, лікування, порівняльні аспекти.

В даний час поєднана патологія матки (лейоміома, гіперпластичні процеси ендометрія і аденоміоз) є одним з поширених захворювань жінок репродуктивного віку [1–9]. Частота цього захворювання, за різними даними, варіює в досить широкі межі – від 7 до 50% [1, 3, 7]. Збільшення частоти поєднаної патології матки зв'язана, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, і, з іншого боку – з погіршенням екологічної обстановки, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам поєднаної патології матки [1–9], до сьогодні залишаються незрозумілими багато питань щодо етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу, особливо під час аденоміозу. Крім того відсутні дані про порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу, включаючи консервативні і оперативні методи лікування.

Все викладене вище свідчить про актуальність проблеми, що вивчається, а саме порівняльні аспекти різних методів лікування поєднаної патології матки.

**Метою** справжнього наукового дослідження є вивчення порівняльних аспектів різних методів лікування поєднаної патології матки.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 175 хворих з поєднаною патологією матки, яких було розподілено на дві групи залежно від використовуваних методів лікування:

1 група – 64 пацієнтки, що отримувала різні варіанти консервативного лікування до 6 місяців (гестагени, аналоги лютенізуючого релізінг-гормону);

2 група – 111 хворих, що перенесли різні варіанти оперативного лікування (від односторонньої аднексектомії до екстирпації матки з придатками).



У порівняльному аспекті ми вивчали наступні моменти: частота больового синдрому; стан менструальної функції, порушення генеративної функції і розладу сусідніх органів (кишечника і сечовивідних доріг), а також частота нейро-вегетативного, психоемоційного і змінно-ендокринного симптомокомплексів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні частоти больового синдрому у всіх обстежуваних ми з'ясовували наявність наступних проявів: альгоменорея (больові відчуття під час менструації), диспареунія (хворобливість при статевих стосунках) та біль в області тазу, не пов'язаний з менструацією і статевим актом.

Частота альгоменоренії у пацієнок 1 групи склала 28,1% (від 20,0% при лікуванні агоністами до 33,3% – при використанні гестагенів). На хворобливість статевих актів скаржилися 29,7% жінок цієї ж групи (від 37,5% – при використанні гестагенів до 20,0% – при вживанні агоністів). В порівнянні з цим, біль в області тазу, не пов'язаний з менструацією і статевим актом був виявлений лише в 9,4% (від 6,7% – при використанні агоністів до 12,5% – при вживанні гестагенів).

Серед жінок, що перенесли різний об'єм оперативного втручання, больовий компонент менструації відзначали лише 8,1% пацієнок, в якій об'єм операції був обмежений однобічною аднексектомією. На відміну від цього диспареунія була виявлена більш ніж в половині (69,4%) хворих 2 групи (від 83,9% – після гістеректомії до 40,0% – після однобічної аднексектомії). Скарги на біль в області тазу, не пов'язаний з менструацією і статевим актом, пред'являли 15,3% жінок, що перенесли оперативне лікування (від 10,7% – після мінімального об'єму до 20,0% – після максимального об'єму операції).

Отже, у хворих з поєднаної патології матки больовий синдром виявляється, в основному, у вигляді альгоменорей і диспареунії, в той час як больові відчуття в області малого тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом, спостерігаються набагато рідше. Всі проаналізовані нами методи консервативного лікування (від гестагенів до агоністів) володіють недовгочасним ефектом відносно альгоменорей і практично не впливають на частоту інших проявів больового синдрому при аденоміозі. У свою чергу, однобічна аднексектомія також трохи знижує частоту альгоменорей, тоді як радикальніші операції, що викликають хірургічну менопаузу, обумовлюють повне і безповоротне зникнення даного симптому. Проте, під час збільшення об'єму оперативного втручання на органах малого тазу підвищується частота диспареунії, обумовлена вочевидь вже не стільки аденоміозом, скільки недостатністю статевих стероїдів, що розвивається в результаті видалення яєчникової тканини. Крім того, після хірургічного лікування (незалежно від його об'єму) збільшується частота не пов'язаних з менструацією і статевим актом больових відчуттів в області малого тазу, що, ймовірно, пояснюється наявністю спайкового процесу.

Для вивчення розладів сусідніх органів у всіх обстежуваних ми з'ясовували частоту порушень як з боку травного тракту (больові відчуття по ходу кишечника, обстипація і діарея), так і з боку сечовивідних шляхів (цисталгія, хворобливі і прискорене сечовипускання).

Згідно з отриманими результатами серед хворих 1 групи більше половини (50,8%) відзначала порушення стану кишкового тракту і лише 7,8% вказували на цисталгія, хворобливе або прискорене сечовипускання.

У групі жінок, що перенесли хірургічне лікування з приводу поєднаної патології матки скарги на дисфункцію кишечника пред'являла кожна третя хвора (33,3%), а урологічні розлади мали місце в 39,6% обстежених.

Отже, розлади з боку суміжних органів у хворих з поєднаною патологією матки виявляються, в основному, у вигляді дисфункції кишкового (обстипація і діарея) і сечовивідного (прискорене сечовипускання) трактів, хворобливості в області кишечника і сечового міхура, а також хворобливих відчуттів при сечовипусканні. Проведення всіх варіантів консервативної терапії (від гестагенів до агоністів) супроводиться незначне корекцією урологічних розладів разом з істотним погіршенням стану шлунково-кишкового тракту, тоді як радикальне хірургічне лікування призводить до посилювання вже наявних відхилень в стані суміжних органів, причому частота урологічної симптоматики різко наростає у міру збільшення об'єму операції.

При вивченні частоти нейро-вегетативного, психоемоційного і змінно-ендокринного симптомокомплексів у всіх пацієнток проводилося виявлення наступної симптоматики: головні болі, вестибулопатії, лабільність артеріального тиску, серцебиття у спокої, «приливи» жару, гіпергідроз, зниження працездатності, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, погіршення пам'яті, дратівливість, ожиріння, дисфункція щитовидної залози, м'язово-суглобові болі, трофічні зміни генітально-го апарату.

Згідно з отриманими результатами, в групі пацієнток, що отримували консервативне лікування, виявлена наявність нейро-вегетативної симптоматики в 34,8%; психоемоційної – в 17,2% і змінно-ендокринної – відповідно у 21,9% пацієнток.

З 2 групи, абсолютно у всіх після радикального хірургічного лікування (незалежно від об'єму оперативного втручання), спостерігалася наявність нейро-вегетативних розладів, того або й ступеня вираженості, а симптомокомплекси психоемоційних і обмінно-ендокринних порушень виявлені відповідно в 85,6% і 56,8% пацієнток.

Отже, у хворих з поєднаною патологією матки найчастіше виникають розлади психоемоційної сфери, а поява нейро-вегетативних і обмінно-ендокринних порушень є не характерною. При різних методах консервативної гормональної терапії аденоміозу спостерігається з одного боку – істотне поліпшення психоемоційного стану пацієнток, а з іншого – наростання частоти нейро-вегетативних і обмінно-ендокринних симптомокомплексів, тоді як проведення оперативного лікування ускладнюється розвитком всіх трьох груп порушень, що прогресують у міру збільшення об'єму хірургічного втручання на органах малого тазу.

## **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених досліджень використання різних методів лікування поєднаної патології матки призводить до зміни частоти і ступеня вираженості основних клінічних проявів даної патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані ре-

зультати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з врахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування поєднаної патології матки.

### **Сочетанная патология матки: сравнительные аспекты лечения** **В.А. Шамрай**

Результаты проведенных исследований показали, что использование различных методов лечения сочетанной патологии матки 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 сочетанной патологии матки.

**Ключевые слова:** *сочетанная патология матки, лечение, сравнительные аспекты.*

### **Combination a uterus pathology - comparative aspects of treatment** **V.A. Shamray**

Results of the lead researches have shown, that use of various methods of treatment of an combination a uterus pathology 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 combination uterus pathology.

**Key words:** *combination a uterus pathology, treatment, comparative aspects.*

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2006. – 240 с.
4. 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. – 1999. – № 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.: Мед-на, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо І.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. 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. – 2000. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

# Гигиенические аспекты условий труда 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. Полученные результаты позволили оценить профессиональный вред, выделить факторы риска, способные оказать плохое 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 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.

**Целью** настоящего исследования является оценка профессионального риска 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 медицинских 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, 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 и отделений: анестезиологии и реанимации, акушерства-гинекологии, стоматологии помимо осмотра, опроса, пальпации, аускультации, характеризуется контактом с биологическим материалом (кровью, мочой, слюной, спинномозговой жидкостью и т.п.) при проведении лечебно-диагностических манипуляций (оперативных вмешательств, инъекций, лабораторных исследований). 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 противоэпидемическим мероприятиям в целях профилактики послеоперационных осложнений. Анализ результатов наших 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, пресепта, фторотана, хлора, формальдегида, щелочей, лекарственных средств (антибиотики, сульфаниламиды, противоопухолевые препараты, противотуберкулезные препараты, витамины, гормоны, биостимуляторы).

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 условия труда 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 оценке мы учитывали эффект суммации при комбинированном действии веществ одноподобного 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 труда медицинских работников. Это обусловлено эвристической (творческой) дея-

тельностью, требующей решения сложных задач при отсутствия 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 врача хирурга, акушера-гинеколога, средний медицинский персонал 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 кг до 20 кг (больных, лекарственные и дезинфицирующие средства, перевязочный материал).

Анализ хронометражных данных позволил выделить следующие промежутки времени нахождения в различных позах изученных профессиональных групп по отдельным показателям:

- 1) медицинские работники хирургического профиля 50–60% рабочего времени находятся в позе «стоя»;
- 2) 30–40% находятся в позе «сидя»;
- 3) медицинские работники терапевтического профилей 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 со-



ставляющей, 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 профессиональный вред, выделить факторы риска, способные оказать плохое 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, а также у специалистов, занятых в клиничко-диагностических лабораториях и 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 уровню содержания химических веществ на рабочих местах специалистов хирургического профиля, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, специалистов стоматологического профиля, клиничко-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 способными оказать плохое воздействие на репродуктивную функцию.

Производственными факторами, оказывающими влияние на здоровье медицинских работников, являются показатели тяжести трудового процесса, которые могут приводить к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, системы кровос-

набжения 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.

### **Гігієнічні аспекти умов праці жінок – медичних працівників** **A. C. Шелигін**

Вивчені основні особливості гігієнічної оцінки умов праці різних груп медичних працівників. Отримані результати дозволили оцінити професійні шкідливості, виділити чинники ризику, що погано впливають на їх здоров'я, у тому числі репродуктивне. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу лікувально-профілактичних заходів для збереження репродуктивного здоров'я жінок – медичних працівників.

*Ключові слова:* медичні працівники, умови праці, гігієнічна оцінка.

### **The hygienic aspects of working conditions of woman-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 aspects.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод, рекомендации /сост. 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.Ч. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.Ч. 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.

# Тактика хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань статевих органів на тлі внутрішньоматкової контрацепції

**В.С. Страховецький**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика.

Як показали результати проведених досліджень, розроблена нами методика оптимізації хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань статевих органів у жінок на тлі внутрішньоматкової контрацепції дозволяє попередити летальність і істотно знизити частоту післяопераційних ускладнень. Це відбувається на тлі адекватної корекції мікробіоценозу статевих шляхів і імунного статусу. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** гнійно-запальні захворювання статевих органів, внутрішньоматкова контрацепція, хірургічне лікування.

Вивчення форм і методів контрацепції є одним з найбільш пріоритетних напрямів у вирішенні державної програми „Репродуктивне здоров'я”. На жаль, у нас в країні одним з найчастіше використовуваних методів профілактики непланованої вагітності є внутрішньоматкова контрацепція [1, 2]. Не дивлячись на заходи щодо удосконалення внутрішньоматкових контрацептивів, які переслідують мету підвищення їх ефективності і зниження частоти ускладнень, рівень останніх залишається досить істотним [3–5]. При цьому автори розглядають питання впливу обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу, статевої поведінки, екстрагенітальної патології, термінів експозиції внутрішньоматкового контрацептиву на розвиток запальних процесів матки і придатків на тлі внутрішньоматкової контрацепції [1–5].

В той же час, низка запитань, які стосуються запальних ускладнень внутрішньоматкових контрацептивів, у тому числі ускладнених форм далекі від остаточного рішення. Останніми роками все частіше з'являються наукові повідомлення про розвиток гнійно-запальних ускладнень матки і придатків на тлі тривалого використання внутрішньоматкових контрацептивів, які вимагають оперативного лікування [4, 5]. Як правило, ці операції проводяться в ургентному порядку на фоні пельвіо- або розлитого перитоніту, а післяопераційний період супроводжується високим рівнем гнійно-запальних ускладнень. Така ситуація вимагає додаткового вивчення даного наукового завдання і розроблення ефективного комплексу лікувально-прогностичних заходів.

Все наведене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

**Метою** справжнього наукового дослідження є зниження частоти післяопераційної летальності і захворюваності у жінок з гнійно-запальними захворюваннями статевих органів на тлі внутрішньоматкової контрацепції на основі вивчення у них клініко-морфологічних, мікробіологічних і імунологічних особливостей, а також розробки і впровадження комплексу лікувальних заходів.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені в два етапи. Так, на 1 етапі ми вивчили основні клінічні особливості запальних захворювань статевих органів без і на тлі внутрішньоматкової контрацепції у 200 жінок репродуктивного віку, яких було розподілено на дві групи:

1 група – 100 пацієнток із запальними захворюваннями на тлі внутрішньоматкової контрацепції;

2 група – 100 пацієнток із запальними захворюваннями без внутрішньоматкової контрацепції.

На 2 етапі нами було обстежено 150 пацієнток, яких було розподілено на три підгрупи: 1-ша (контрольна) підгрупа – 50 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку; 2 підгрупа – 50 пацієнток, прооперованих з приводу гнійно-запальних захворювань статевих органів на тлі внутрішньоматкової контрацепції; 2 підгрупа – 50 пацієнток, прооперованих з приводу гнійно-запальних захворювань статевих органів без внутрішньоматкової контрацепції.

При цьому, пацієнтки 2 підгрупи були проведені у відповідності із загальноприйнятими лікувально-профілактичними і реабілітаційними заходами [1–4] і включали використання антибактеріальної терапії; протизапальних препаратів; імунокорекцію і фізичні чинники дії.

На підставі проведених досліджень нами була розроблена система оптимізації хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань статевих органів, яка включала наступні моменти:

- передопераційна підготовка хворих з врахуванням індивідуальних особливостей наявної патології, яка полягала в корекції мікробіоценозу статевих шляхів препаратами, антибактеріальна терапія і використання антигомотоксичних препаратів. Тривалість передопераційної підготовки проводилася з врахуванням динаміки клінічного стану хворих і складала від 6 до 72 год;

- інтраопераційне використання антисептика бетадин;

- у післяопераційному періоді препарат бетадин застосовували впродовж 3–4 днів післяопераційного періоду через дренажі з корекцією статевих доріг; антибактеріальною терапією і антигомотоксичними препаратами.

Наш вибір антибактеріальної і антигомотоксичної терапії носив суворо індивідуальний характер з врахуванням результатів клініко-лабораторних і функціональних методів досліджень.

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

Результати проведених досліджень свідчать, що запальні захворювання статевих органів розвиваються при тривалому використанні внутрішньоматкової контрацепції (середня тривалість –  $6,1 \pm 0,3$  року), причому до 5 років контрацептиви

знаходяться у 25,0% пацієток, а більше 5 – в 75,0%. У структурі запальних захворювань переважає ендоміометрит (30,0%); його поєднання з сальпінгофоритом (25,0%); тубоваріальні запальні утворення (27,0%); пельвіо- (10,0%) і розлитий перитоніт (8,0%), які зустрічаються частіше при використанні у пацієток внутрішньоматкових контрацептивів першого покоління і більше 5 років: тубоваріальні запальні утворення (40,5% і 33,3%); пельвіо- (16,7% і 13,3%) і розлитий перитоніт (14,2% і 10,7%).

Основними клінічними проявами запальних захворювань статевих органів у пацієток з внутрішньоматковою контрацепцією є больовий синдром (95,0%); гіпертермія (72,0%); дисбіоз піхви (98,0%), симптоми інтоксикації (29,0%), які зустрічаються частіше за наявності контрацептиву першого покоління (54,8%) і тривалості використання більше 5 років (33,3%).

За наявності запальних процесів на фоні і без внутрішньоматкової контрацепції частота оперативного лікування вище в 2,4 разу і складає за наявності контрацептиву першого покоління – 71,4% і його знаходженні більше 5 років – 73,3%. Частота радикальних операцій у них набагато вища (71,1% в порівнянні з 31,6%), в їх структурі в 31,3% виробляється вимушена екстирпація матки з придатками; у 28,1% – екстирпація з трубами і в 21,9% з одним яєчником; а в останніх 18,7% – надпівхова ампутація матки з трубами. У 28,2% випадків додатково проводяться операції на кишечнику з приводу міжпетлевих абсцесів.

У післяопераційний період у пацієток із запальними захворюваннями без і на тлі внутрішньоматкової контрацепції значно вище частота ранової інфекції (22,2% в порівнянні з 15,8%); абсцесів черевної порожнини (15,6% проти 5,3%) і післяопераційного перитоніту (11,1% в порівнянні з 5,3%).

При морфологічному дослідженні ендометрія у хворих із запальними захворюваннями статевих органів на тлі внутрішньоматкової контрацепції хронічний ендометрит має місце у 64,0% жінок, гостре запалення ендометрія в 31,0% і в поодиноких випадках – підгостре запалення – 5,0%. Частота хронічного, гострого і підгострого ендометриту достовірно не розрізняється залежно від покоління, термінів використання контрацептиву і нозологічної форми запального процесу.

У жінок із запальними ускладненнями внутрішньоматкової контрацепції мають місце 5 типів морфологічних змін ендометрія: поєднання хронічного ендометриту з гіперплазією ендометрія (36,0%); ознаки гострого і загострення хронічного запалення (22,0%); зміни, характерні для хронічного запалення переважали в 20,0%; склеротичні процеси – в 18,0%; структурна перебудова за типом неповноцінної секреції – у 14,0% пацієток.

Розвиток гнійно-запальних захворювань статевих органів при використанні внутрішньоматкової контрацепції відбувається на тлі мікробіологічних змін, які полягають в достовірному зниженні числа *Lactobacillus* spp. і *Bifidobacterium* spp. при одночасному підвищенні числа таких мікроорганізмів, як *E. coli* (lac+); *E. coli* (lac-); *E. coli* (haem+); *Enterococcus* spp.; *S. aureus* і *Candida* spp., а також появи *Bacteroides* spp.; *Peptococcus* spp. і *Peptostreptococcus* spp.

Гнійно-запальні захворювання статевих органів при внутрішньоматковій контрацепції розвиваються на тлі супресії системного імунітету: зниження CD3+;

CD4+; CD16+ і CD20+ на тлі одночасного збільшення кількості CD8+ і CD23+ і неспецифічних чинників резистентності: дисфункція фагоцитозу (ФП; ФЧ і ФІ), а також зниження вмісту β-лізину і лізоциму при одночасному збільшенні рівня β- і сироваткового інтерферонів.

Для оптимізації хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань на тлі внутрішньоматкової контрацепції необхідно використовувати наступні моменти:

- передопераційна підготовка хворих з врахуванням індивідуальних особливостей наявної патології, яка полягала в корекції мікробіоценозу статевих шляхів; антибактеріальна терапія і використанні антигомотоксичних препаратів. Тривалість передопераційної підготовки проводилася з врахуванням динаміки клінічного стану хворих і складала від 6 до 72 год;

- інтраопераційне використання антисептика бетадин;

- у післяопераційному періоді препарат бетадин застосовували впродовж 3–4 днів післяопераційного періоду через дренажі з корекцією статевих доріг; антибактеріальною терапією і антигомотоксичними препаратами.

Використання пропонованої методики оптимізації хірургічного лікування і прогнозування запальних захворювань на тлі внутрішньоматкової контрацепції дозволяє понизити в порівнянні із загальноприйнятною тактикою частоту не лише равової інфекції (з 22,2% до 12,0%), але і абсцесів черевної порожнини (з 15,6% до 8,0%) і післяопераційного перитоніту (з 11,1% до 6,0%), а також попередити летальність, яка складає 2,0% при загальноприйнятих лікувально-прогностичних заходах.

## **ВИСНОВКИ**

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розроблена нами методика оптимізації хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань статевих органів у жінок на тлі внутрішньоматкової контрацепції дозволяє попередити летальність і істотно знизити частоту післяопераційних ускладнень. Це відбувається на тлі адекватної корекції мікробіоценозу статевих шляхів і імунного статусу. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

### **Тактика хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний половых органов на фоне внутриматочной контрацепции В.С. Страховецкий**

Как показали результаты проведенных исследований, разработанная нами методика оптимизации хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний половых органов у женщин на фоне внутриматочной контрацепции позволяет предупредить летальность и существенно снизить частоту послеоперационных осложнений. Это происходит на фоне адекватной коррекции микробиоценоза половых путей и иммунного статуса. Методика является простой, общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** *гнойно-воспалительные заболевания половых органов, внутриматочная контрацепция, хирургическое лечение.*

## Tactics of surgical treatment of pyoinflammatory diseases of genitals at intrauterine contraceptions

V.S. Strahovezkiy

As have shown results of the lead researches, developed us a technique the technique of optimization of surgical treatment of pyoinflammatory diseases of genitals at women on a background intrauterine allows to warn contraceptions death rate and it is essential to lower frequency of postoperative complications. It occurs on a background of adequate correction microbiocenose sexual ways and the immune status. The technique is idle time, popular and wide application in practical public health services can find.

**Key words:** *pyoinflammatory diseases of genitals, intrauterine contraception, surgical treatment.*

### ЛІТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Новиков Е.И., Плехотников И.А. Критерии и возможности выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков у женщин репродуктивного возраста // Журн. акушерства и женских болезней. – 2009. – Вып. 3, Т. XLVIII. – С. 19–21.
2. Богдашкін Н.Г. Клинико-микробиологические особенности гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эксперим. і клінічна медицина. – 1999. – № 2. – С. 146–148.
3. Бойчук А.В. Особливості функціональних порушень гіпофізарно-яєчникової системи у жінок із запальними процесами придатків матки // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 95–98.
4. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Товштейн Л.А. Порівняльний аналіз ефективності ендоскопічної та «відкритої» хірургії в комплексному лікуванні тубооваріальних абсцесів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 2. – С. 100–102.
5. Степанківська Г.К. Гнійно-запальні захворювання в акушерстві та гінекології за сучасних умов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 1. – С. 36–39.

# Ризик ускладнень при поєднаних гінекологічних і хірургічних лапароскопічних операціях

**О.А. Волошин**

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

---

Результати проведених досліджень свідчать, що поєднані хірургічні втручання на органах черевної порожнини і статевих органах одночасно трохи підвищують ризик операції порівняно з аналогічними втручаннями, виконаними в один етап. Ці втручання не призводять до яких-небудь специфічних ускладнень, які могли б бути характерними для операцій даного типу. Для широкого використання поєднаних операцій необхідна потужна матеріально-технічна база клінік, хірурги і гінекологи високої кваліфікації, а також відповідна професійна підготовка медичного персоналу, обслуговуючого хворих в післяопераційний період. В той же час, одним з найбільш невирішених питань даної проблеми є віддалені наслідки перенесених поєднаних хірургічних і гінекологічних операцій, особливо в плані відновлення репродуктивної функції жінок дітородного віку.

*Ключові слова:* гінекологічні і хірургічні операції.

Проблема порушень репродуктивної функції жінок є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології. Це зумовлено поширеністю даної патології, а також недостатньою ефективністю пропонуваного лікувально-профілактичних заходів. Серед основних причин порушень репродуктивної функції велике значення надається підвищенню запальних захворювань матки і придатків, а також новоутворень яєчників, які вимагають ургентного оперативного втручання [1–4]. Проте у ряді випадків спостерігається первинне або вторинне запалення червоподібного відростка, що призводить до проведення поєднаних гінекологічних і хірургічних операцій.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми оперативного лікування новоутворень статевих органів і апендектомії не можна вважати всі питання повністю вирішеними. В першу чергу, це стосується віддалених наслідків перенесених поєднаних гінекологічних і хірургічних операцій. При цьому, основним моментом тут є розробка ефективних реабілітаційних заходів, які б включали лікування основного захворювання і профілактику можливих ускладнень [1–4]. При цьому жінки після поєднаних гінекологічних і хірургічних операцій складають особливу групу ризику, оскільки окрім чисто медичних аспектів, значної ролі набувають і соціальні.

У вітчизняній і зарубіжній літературі відсутні практичні рекомендації по веденню хворих, що перенесли поєднані гінекологічні і хірургічні операції на пост-госпітальному етапі, особливо в плані реабілітації репродуктивної функції.



**Метою** справжнього наукового дослідження є вивчення можливості розвитку ускладнень після поєднаних лапароскопічних гінекологічних і хірургічних операцій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами був проведений аналіз 100 поєднаних гінекологічних і хірургічних операцій.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати проведених досліджень, серед числа поєднаних гінекологічних і хірургічних операцій можна виділити наступні:

- поєднання апендициту і захворювань жіночих статевих органів: розриви, перекрут кіст яєчників, апоплексія яєчника, позаматкова вагітність, гнійно-запальні захворювання придатків – 74,0%;

- поєднання захворювань товстого кишечника (пухлини, дивертикулез, гостра кишкова непрохідна) і кісти яєчника, міома матки – 9,0%;

- поєднання вентральних гриж і кісти яєчників, міоми матки і тубоваріальних утворень – 7,0%;

- поєднання калькульозного холециститу з кістою яєчників, міомою матки і тубоваріальними утвореннями – 7,0%;

- поєднання травм сечовивідних шляхів і інших внутрішніх органів – 3,0%.

Одномоментна хірургічна корекція захворювань органів черевної порожнини і статевих органів багато має більшу перевагу ніж оперативне лікування, оскільки позбавляє пацієнток одночасно від двох або більш захворювань, виключає повторні оперативні втручання і можливі ускладнення, береже психіку хворої, зменшує витрати на лікарські препарати.

За наявності поєднаних захворювань органів черевної порожнини і жіночих статевих органів на підставі нашого клінічного досвіду необхідно виділяти основне і супутнє захворювання. Так, до основного захворювання ми відносимо те, що представляє велику небезпеку для здоров'я і життя пацієнтки, а при рівній загрозі від конкуруючих хірургічних і гінекологічних захворювань – те, яке спонукало хвору звернутися за медичною допомогою в стаціонар. Відповідно, основним втручанням при поєднаній операції ми вважаємо те, яке виконується з приводу основного захворювання.

На підставі клінічного матеріалу нами складена класифікація поєднаних операцій на органах черевної порожнини і жіночої статевої сфери. Поєднані операції розподіляють на екстрені і планові. У свою чергу екстрені операції діляться на 2 групи:

- 1) операції, що виконуються з приводу невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини і статевих органів, що виникли одночасно і не залежні один від одного;

- 2) операції, при яких за екстремими показаннями виконується основна операція, а на додаток до неї усувається хірургічне або гінекологічне захворювання.

Планові операції діляться також на 2 групи:

- 1) операції, основним етапом яких є захворювання органів черевної порожнини, супутнім – захворювання статевих органів;

2) операції, основним етапом яких є захворювання жіночих статевих органів, супутнім – хірургічне захворювання.

Для визначення ступеня ризику ми використовували 4 чинники:

- 1 – об'єм і травматичність операції;
- 2 – особливості хірургічної патології;
- 3 – характер і ступінь супутніх захворювань;
- 4 – вік пацієнтки.

Отримані нами результати свідчать, що до I ступеня ризику відносяться пацієнтки віком до 50 років, яким проводили невеликі за об'ємом операції (апендектомія, резекція яєчника, сальпінгектомія), – 77,0%; до II ступеня – пацієнтки віком до 50 років, яким виконувалися розширені операції (холецистектомія, гістеректомія), – 11,0%; III ступінь – значні за об'ємом операції (гастроектомія, резекція кишечника) – 8,0% і IV ступінь – важкий доопераційний стан, літній і старечий вік – 4,0% пацієнток.

### **ВИСНОВКИ**

Дані наших досліджень показали, що поєднані хірургічні втручання на органах черевної порожнини і статевих органах одночасно трохи підвищують ризик операції порівняно з аналогічними втручаннями, виконаними в один етап. Ці втручання не призводять до яких-небудь специфічних ускладнень, які могли б бути характерними для операцій даного типу. Для широкого використання поєднаних операцій необхідна потужна матеріально-технічна база клінік, хірурги і гінекологи високої кваліфікації, а також відповідна професійна підготовка медичного персоналу, обслуговуючого хворих в післяопераційний період. В той же час, одним з найбільш невирішених питань даної проблеми є віддалені наслідки перенесених поєднаних хірургічних і гінекологічних операцій, особливо в плані відновлення репродуктивної функції жінок дітородного віку.

### **Риск осложнений при сочетанных гинекологических и хирургических лапароскопических операциях**

***В.А. Волошин***

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанные хирургические вмешательства на органах брюшной полости и гениталиях, выполненные из одного хирургического доступа, в целом незначительно повышают риск операции по сравнению с аналогичными вмешательствами, выполненными в один этап. Эти вмешательства не приводят к каким-либо специфическим осложнениям, которые могли бы быть характерными для операций данного типа. Для широкого использования сочетанных операций необходима хорошая материально-техническая база клиник, хирурги и гинекологи высокой квалификации, а также соответствующая профессиональная подготовка медицинского персонала, обслуживающего больных в послеоперационном периоде. Вместе с тем, одним из наиболее нерешенных вопросов данной проблемы являются отдаленные последствия перенесенных сочетанных хирургических и гинекологических операций, особенно в плане восстановления репродуктивной функции женщины детородного возраста.

***Ключевые слова:*** гинекологические и хирургические операции.

## **The risk of complications after laparoscopic complex gynecologic and surgical operations.**

**A.A. Voloshin**

Results of the spent researches testify, that complex surgical interventions on bodies of a belly cavity and the genitals, executed of one surgical access, as a whole slightly raise risk of operation in comparison with the similar interventions executed in one stage. These interventions do not lead to any specific complications which could be characteristic for operations of the given type. The good material base of clinics is necessary for wide use complex operations, surgeons and gynecologists of high qualification, and also corresponding vocational training of the medical personnel serving patients in the postoperative period. At the same time, one of most unresolved questions of the given problem are the remote consequences transferred complex surgical and gynecologic operations, especially in respect of restoration of reproductive function of women of genital age.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н.Новгород, Изд-во НГМА, 2008. – 176 с.
2. Бурлака О.В., Стеблюк В.В., Татарчук Т.Ф. Застосування антибіотиків для профілактики запальних ускладнень після гінекологічних операцій // Вісн. Асоц. акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 2. – С. 33–36.
3. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Товштейн Л.А. Порівняльний аналіз ефективності ендоскопічної та «відкритої» хірургії в комплексному лікуванні тубооваріальних абсцесів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 100–102.
4. Маховский В.З., Аксененко В.А., Мазикина Л.М. Сочетание аппендицита с гинекологическими заболеваниями // Хирургия. – 2007. – № 6. – С. 61–62.

# Профілактика гінекологічної захворюваності дівчаток-підлітків після артифіційних абортів

*Т.В. Лещева, Т.А. Зіненко*

Дніпропетровський медичний інститут асоціації народної медицини  
України

---

Як показали результати проведених досліджень, аборт в юному віці має серйозні медичні і психологічні аспекти, що необхідно враховувати при роботі дитячих і підліткових гінекологів. Комплексне вивчення основних психологічних особливостей диктує необхідність залучення консультанта-психолога для роботи з сексуально активними підлітками. Використання розробленого комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє попередити розвиток інфекційних ускладнень і знизити частоту патології репродуктивної системи у віддалений період.

*Ключові слова:* дівчатка-підлітки, артифіційні аборти, реабілітація.

В даний час продовжують збільшуватися негативні явища в стані репродуктивного здоров'я, обумовлені соціально-економічною і політичною нестабільністю, погіршенням санітарно-гігієнічної і епідеміологічної обстановки, процесами урбанізації і міграції населення. Медико-соціальні аспекти репродуктивного здоров'я підлітків набувають особливої актуальності останніми роками. У підлітковому віці відбувається анатомічне, функціональне становлення репродуктивної системи, завершується фізичний і статевий розвиток. У відповідності з цим, термін «репродуктивне здоров'я підлітків» містить в собі гармонійність і збалансованість статевого, фізичного, психосексуального, психосоціального розвитку, соматичного і психічного здоров'я [1–5]. Особливостями репродуктивного здоров'я сучасних дівчаток-підлітків є: високий рівень генітальної і екстрагенітальної патології, зростання кількості захворювань, що передаються статевим шляхом, ранній початок статевого життя і часта зміна сексуальних партнерів [2–5]. При цьому кількість абортів серед юних жінок зростає з року в рік, що супроводжується високим рівнем ускладнень як в ранній, так і в пізній післяабортний період. Якщо в першому випадку це торкається в основному ускладнень запального характеру, то в другому – психо-соціального.

Все викладене вище свідчить, що вирішення проблеми охорони репродуктивного здоров'я підлітків, зниження кількості абортів та їх ускладнень є актуальною проблемою сучасної медицини.

**Метою** справжнього наукового дослідження є розробка комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів для дівчаток-підлітків після артифіційних абортів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 100 дівчаток-підлітків, яких було розподілено на дві групи: 50 юних жінок, які переривали вагітність (основна група) і 50 сексуально не активних підлітків аналогічного віку –  $16,5 \pm 0,6$  року.

У комплекс пропонуваного лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів були включені антибактеріальні препарати, корекція гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів, а також психотерапевтична дія. Особливе місце в наведеному вище комплексі ми відводили місцевому використанню препарату бетадін, який призначали в предабортний період (2–3 доби), а також після переривання вагітності (перші 2–3 доби). При появі клінічної симптоматики порушення мікробіоценозу статевих шляхів використанню препарату продовжували у віддаленому періоді в першу фазу циклу (курсом 3–5 діб).

У комплекс проведеного обстеження були включені клінічні, лабораторні, мікробіологічні психологічні методи дослідження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як показали результати проведених досліджень, серед обстежених 50 дівчаток-підлітків основної групи навчаються в школі 64,0%, ліцеях і університетах – 24,0%, не працюють 12,0% відповідно. Всі підлітки контрольної групи навчаються в школі (86,0%), ліцеях (12,0%), університетах (2,0%). Ці дані дозволяють зробити висновок, що сексуально активні підлітки мають більше вільного часу, не контролюваного школою і батьками.

На основі проведеного обстеження встановлено, що темпи фізичного розвитку сексуально активних підлітків не випереджають показники ровесників. При аналізі антропометричних досліджень, які включали масо-зростові показники, ширину плечей і форму тазу можна зробити висновок про те, що фізичний розвиток сексуальних активних підлітків до 17-річного віку протікає гармонійніше в порівнянні з підлітками контрольної групи і наближається до показників жінок зрілого репродуктивного віку. Вочевидь, це відбувається за рахунок естрогенного впливу, що забезпечує, у тому числі і високу пошукову сексуальну активність, яка може служити додатковим чинником для раннього початку статевого життя. Гормональний баланс (нормогормонемія) в період пубертату впливає також і на залишкове формування кісток тазу. Отже, час початку статевого життя у цих підлітків якоюсь мірою детермінований.

Обстежені 50 дівчаток-підлітків, що почали статеве життя в  $14,9 \pm 0,5$  року, перервали вагітність, гінекологічний вік яких до моменту абортів склав майже 5 років. Статеві партнери були старші на 3–4 роки і їх середній вік склав  $21,8 \pm 0,8$  року. Основними мотивами для початку статевого життя були «закоханість, кохання» в 56,0% випадках; «інтерес» – в 34,0% і насильство в тому або іншому вигляді – 10,0% відповідно. Генеративна функція була представлена таким чином: першовагітні – 68,0% і повторновагітні – 32,0%.

Результати анонімного анкетування свідчать, що причинами переривання вагітності найчастіше були: негативне відношення до вагітності близьких і родичів; бажання не ускладнювати своє особисте життя; відсутність умов для виховання ди-

тяти і бажання продовжити навчання і роботу. Отже, більшість мотивів мали соціальне забарвлення, навіть при усуненні цих негативних чинників в 40,0% випадків підлітки не погоджувалися на пролонгацію вагітності.

Встановлено, що вагітність була перервана в термін  $8,5 \pm 0,5$  тиж традиційним методом або вакуум-ексхоклеацією. У 30,0% випадків юні жінки мали 2 і більше статевих партнерів, а після переривання вагітності міняли їх знову. Перенесена у зв'язку з абортom фізична й психічна травма залишала глибокий слід в свідомості підлітків і вони всіма можливими способами прагнули стерти з пам'яті ці спогади, відчуття спустошеності і депресія переважали над романтичними стосунками до вагітності.

Крім того, велику увагу приділяли вивченню емоційної сфери юних жінок у зв'язку з перериванням вагітності. Перед абортom жінки відчували різні відчуття: жалість по відношенню до себе – в 40,0%; спустошеність – в 36,0%; байдужість – в 18,0%; самознищення – в 10,0% і «сердечний» біль – в 6,0% спостережень. Настрій пацієнток змінювався відразу після аборту. У першу добу відчуття провини відчували 44,0%; приниженості – 34,0%; полегшення – 20,0% і байдужість – 14,0% відповідно. Заціпеніння, аутизм, крах надій, відчуженість, страх покарання в майбутньому – все це для тих, хто випробував на собі тягар аборту, залишається назавжди в майбутньому житті.

Психоемоційний стан підлітків, що перервали вагітність, характеризується високим рівнем реактивної тривожності, обґрунтованої в тесті Спілберга–Ханіна. Характерологічні особливості сексуально активних підлітків, виявлені в тесті стандартизованого багатофакторного дослідження особи на основі значного збільшення Т-балів на відповідних шкалах, полягає в нестійкій психоемоційній реакції при високій ригідності і мужності характеру, що призводить до неадекватної поведінки, особливо до та після аборту. Характерна для підлітків активно-оборонна позиція і агресивність ерготропним типом реагування змінюється після переривання вагітності – важкої психічної травми з високою емоційною лабільністю, що наводить до депресивних реакцій в рамках адаптаційного синдрому.

Вивчення особливості мікробіоценозу юних жінок до та після переривання вагітності свідчить про достовірне зниження числа лакто- і біфідобактерій, молочних стрептококів на тлі одночасного збільшення кількості штамів стафілококів, появи мікоплазм, хламідій і грибів роду *Candida*. Ці дані свідчать про необхідність корекції мікробіоценозу статевих шляхів як до, так і після переривання вагітності.

Запропонована нами лікувально-профілактична і реабілітаційна методика дозволила попередити розвиток важких інфекційних ускладнень після переривання вагітності. Лише у 2 (4,0%) випадках спостерігали післяабортні ендометрити, при цьому виникла необхідність посилення антибіотикотерапії і додаткового місцевого використання антисептичних засобів. У віддалений період після артифіційних абортів порушення репродуктивної функції розвивалися лише в 10,0%, що набагато нижче за середньо-статистичні дані.

Підтвердженням ефективності запропонованої нами лікувально-профілактичної і реабілітаційної методики є результати додаткових мікробіологічних досліджень.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, аборт в юному віці має серйозні медичні і психологічні аспекти, що необхідно враховувати при роботі дитячих і підліткових гінекологів. Комплексне вивчення основних психологічних особливостей наполягає на необхідності залучення консультанта-психолога для роботи з сексуально активними підлітками. Використання розробленого комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє попередити розвиток інфекційних ускладнень і знизити частоту патологій репродуктивної системи у віддалений період.

### **Профилактика гинекологической заболеваемости девочек-подростков после искусственных абортов** **Т.В. Лещева, Т.А. Зиненко**

Как показали результаты проведенных исследований, аборт в юном возрасте имеет серьезные медицинские и психологические аспекты, что необходимо учитывать при работе детских и подростковых гинекологов. Комплексное изучение основных психологических особенностей диктует необходимость привлечения консультанта-психолога для работы с сексуально активными подростками. Использование разработанного комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет предупредить развитие инфекционных осложнений и снизить частоту патологии репродуктивной системы в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** *девочки-подростки, искусственные аборты, реабилитация.*

### **Preventive maintenance of gynecologic disease of girls – teenagers after artificiale abortions** **T.V. Leshcheva, T.A. Zinenko**

As have shown results of the lead researches, abortion in an early age has serious medical and psychological aspects that it is necessary to take into account at work of children's and teenage gynecologists. Complex studying of the basic psychological features dictates necessity of attraction of the adviser – psychologist for robots with sexually active teenagers. Use of the developed complex of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions allows to warn development of infectious complications and to lower frequency of a pathology of reproductive system in the remote period

**Key words:** *girls - teenagers, artificiale abortions, rehabilitation.*

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вовк І.Б., Крупко-Большова Ю.О., Ромашенко О.В. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 4. – С. 36–38.
2. Волобуев Н.О. Ранняя реабилитация репродуктивной функции у юных женщин после позднего выкидыша // Тихоокеанский Медицинский журнал. – 2000. – № 3. – С. 44–46.
3. Гуркин Ю.А., Соломкина Н.Ю., Кропотин П.Н. Перспективы реабилитации в детской гинекологии // Пути развития современной гинекологии. – М., 2005. – С. 94–98.
4. Старцева Н.В., Приходченко О.В. Эндометриоз у подростков // Пермский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 3–5.
5. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2007. – № 4. – С. 53–55.

# Профилактика перинатальной патологии у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий с использованием коррекции психологического статуса

**Я.И. Винниченко**

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

---

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что к особенностям пограничных психических расстройств, выявляемых у большинства женщин программы ВРТ, следует отнести преобладание в клинической картине тревожно-депрессивной и астеновегетативной симптоматики. Полученные результаты отражают эффективность разработанной программы терапии и реабилитации психопатологических расстройств у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

*Ключевые слова:* психотерапевтическая коррекция, бесплодие.

Бесплодие рассматривается как фактор, значительно влияющий на демографические показатели в стране, представляющий общегосударственную проблему. Разработка методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) вывела проблему лечения бесплодия из тупика традиционных подходов и позволила добиться наступления беременности у значительного числа женщин, которые ранее были обречены на бездетность [3–5].

Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, он не только вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, но и способствует развитию пограничных психических расстройств [1–2]. Сложность диагностики пограничных психических расстройств в практике лечения бесплодия методами ВРТ заключается в клиническом полиморфизме симптоматики, затяжном течении, что диктует необходимость их более детального исследования. Роль факторов риска развития донозологических и нозологических форм пограничных психических расстройств в условиях патоморфоза у женщин, страдающих бесплодием, нуждается в уточнении.

Особое значение в психическом статусе придается аффективной сфере. Бесплодие женщин относится к тем состояниям, которые существенно влияют на психоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса [1, 2, 5]. Дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые, служебные трудности вследствие затрат большого количества времени на посещение лечебных учреждений, финансовые расходы. Ухудшается качество жизни бесплод-



ных женщин, формируется состояние одержимости, доминирования мыслей о несостоятельности в репродуктивной сфере. Состояние тревоги и депрессии определяется на всех этапах лечения бесплодия, идеи самообвинения способствуют усилению депрессивной симптоматики [1–5].

Таким образом, изучению гинекологических аспектов бесплодия посвящено большое количество исследований. Вместе с тем, проблемы возникновения или утяжеления имеющихся пограничных психических расстройств во время лечения методами ВРТ, равно, как и влияние самих методов на психическое состояние женщин освещены явно недостаточно, а имеющиеся зарубежные исследования носят не клинично-психопатологический, а психодинамический характер. Кроме того возможности психотерапевтической коррекции у пациенток этой группы раньше не рассматривались.

**Целью** настоящей работы является изучение психотерапевтической коррекции у женщин с нарушениями репродуктивных функций в программе ВРТ в аспекте профилактики перинатальной патологии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 50 пациенток с пограничными психическими расстройствами, страдающих бесплодием, и проведенных по методикам ВРТ (основная группа). Группу сравнения составили 50 пациенток без нарушений в репродуктивной сфере.

Психическое состояние пациенток определялось наличием психической патологии непсихотического регистра в рамках тревожных, соматоформных, диссоциативных расстройств, расстройств адаптации, проявления которых были выявлены в рамках проведения лечения бесплодия в программе ЭКО (согласно критериям МКБ-10).

Выбор методов исследования соответствовал возможности и задачам проводить клинично-психопатологическое обследование пациенток с целью оценки динамики развития пограничных психических расстройств в процессе лечения бесплодия методами ВРТ. Программа исследования включала: клинично-психопатологический, социологический, и экспериментально-психологический методы. Оценка психического статуса, предполагающая определение наличия и степени выраженности психопатологических синдромов, проводилась в день обращения в отделение вспомогательных технологий в лечении бесплодия.

Социологическое исследование проводили методом активного анкетирования женщин по специально разработанным опросникам, отражавшим длительность бесплодия, социальные, семейные аспекты жизни пациенток, количество попыток ВРТ. Характерологические особенности, акцентуации характера определялись по опроснику К. Леонгарда в модификации Шмишека. Уровень тревожности личностной и ситуационной определялся по тестам Ханина-Спилбергера, уровень депрессии – по опроснику Бека, опросник семейной и социальной адаптации, копинг стратегии – по тесту Лазаруса-Фолькмана.

Всем женщинам проводили комплексное клинично-лабораторное и инструментальное обследование в динамике с использованием методов, включающих общие анализы крови и мочи, биохимическое, гормональное, иммунологическое исследование крови и ультразвуковое сканирование органов малого таза.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют, что основную группу составили женщины как обратившиеся впервые, так и повторно с целью лечения бесплодия методами ВРТ. По данным анамнеза 76% пациенток не имели детей; рожали и на момент осмотра дети были здоровы у 24% пациенток. В группе сравнения у 64% женщины в анамнезе 1–3 родов.

По данным клинико-психопатологического обследования женщины основной группы страдали тревожными, тревожно-депрессивными расстройствами.

Из них паническое расстройство диагностировано у 8% пациенток, генерализованное тревожное расстройство – у 30%, смешанные тревожно-депрессивные расстройства – у 32% пациенток. Второе место по распространенности занимали соматоформные расстройства, диагностированные у 32% пациенток с ведущим болевым синдромом преимущественно в области нижней части живота, от субъективно незначимых, до выраженных алгических феноменов. В рамках соматоформных расстройств были выявлены соматизированные расстройства у 68% пациенток, когда псевдосоматические жалобы выступали на первый план. Ипохондрические расстройства были выявлены у 34% пациенток исследуемой группы. Пациентки рассматривали причину своего бесплодия в заболевании, которое «не могли диагностировать врачи». Диссоциативные (конверсионные) расстройства встречались у 10% пациенток исследуемой группы, которые жаловались на различные неприятные телесные ощущения, имитирующие топографически проекцию матки, маточных труб, яичников и в 68% случаев сопровождающиеся запорами. Расстройства адаптации были выявлены у 8% пациенток.

На основе проведенного факторного анализа и результатов собственного исследования были выделены психологические факторы, способствующие развитию пограничных психических расстройств (ППР), выявлены значимые факторные нагрузки. Полученные данные подтвердили их роль в развитии ППР у женщин с бесплодием и требовали необходимости акцентирования на них внимания во время психотерапии.

В индивидуальном формате из 50 женщин основной группы, проходивших психотерапию, 20 работали в индивидуальном формате, в то время как 30 женщин принимали участие в групповой работе.

Полученные данные свидетельствуют, что выбор метода психотерапии зависел от ведущего психопатологического синдрома и клинической симптоматики. В групповой работе мы применили техники когнитивно-поведенческой психотерапии, эриксоновского гипноза, символдрамы. В индивидуальной терапии лечение проходило с использованием символдраматической методики, нейролингвистического программирования (НЛП), эриксоновского гипноза. Занятия проводились три раза в неделю в течение четырех недель по 1,5 ч. Среднее количество психотерапевтических сеансов составило 10–12.

Результаты оценки терапии включали исследование параметров, отражающих уровень личностной и ситуативной тревожности по Спилбергеру и депрессивный тест Бека. Средние сроки лечения в индивидуальном формате были значительно меньшими в группе с тревожными расстройствами по сравнению с группой с соматоформными расстройствами и составляли  $31,2 \pm 3,1$  против

38,3±2,5 дней, количество сеансов составляло 6,9±0,8 против 7,5±0,8 дней ( $p<0,01$ ). Пациентки с диссоциативными расстройствами лечились 41,9±4,3 дней и количество сеансов составило 11,3±0,9 дней, но их длительность не превышала 45 мин. Оценка «значительного улучшения» психического состояния по данным психологического тестирования была достоверно выше в группе психотерапии, по сравнению с группой, не проходившей психотерапии ( $p<0,02$ ).

Критерии клинической эффективности основывались на биопсихосоциальном подходе с учетом позитивной динамики в соматическом и психическом состоянии, а также социальном функционировании.

У всех пациенток, с которыми проводили психотерапевтическую работу в групповом и индивидуальном формате достоверно отмечали «Значительное улучшение состояния»: С расстройствами адаптации у 84,2% и 94,3% соответственно. У женщин с тревожными расстройствами – в 82,6% и 98,2% случаях, у пациенток с соматоформными расстройствами – 76,6% и 88,3%; у респондентов с диссоциативными расстройствами – в 92,3% и 96,5% случаях соответственно.

В процессе работы была впервые предпринята попытка использования гипнотических техник во время проведения переноса эмбриона (ПЭ) в полость матки.

Перед проведением процедуры ПЭ пациентке в течение 10 мин проводилась терапия с использованием эриксоновского гипноза. Во время проведения переноса эмбриона пациентка находилась в состоянии транса, расслабления. Это позволяло избегать осложнений после введения катетера в полость матки и рефлекторного сокращения стенок матки.

Эффективность применения психотерапии зависела от выбранного метода. Использовалась интегративная модель, которая включала проведение сеансов с использованием нескольких методик. Частота наступления беременности при первой-второй попытке лечения в программе ЭКО в группе женщин, с которыми проводилась психотерапия составляла 41,2%, что достоверно выше, чем в группе, где психотерапия не проводилась ( $p<0,05$ ).

При проведении гипноза на момент переноса эмбриона в полость матки частота наступления беременности составляла 38,4%. Наиболее эффективным методом воздействия являлся метод эриксоновского гипноза во время ПЭ. При этом комплексное воздействие психотерапии в процессе проведения программы ЭКО и гипноза в день переноса эмбриона в полость матки повышало эффективность программы до 48% ( $p<0,05$ ).

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к особенностям пограничных психических расстройств, выявляемых у большинства женщин программы вспомогательных репродуктивных технологий, следует отнести преобладание в клинической картине тревожно-депрессивной и астеновегетативной симптоматики. Полученные результаты отражают эффективность разработанной программы терапии и реабилитации психопатологических расстройств у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

**Preventive maintenance perinatal pathologies at patients after auxiliary reproductive technologies with use of correction of the psychological status****J.I. Vinnichenko**

Results of the spent researches testify, that to features of the boundary mental frustration revealed at the majority of women of program ART, it is necessary to carry prevalence in a clinical picture disturbing-depressive and astenovegetational semiology. The received results reflect efficiency of the developed program of therapy and rehabilitation of psychopathological frustration at patients with barrenness in the program of auxiliary reproductive technologies.

**Key words:** *psychotherapeutic correction, barrenness.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гарданова Ж.Р. Проявления тревожно-депрессивных расстройств у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) // Вестник Оренбургского Государственного Университета. – № 12. – 2006. – С. 171–177.
2. Кулаков В.И., Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф. Тревожно-депрессивные расстройства у женщин в процессе проведения программы экстракорпорального оплодотворения // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – № 3. – 2006. – С. 29–35.
3. Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 19–22.
4. Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 12–15.
5. Сапрыкин В.Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 35–36.

# Результаты исследования генетического профиля в семьях с нарушением репродуктивной функции

**В.В. Грабарь, А.М. Феськов, Е.С. Жилкова**

Центр репродукции человека «САНА-МЕД»

Проведено медико-генетическое консультирование, исследование кариотипа, ядер сперматозоидов на наличие анеуплоидий методом FISH, генов CFTR, AZF-локуса, FMR1, AR у 122 супружеских пар с женским и 64 с мужским бесплодием. Хромосомные нарушения выявлены у 9,8% супружеских пар с женским и у 12,5% с мужским бесплодием, среди пациентов с мужским фактором врожденные пороки развития и генетические нарушения встречались в 2 раза чаще. У пар с нерезультативными программами экстракорпорального оплодотворения выявлено достоверное увеличение частоты «функционально неблагоприятных» генотипов II фазы системы детоксикации и фолатного обмена.

**Ключевые слова:** бесплодие, ВРТ, моногенные заболевания, хромосомная патология, гены системы детоксикации, гены фолатного обмена.

Всемирная организация здравоохранения назвала бесплодие одной из наиболее важных проблем здоровья современного человечества, так как в современном мире нарушениями репродуктивной функции страдает каждая шестая супружеская пара [1, 11]. Количество бесплодных пар постоянно растет не только из-за позднего репродуктивного возраста женщин, но и в связи с ухудшением качества гамет вследствие неблагоприятных средовых факторов и особенностей современного стиля жизни (питание, гиподинамия, бытовая радиация, стрессы) [2, 3, 12].

Со времени рождения первого ребенка с помощью *in vitro* fertilization (IVF) в 1978 г., во всем мире с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) появилось почти 2 млн детей [16, 21]. Так, во Франции 2% всех новорожденных детей рождается в программах ВРТ, в Финляндии – более 4% [12].

Контингент пациентов программ ВРТ достаточно широкий, и в настоящее время он не ограничивается бесплодными парами. Наряду с ними к ВРТ прибегают одинокие женщины, ВИЧ-дискордантные пары, родители, пытающиеся с помощью предгестационной диагностики в программах ВРТ выбрать HLA-соответствующего эмбриона и решить проблему лечения больного сибса путем использования стволовых клеток пуповинной крови [12, 21].

Широкое распространение методов ВРТ делает актуальными вопросы изучения генетического риска для детей, рожденных с помощью этих методов.

В современной литературе имеются данные о повышенном материнском и перинатальном риске при ВРТ-беременности, и если ранее это связывалось только с многоплодием, то в последствии было показано, что и одноплодная ВРТ-беременность ассоциирована с повышенным риском вагинальных кровотечений, предлежания плаценты, преэклампсии.

ламписии, недоношенности, СЗРП, причины которых до конца не выяснены [15]. Что касается увеличения частоты врожденных пороков развития (ВПР) у детей, рожденных с помощью ВРТ, то здесь данные неоднозначные – от отсутствия существенного риска [16], до его 25–40% возрастания [10, 18, 19].

Возможных причин, вызывающих повышение риска ВПР и перинатальных осложнений у ВРТ-детей может быть несколько, и, если исключить многоплодие, то они могут быть отнесены к самой процедуре применения ВРТ (микроманипуляции с гаметам), воздействию на гаметы препаратов для стимуляции овуляции, состоянию здоровья бесплодных родителей.

**Целью** нашей работы явилось изучение генетических особенностей супружеских пар с бесплодием в программах ВРТ.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

На первом этапе нами были обследованы 186 супружеских пар с бесплодием, включенные в программы ВРТ в 2007–2010 г. Все пациенты были разделены на две группы.

Группу 1 составили 122 супружеские пары с женским бесплодием различной этиологии: трубно-перитонеального генеза – у 37 (30,3%); эндокринного – у 49 (40,2%), эндометриоз – у 30 (24,5%); маточный фактор – у 6 (5%). Этим пациентам проводились программы IVF.

Группу 2 составили 64 супружеские пары с мужским фактором бесплодия, этим парам проводились IVF + intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

В группе 1 возраст женщин был 26–45 лет, мужчин – 32–55 лет; в группе 2 соответственно 24–43 и 30–62 года.

В нашем исследовании мы применяли медико-генетическое консультирование (МКГ) всех супружеских пар с применением генеалогического анализа.

Дополнительно к стандартному обследованию для программы IVF были произведены: исследование кариотипа, ядер сперматозоидов методом fluorescence in situ hybridization (FISH), генов cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR), azoospermia factor (AZF)-локуса, fragile X mental retardation 1 (FMR1), androgen receptor (AR).

Цитогенетическое исследование было проведено на препаратах метафазных хромосом, которые получали из лимфоцитов периферической крови, культивируемых в условиях *in vitro*, в соответствии со стандартной методикой [13], хромосомы идентифицировали после дифференцированного окрашивания (С-метод).

Для молекулярно-цитогенетических исследований препараты клеток эякулята готовили по методу, предложенному в 1994 г. Н. Guttenbach [13], гибридизацию *in situ* проводили в соответствии с протоколом, рекомендуемым фирмой-производителем.

Молекулярно-генетические исследования проводились методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) согласно рекомендациям фирм-производителей.

На втором этапе нами сформирована группа А из 35 супружеских пар (из пациентов групп 1 и 2 на первом этапе), которые имели 2 и более неэффективных программ ЭКО, для выявления наследственных предпосылок нарушения имплантации. Возраст женщин и мужчин в этой группе составил соответственно  $28 \pm 0,5$  года и  $35 \pm 0,2$  года. В эту группу отбирали пациентов без очевидных предпосылок неэффективных программ ВРТ – с нормальным кариотипом, отсутствием носительства гена CFTR, микроделций локуса AZF у мужчин, женщин с достаточным овариальным резервом (по данным ультразвукового ис-

следования, исследования фолликулостимулирующего гормона, ингибина, антимюллерового гормона), без внутриматочной патологии (аномалии развития матки, фибромиома матки, аденомиоз).

Контрольную группу В составили 11 супружеских пар, у которых программа ЭКО была успешной в течение 1–2 циклов. По возрастным характеристикам, анамнестическим данным, состоянию соматического и репродуктивного здоровья эти группы были сопоставимы.

У этих пациентов нами дополнительно проводилось исследование полиморфизма генов системы фолатного обмена (MTHFR, MTRR), генов I фазы системы детоксикации цитохрома P 450 (CYP1A1), генов II фазы системы детоксикации глутатионтрансферазы (GSTP, GSTM1, GSTT1).

Статистическую обработку результатов проводили по t-критерию в компьютерной программе STATISTICA, а также по  $\chi^2$  в компьютерной программе STATGRAF. Достоверными считали различия при значениях с вероятностью  $p \leq 0,5$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение семейного анамнеза супружеских пар, находящихся под наблюдением, позволило обнаружить у 55 (45,1%) пациентов (женщин и мужчин) нарушения в репродуктивном анамнезе у родственников I и II степени родства.

В 1 группе 30 (24,6%) пар имели подобные проблемы: у 10 (8,2%) женщин и у 7 (5,7%) мужчин у родственников отмечено бесплодие, у 7 (5,7%) и 5 (4,1%) – невынашивание беременности, у 1 пациентки у двоюродной сестры – синдром Шерешевского–Тернера (45 X0).

В группе 2 у 19 (29,7%) супружеских пар у родственников I и II степени родства выявлен осложненный репродуктивный анамнез: бесплодие в семьях у 2 (3,1%) женщин и у 7 (10,9%) мужчин, невынашивание беременности соответственно у 3 (4,7%) и 5 (7,8%), у 1 пациента родной брат имел полисомию по хромосоме Y (47XY<sup>Y</sup>), у 1 – двоюродный брат страдал муковисцидозом.

При МГК и обследовании на носительство мутаций некоторых генов, в том числе «динамических» мутаций в группе 1 у 2 женщин выявлен синдром Рокитанского–Кюстнера–Хайшера, у 2 – врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН), обусловленная недостаточностью 21-гидроксилазы (мягкая форма), у 2 –  $\geq 40$  CGG-повторов в гене FMR1. В группе 2 у 1 пациентки была мягкая форма ВДКН, обусловленная недостаточностью 21-гидроксилазы.

Во 2-й группе у 2 мужчин выявлен синдром Юнга, у 1 – неполный синдром Картагенера, у 1 – поликистоз почек у 2 – микроделеции AZF-локуса Y-хромосомы, у 2 – мутации гена муковисцидоза CFTR, у 2 –  $\geq 30$  CAG-повторов в гене AR.

Генетические нарушения в 2 раза чаще встречались в группе 2. Отягощенность генетического статуса у бесплодных супругов указывает на важность МГК до начала программ ВРТ. При выявлении генетической патологии пациенты должны быть осведомлены о риске передачи потомству этих нарушений, так как решение о лечении методами ВРТ принимает супружеская пара.

Так, например, наличие динамических мутаций в гене AR-рецептора при количестве CAG-тринуклеотидных повторов более 30 вызывает нечувствительность тканей к андрогенам с развитием азооспермии, а экспансия CAG-тринуклеотидных повторов более 50 в

последующих поколениях может приводить к рождению мальчиков со спинобульбарной мышечной атрофией [4]. Возрастание количества CGG-повторов в гене FMR1 более 44 сопряжено с преждевременным истощением яичников, а их экспансия до 200 приводит к развитию синдрома Мартина-Бела (ломкой X-хромосомы), наиболее распространенной после синдрома Дауна формы умственной отсталости [4, 7].

Уровень хромосомных изменений у пациентов 2-й группы был выше (12,5% по сравнению с 9,8% в 1 группе,  $p < 0,05$ ) за счет хромосомной патологии у мужчин с азооспермией. Наши данные о высоком уровне хромосомных aberrаций у пациентов с бесплодием по сравнению с общепопуляционными подтверждаются результатами исследований других авторов [3, 14, 17].

При анализе данных кариотипа, в группе 1 у женщин обнаружено преобладание хромосомных изменений в комплексе половых хромосом в виде мозаицизма (46XX/45X0 – у 3 (2,5%), 46XX/47XXX – у 3 (2,5%), 46XX/47XXX/45X0 – у 2 (1,6%)). Хромосомные перестройки аутосом были представлены в 1 наблюдении перичентрической инверсией (46XX, inv(2)(p12q14)).

У мужчин группы 1 в одном случае выявлена перичентрическая инверсия (46XY, inv(2)(p12q14)).

Исследование кариотипа у супружеских пар в группе 2 позволило выявить нормальный кариотип у 87,5%, хромосомную патологию – у 12,5% (во всех случаях у мужчин).

Результаты исследования показали, что среди хромосомных изменений у мужчин группы 2 обнаруживались перестройки аутосом, представленные транслокациями и перичентрическими инверсиями (у 1 – 46XY, inv(3)(p21q12); у 1 – 46XY, t(13/14)(q10q10); у 1 – 46XY, t(7/16)(q21q22); у 1 – 46XY, inv(7)(p11q11)), также выявлены кариотипы, соответствующие синдрому полисомии хромосомы Y (у 1 – полная форма 47 XYY и у 1 – мозаичная 47XXY/46XY), мозаичной форме синдрома Клайнфельтера (у 1 – 47XXY/46XY), мозаицизм с присутствием клона клеток с женским кариотипом (у 1 – 46XY/46 XX).

FISH исследование сперматозоидов произведено 85 пациентам групп 1 и 2.

Всего из группы 1 было обследовано 27 мужчин. Средняя частота анеуплоидий в сперматозоидах по хромосомам X и Y у мужчин с нормальным кариотипом составила 0,25%, что сравнимо со значением в популяции фертильных мужчин, с нормальными показателями спермограммы ( $< 0,6\%$ ) [7, 10]. У пациента с инверсией хромосомы в кариотипе – 0,9% анеуплоидий по хромосомам X и Y.

Из группы 2 было обследовано 58 мужчин. Средняя частота анеуплоидий в сперматозоидах по хромосомам X и Y у мужчин с нормальным кариотипом составила 0,49%. У пациента с мозаичной формой полисомии хромосомы Y в кариотипе доля анеуплоидии по хромосомам X и Y в сперматозоидах была 0,8%, при инверсиях 3-й и 7-й хромосом в кариотипе – 1,2%; при Робертсоновской транслокации 13/14 – 1,6%, при транслокации 7/16 – 1,4%.

У пациентов с нормальным кариотипом в обеих группах соотношение сперматозоидов с хромосомой X к сперматозоидам с хромосомой Y было 1:1. Выявленная в сперматозоидах хромосомная патология была представлена нерасхождением хромосом XY, XX, YY.

Таким образом, хромосомные aberrации могут явиться одной из причин, приводящей к бесплодию, и, как следствие, у этих пациентов могут формироваться гаметы с хромосомными aberrациями. Исследование сперматозоидов пациентов с аномалиями в кариотипе методом FISH позволили выявить высокую частоту анеуплоидий гоносом, что подтвер-



ждает существование интерхромосомного эффекта, когда независимо от того, какие хромосомы вовлечены в хромосомные аберрации, в кариотипе в процессе мейоза могут происходить нарушения расхождения любых других хромосом [2, 3, 17, 20]. Таким образом, у пациентов с изменениями в кариотипе могут формироваться гаметы с мутациями *de novo*, использование которых в программах ВРТ может привести к рождению ребенка с генетической патологией.

На втором этапе проведено исследование полиморфизма генов I фазы системы детоксикации, которое не выявило достоверных различий в частоте аллельных вариантов в группах пациентов с эффективными и неэффективными программами ЭКО (0,05).

Исследование полиморфизма генов II фазы системы детоксикации выявило в группе А повышение частоты «функционально ослабленного» генотипа по гену GSTM1 у 51,4% женщин, по гену GSTT1 у 28,6%, по гену GSTP1 у 17,1% по сравнению с группой контроля соответственно 36,4%, 18,2%, 9,1% ( $p < 0,05$ ). У 10 (28,6%) женщин выявлено увеличение частоты сочетанных «неблагоприятных» генотипов по 2 генам системы детоксикации GSTM1 и GSTT1 или GSTM1 и GSTP1, у 4 (11,4%) – по трем генам GSTM1, GSTT1, GSTP1. Таких сочетанных «неблагоприятных» генотипов в группе контроля не было ( $p < 0,05$ ).

У мужчин группы А также достоверно чаще определялись сочетанные «функционально неблагоприятные» генотипы по трем генам GSTM1, GSTT1, GSTP1, ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, проведенное обследование пар с неэффективными программами ЭКО показало повышение частоты «функционально ослабленного» генотипа по генам GSTM1, GSTT1, GSTP1 (генов II фазы системы детоксикации) как у женщин, так и мужчин. Как известно, гены этой системы участвуют во второй фазе детоксикации и катализируют процессы метаболизма различных ксенобиотиков и канцерогенов, поступающих в организм; они играют важную роль в антенатальном развитии и активно влияют на устойчивость зародыша к неблагоприятным экзогенным факторам [6].

При анализе полиморфизма генов фолатного цикла MTHFR и MTRR также выявлены статистически значимые результаты. У женщин группы А отмечено значительное увеличение частоты «функционально ослабленного» генотипа MTHFR T/T по сравнению с пациентками группы контроля (34,3% и 18,2%,  $p < 0,05$ ). При этом у мужчин группы А также достоверно увеличена частота генотипа MTHFR T/T (45,7%) по сравнению с мужчинами контрольной группы (18,2%,  $p < 0,05$ ).

При изучении полиморфизма второго гена фолатного цикла MTRR зарегистрировано повышение частоты «функционально ослабленного» генотипа MTRR G/G у женщин и мужчин группы А по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ).

Кроме того, у 5 (14,3%) женщин группы А отмечено сочетание «функционально неблагоприятных» генотипов: MTHFR T/T и MTRR G/G; у 3 (8,6%) мужчин из пар группы А – MTHFR T/- и MTRR G/G.

Таким образом, у пар с неэффективными программами ЭКО в нашем исследовании достоверно чаще встречались низкофункциональные аллели генов фолатного обмена. В литературе есть данные, что наличие низкофункциональных аллелей генов фолатного обмена вследствие изменения профиля метилирования ДНК в клетке может приводить к нарушению расхождения хромосом в процессе формирования гамет и возникновению анеуплоидии у плода. Данные механизмы описаны для трисомий 21, 18 [2]. Дефицит метильных групп в быстро делящихся клетках эмбриона приводит к повышенному включению

уридилового нуклеотида вместо тимидилового в синтезируемую цепь ДНК. В результате образуется аномально легко фрагментируемая ДНК, синтез ее резко замедляется, что ведет к нарушению клеточного цикла быстро делящихся клеток плода, и, возможно, способствует запуску механизмов апоптоза [9].

При нарушении фолатного обмена, кроме вышеперечисленных механизмов нарушения эмбриогенеза, происходят нарушения некоторых звеньев имплантации. У людей с «функционально ослабленными» генотипами по генам MTHFR и MTRR формируется гипергомоцистемия, что приводит к эндотелиальной дисфункции, сопровождающейся развитием атеросклероза сосудов, десинхронизацией процессов фибринолиза и фибринообразования, вазоконстрикцией, что, вероятно, способствует нарушению nidации плодного яйца, инвазии трофобласта [5, 7].

### **ВЫВОДЫ**

1. Супружеским парам, участвующим в программах ВРТ необходимо проводить МГК и генетическое обследование для выявления хромосомной и моногенной патологии.

2. При выявлении хромосомной патологии у родителей целесообразно применять преимплантационную диагностику для профилактики рождения больного потомства.

3. В программу обследования супружеских пар, имеющих в анамнезе неудачные попытки ЭКО, необходимо включать молекулярно-генетическое обследования для выявления низкофункциональных аллелей генов фолатного обмена и генов II системы детоксикации.

4. Дальнейшие исследования генотипа бесплодных супружеских пар позволит формировать оптимальную тактику ведения этих пациентов.

### **Результати дослідження генетичного профілю в родині з порушенням репродуктивної функції**

***V.V. Grabar, O.M. Feskov, E.S. Zhilkova***

Проведено медико-генетичне консультування, дослідження каріотипу, ядер сперматозоїдів на наявність анеуплоїдії методом FISH, генів CFTR, AZF-локусу, FMR1, AR у 122 подружніх пар з жіночим і 64 з чоловічим безпліддям. Хромосомні порушення виявлені у 9,8% подружніх пар з жіночим і у 12,5% з чоловічим безпліддям, серед пацієнтів з чоловічим чинником вроджені вади розвитку та генетичні порушення зустрічалися в 2 рази частіше. У пар з нерезультативними програмами екстракорпорального запліднення виявлено достовірне збільшення частоти «функціонально несприятливих» генотипів II фази системи детоксикації та фолатного обміну. **Ключові слова:** безпліддя, ДРТ, моногенні хвороби, хромосомна патологія, гени системи детоксикації, гени фолатного обміну.

### **Results of genetic profile investigation in families with reproductive dysfunction**

***V.V. Grabar, A.M. Feskov, E.S. Zhilkova***

A medico-genetic counseling, a study of karyotype, FISH of sperm nuclei, CFTR, AZF-locus, FMR1, AR genes in 122 couples with a female and 64 with male infertility were done. Chromosomal abnormalities were detected in 9,8% of couples with a female and 12,5% with male infertility, in patients with male factor congenital malformations and genetic disorders occurred in 2 times more often. In

couples with ineffective in vitro fertilization program a significant increase in frequency of «functionally unfavorable» genotypes of phase II detoxification system and folate metabolism were revealed.

**Key words:** *infertility, ART, genetic disorders, chromosomal abnormalities, genes of phase II detoxification system, genes of folate metabolism.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян А.С. Биосоциальные аспекты репродукции человека и приоритеты демографической политики // Проблемы репродукции. – 2008. – № 3. – С. 18–23.
2. Баранов В.С., Кузнецова Т.В. Цитогенетика эмбрионального развития человека. – СПб: Издательство Н-Л, 2007. – 640 с.
3. Глинкина Ж.И., Кузьмичев Л.Н., Мамонова В.В. Цитогенетическое обследование супружеских пар, включенных в программы вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 39–42.
4. Горбунова В.Н., Баранов В.С. Введение в молекулярную диагностику и генотерапию наследственных болезней. – СПб.: Спецлитература, 1997. – 286 с.
5. Джанджгава Ж.Г. Неудачи ЭКО и материнская тромбофилия // Проблемы репродукции. – 2005. – № 5. – С. 41–43.
6. Заставна Д.В., Терпиляк О.І, Гулеюк Н.Л. Вивчення генетичних аспектів репродуктивних порушень у людини // Вісник Українського товариства генетиків та селекціонерів. – 2008. – № 6 (2). – С. 201–208.
7. Калашникова Е.А. Ассоциация наследственных факторов тромбофилии с невынашиванием беременности у женщин в русской популяции // Медицинская генетика. – 2005. – № 8. – С. 386–391.
8. Лившиц А.Б., Лившиц Л.А., Кравченко С.А. Генетические аспекты преждевременного истощения яичников // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – № 1. – С. 24–28.
9. Фетисова И.Н., Добролюбов А.С., Липин М.А., Поляков А.В. Полиморфизм генов фолатного обмена и болезни человека // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – № X (1). – С. 189–195.
10. Botto L.D. 5,10-Methylenetetrahydrofolate reductase gene variants and congenital anomalies: a HuGE review // Am. J. Epidemiol. – 2000. – Vol. 151. – P. 862–877.
11. Claustres M. Molecular pathology of CFTR locus in male infertility // Reproductive BioMedicine Online. – 2005. – Vol. 10 (5). – P. 14–41.
12. Cohen J. Infertile couples, assisted reproduction and increased risks to the children // Reproductive BioMedicine Online. – 2007. – Vol. 15 (2). – P. 245–246.
13. Czepulkowski B. Analyzing chromosomes. – London: Bios Scientific Publishers Limited, 2001. – 205 p.
14. Egozcue S., Blanco J., Vendrell J. Human male infertility: chromosome anomalies, meiotic disorders, abnormal spermatozoa and recurrent abortion // Human Reproduction Update. – 2000. – № 6 (1). – P. 93–105.
15. El-Chaar D., Yang Q., Gao J., Bottomley J., Leader A. Risk of birth defects increased in pregnancies conceived by assisted human reproduction // Fertility and sterility. – 2008. – Vol. 92 (5). – P. 1557–1561.
16. Hansen M., Bower C., Milne E., de Klerk N., Kurinczuk J. Assisted reproductive technologies and risk of birth defect – a systematic review // Human Reproduction. – 2005. – Vol. 20 (8). – P. 328–338.
17. Linden M.G., Bender B.G., Robinson A. Genetic Counseling for Sex Chromosome Abnormalities // American Journal of Medical Genetics. – 2002. – Vol. 110. – P. 3–10.
18. Manipalviratn S., DeCherry A., Segars J. Imprinting disorders and assisted reproductive technology // Fertility and sterility. – 2009. – Vol. 19 (2). – P. 305–315.
19. Reefhuis J., Honein M.A., Schieve L.A., Correa A., Hobbs C.A., Rasmussen S.A. Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States // Human reproduction. – 2009. – Vol. 24 (2). – P. 360–366.
20. Silber S.G., Repping S. Transmission of male infertility to future generations lessons from Y-chromosome // Human Reproduction Update. – 2002. – Vol. 8 (3). – P. 217–229.
21. Textbook of assisted reproductive techniques. Laboratory and clinical perspectives / edited by D.K. Gardner, A. Weissman, C.M. Howles, Z. Shoham. – [second edition.]. – London and New York.: Taylor&Francis Group, 2004. – 984 p.

# Оптимізація противірусної терапії в комплексному лікуванні хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією

О.О. Єгоров

Дорожня клінічна лікарня станції Харків

---

Особливе місце в структурі патології шийки матки займають передпухлинні захворювання шийки матки. Метою дослідження було вивчення ефективності комплексного лікування передпухлинних захворювань шийки матки. Обґрунтована важливість розробки послідовної лікарської тактики в діагностиці і лікуванні цервікальної інтраепітеліальної неоплазії.

*Ключові слова: передпухлинні захворювання шийки матки, противірусне лікування, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія.*

У зниженні захворюваності і смертності від раку шийки матки (РШМ) провідне значення має рання діагностика і раціональне лікування хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією і преінвазивним РШМ. При виборі методу лікування у молодих жінок важливо не тільки забезпечити надійне одужання, попередити пролонгацію хвороби і розвиток її рецидивів, але і по можливості зберегти репродуктивну функцію. Дослідженнями останніх років встановлена вірусна етіологія РШМ, тому і традиційні схеми лікування все частіше включають препарати, які надають противірусну і імуномодуючу дію. Не викликає сумніву роль вірусів папіломи людини (ВПЛ) в індукції пухлинного зростання і виникненні РШМ. У біоптатах при РШМ в 95–100% випадків виявляють ДНК вірусів папіломи. Частота рецидивів цервікальної інтраепітеліальної неоплазії і преінвазивного РШМ після деструктивних методів лікування достатньо висока і досягає 30–40%. Причина цього явища в тому, що етіопатогенетичний чинник, тобто вірусна інфекція, залишається.

**Метою роботи** було обґрунтування застосування і визначення клінічної ефективності імуномодулятора Панавір в комбінованій терапії цервікальної інтраепітеліальної неоплазії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено лікування 120 хворих у віці від 18 до 45 років (середній вік 28,1 року). Пацієнтки були розділені на 3 групи залежно від діагнозу, який встановлювали на підставі цитологічного і/або гістологічного досліджень. До I групи увійшли 40 жінок з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією I ступеня, в II – 40 пацієнток з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією II ступеня і III групу склали 40 жінок з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією III ступеня.

Курс противірусної і імунomodуючої терапії проводили препаратом Панавір.

Панавір являється очищеним екстрактом із паростків *Solanum tuberosum* (картоплі європейської або чилійської). Діючою речовиною препарату є високомолекулярний полісахарид класу гексозних глікозидів, що складається із ксилози, рамінози, арабінози, глюкози, галактози, занози, а також уронових кислот. Характерними особливостями спектру противірусної активності Панавіра є інгібування синтезу вірусних білків і підвищення життєздатності клітин у присутності вірусів в культурі клітин, зниження титрів вірусів в культурі клітин і в експерименті на тваринах, збільшення латентного періоду розвитку експериментальної інфекції *in vitro* і *in vivo*, митогенна активність в реакції бласттрансформації лімфоцитів, здатність індукувати лейкоцитарний IgG і а у здорвих добровольців.

Препарат Панавір (0,004% розчину 5 мл) застосовується парентерально (внутрішньовенно струменево) 1 раз на день через 48 год 3 введення в перший тиждень лікування, потім 2 введення через 72 год в другий тиждень терапії (всього на курс протягом 2 тиж 5 введень препарату). Препарат застосовувався жінкам I–III груп у поєднанні з деструктивними методами (кріодеструкція, лазерна деструкція, електрокоагуляція), які проводилися на 5–6-ту добу від початку противірусної терапії. Крім того, застосовували гель Панавір інлайт, який наносили на місця деструкції 2 рази на добу до повного загоєння.

До контрольної групи увійшли 40 жінок, яким застосовували лише деструктивні методи лікування.

Всім хворим до лікування, відразу після закінчення лікування і через 3 міс проводили наступні дослідження:

1. Опит хворого (скарги, анамнез).
2. Огляд пацієнта і фізикальні дослідження (вагінальне дослідження в дзеркалах, кольпоскопія).
3. Дослідження матеріалу з осередків ураження за допомогою полімеразної ланцюгової реакції для виявлення і типування вірусу папіломи людини.
4. Дослідження матеріалу з осередків ураження, забарвленого метиленовим синім по Граму, для оцінки кількості лейкоцитів і мікробної флори.
5. Дослідження матеріалу з осередків ураження за допомогою реакції прямої імунофлуоресценції для ідентифікації супутньої мікробної флори.
6. Дослідження параметрів загального аналізу крові і сечі.
7. Дослідження параметрів біохімічного аналізу крові.
8. Дослідження параметрів імунного статусу: Т-лімфоцити CD3+, Т-хелпери/індуктори CD3+4+, цитолітичні Т-лімфоцити і Т-супресори CD3+8+, імунорегуляторний коефіцієнт CD4+/CD8+, В-лімфоцити CD19+, NK-клітини CD3-16/56+, активовані NK-клітини (експресуючі HLA-DR-молекули), NK-клітини з фенотипом CD3-16+56-, NK-клітини з фенотипом CD3-16+56+, NK-клітини з фенотипом CD3-16+56+, підклас цитолітичних Т-лімфоцитів CD3+(16/56)+, активовані Т-лімфоцити CD3+HLA-DR+, CD4+25+Т-лімфоцити, експресуючі рецептори до IL2, CD4+ Т-лімфоцити, експресуючі HLA-DR-молекули, CD8+ Т-лімфоцити, експресуючі HLA-DR-молекули, незрілі Т-лімфоцити CD3+4+8+, незрілі Т-лімфоцити CD3+4-8-, цитолітичні CD8+

лімфоцити, які містять перфорин, НК-клітини, які містять перфорин, середній вміст перфоруину в НК-клітині, CD4+лімфоцити, які містять перфорин, CD4+CD45RA+RO+ активовані Т-хелпери, CD8+CD45RA+RO+ активовані CD8+ лімфоцити, спонтанна проліферація лімфоцитів, спонтанна хемілюмінесценція фагоцитуюча здатність нейтрофілів, фагоцитарний індекс, IgG, IgA, IgM.

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

У всіх хворих контрольної групи терапія включала використання різноманітних деструктивних методів: лазерна деструкція у 10 (25%), електрокоагуляція – у 15 (37,3%), криотерапія – у 5 (12,5%) хворих. Два різних способи використовували для лікування у 10 (25%) хворих. У кожного третього хворого спостерігався рецидив захворювання. Рецидив захворювання у більшості хворих проходив в межах 3 міс після видалення.

При вірусологічному дослідженні пацієнок контрольної групи на ВПЛ у 25 хворих (62,5%) виявили наявність онкогенних типів вірусів високого ризику (16/18, 31/33), у 15 (37,5%) хворих наявність типів ВПЛ низького ризику (6, 11, 12).

Імунний статус хворих контрольної групи характеризувався зниженням відсоткового вмісту CD4+ Т-хелперів у 40% хворих, фагоцитарного індексу у 63% хворих, збільшення кількості НК-клітин у 59% хворих, відсотка активованих HLA DR+ НК-клітин у 68% хворих, кількості цитолітичних НК-клітин з перфорином у 60% хворих, відсотка CD16+56- НК-клітин у 58% хворих, активованих CD4+25+ і CD45RA+RO+ Т-хелперів у 90% і 52% хворих відповідно, CD8+25+ Т-лімфоцитів у 73% хворих, кількість моноцитів у 57%, спонтанної хемолумінесценції у 62% хворих, проліферації Т-лімфоцитів у 67% хворих, вмісту IgG у 56% хворих. Виявлені відхилення в імунному статусі вказують на необхідність проведення імуноотропного лікування у хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією.

В процесі комбінованого лікування у жінок I–III груп було необхідно лише разове використання якого-небудь із перерахованих деструктивних методів в залежності від ступеня тяжкості цервікальної інтраепітеліальної неоплазії. В результаті такого методу лікування процес епітелізації значно прискорювався. Повна епітелізація через 4 тиж від початку терапії наступала у 96 пацієнок.

Переносимість препарату оцінили як відмінну (відсутність побічних ефектів) – 111 пацієнтів (92,5%), хорошу (трохи виражена загальна слабкість) після першого введення препарату – 6 (5,0%). У 3-х випадках пацієнти відзначали виражену слабкість і запаморочення після 1-го парентерального введення Панавіру, які, проте, не зажадали відміни препарату; подальші ін'єкції пацієнти переносили добре. Алергічних реакцій не було виявлено ні у одного пацієнта. При загальноклінічних дослідженнях у всіх пацієнтів до і після застосування не було виявлено достовірних змін в загальному аналізі крові і в загальному аналізі сечі, що дозволяє судити про безпеку застосування протівірусного препарату Панавір. Під кінець контрольного періоду спостереження у 118 хворих I–III груп спостерігали відсутність рецидиву захворювання і загальна клінічна ефективність лікування склала 98,3%.

Оскільки ДНК-дослідження на ВПЛ виконувалося напівкількісним методом, це дозволило спостерігати в динаміці процес ерадикації ВПЛ із вогнищ ураження, відразу після лікування у 2 рази скоротилася кількість хворих з позитивним результатом ДНК-дослідження, як для вірусів високого ризику онкогенності, так і для низького ризику. Ця позитивна динаміка продовжилася і в подальшому. Під кінець періоду спостереження ВПЛ високого та низького ризику не знаходили.

Отримані результати показують виражений вплив Панавіра на противірусний імунітет, який приводить не тільки до припинення рецидивів, а і зникнення вірусів із вогнищ ураження.

Імунний статус хворих I–III груп характеризувався наступними статистично достовірними змінами: підвищенням кількості моноцитів, помірним нейтрофільним лейкоцитозом зі зрушенням вліво, збільшенням кількості НК-клітин в основному за рахунок CD16+56+, збільшенням кількості цитолітичних НК-клітин з перфорином. При аналізі імунного статусу хворих III групи, у яких відмічалася уповільнене видужання після лікування, виявили статистично достовірне зниження фагоцитарного індексу, збільшення числа CD56- НК-клітин, активацію CD45RA+RO+ Т-хелперів, активацію CD8+25+ Т-клітин.

Дані спостереження показують важливість стану ланки НК-клітин, співвідношення різних субпопуляцій лімфоцитів цієї ланки імунної системи, їх функціональної активності. Враховуючи виявлені зміни, можна припустити, що у хворих I–II груп Панавір відразу усуває дисфункцію імунітету і припиняє рецидування. Пацієнтам III групи потрібно додатковий час після імунотерапії для відновлення функції імунної системи. Хороший клінічний результат, який досягається у хворих III групи, не дивлячись на уповільнене выздоровлення, показує, що в результаті з допомогою Панавіра вдається подолати цю дисфункцію імунітету.

У 75 пацієнтів I–III груп в матеріалі із уrogenітального тракту виявили присутність вірусу простого герпеса. При контрольних дослідженнях після закінчення імунотерапії ознак наявності вірусу простого герпеса в уrogenітальному матеріалі не виявили. Дане дослідження вказує на широту противірусної дії Панавіра.

## ВИСНОВКИ

1. Застосування противірусного препарату Панавір сприяє ліквідації вірусної інфекції у хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією.

2. Противірусний і імуномодулюючий препарат Панавір є ефективним засобом для лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії, що виникла на фоні інфекції, що викликані вірусом папіломи високого онкогенного ризику.

3. Всі хірургічні методи лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії повинні поєднуватися з етіопатогенетичною терапією. При спостереженні за жінками, що перенесли хірургічне лікування з приводу диспластичних процесів, доцільно проводити обстеження на наявність ВПЛ і при персистенції вірусу проводити противірусне лікування.

4. Папіломавірусна інфекція у хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією III ступеня потребує більш детального противірусного лікування після усічення зміненої ділянки шийки матки і подальшого динамічного диспансерного нагляду.

**Оптимизация противовирусной терапии в комплексном лечении  
больных с цервикальной интраэпителиальной неоплазией**  
**А.А. Егоров**

Особое место в структуре патологии шейки матки занимают предопухолевые заболевания шейки матки. Целью исследования было изучение эффективности комплексного лечения предопухолевых заболеваний шейки матки. Обоснована важность разработки последовательной лечебной тактики в диагностике и лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

**Ключевые слова:** *предопухолевые заболевания шейки матки, противовирусное лечение, цервикальная интраэпителиальная неоплазия.*

**Optimization antiviral treatment in multimodality therapy in patient with  
cervical intraepithelial neoplasia**  
**A.A. Egorov**

Borderline cancer of the uterine cervix occupies a special place in the structure of pathology of the uterine cervix. The work was aimed at the study of the efficacy of the complex therapy of borderline cancer of the uterine cervix. The importance of medical tactic in diagnostic and treatment of cervical intraepithelial neoplasia is explained.

**Key words:** *borderline cancer of the uterine cervix, antiviral treatment, cervical intraepithelial neoplasia.*

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Санкт-П: Медицина, 2002. – 464 с.
2. Василевская Л.Н. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. – М: Медицина, 2007. – 160 с.
3. Новикова Е.Г. Заболевания шейки матки. – М., 2008. – 65 с.
4. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Клинические лекции. – М., 2006. – 430 с.
5. Русакевич П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. – Минск, 2004. – 92 с.
6. Alani R.M., Munger K. Human papillomaviruses and associated malignancies // J. Clin. Oncol. – 2008. – V. 16, № 1. – P. 330–337.
7. Schlecht NF., Kulaga S., Robitaille J. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia // JAMA 2009; 286: 3106–14.



# Впровадження системи охорони репродуктивного здоров'я в умовах мегаполісу східної України

*Ю.В. Сороколат, О.Л. Черняк, М.А. Голубова*

Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради  
Харківська медична академія післядипломної освіти

Системний підхід – невід'ємна умова і гарантія ефективної охорони репродуктивного здоров'я. Вінцем цієї системи має стати реалізація в замкнутому контурі низки взаємообумовлених взаємозв'язаних явищ і процесів: здорова нація – здорові батьки – здорові діти – здорова молодь – здорові майбутні батьки – здорове майбутнє покоління.

Стан системи охорони репродуктивного здоров'я в м. Харкові зазнає впливу конвергенції основних рис мегаполісу, як високо урбанізованої форми міського розселення, і характерних проблем сучасного сходу України. Це обумовлює доцільність відпрацювання особливих власних рецептів розвитку, які враховували б регіональні потреби і одночасно відповідали нинішній концепції реформування медичної галузі.

В умовах недосконалої законодавчої та нормативної бази, загального технологічного відставання від світових медичних стандартів обмін регіональним досвідом має сприяти усуненню розбалансованості наявної моделі системи охорони здоров'я. Відмова від абсолютної стандартизації на засадах раніше запроваджених схем роботи сьогодні вкрай потрібна в регіонах, не охоплених так званими пілотними проектами. Зокрема, це стосується м. Харкова. Особливістю урбанізованих регіонів України, подібних Харківському, є можливість запровадження інноваційних форм роботи, як консолідованої ініціативи медичної науки, освіти, установ охорони здоров'я комунальної власності, громадських організацій і рухів. За таких умов, напрацювання власних підходів, як своєчасної реакції на потребу сьогодення в сфері репродуктивного здоров'я, є актуальним, адже акумуляція регіонального досвіду має стати платформою обґрунтування диференційованого підходу до реформування медичної галузі в загальнонаціональному масштабі в найближчій перспективі. В даному повідомленні нами наведено стислий нарис щодо впливу організаційно-управлінської ланки на досягнення харківської перинатальної медицини.

Слід зазначити, що охорона репродуктивного здоров'я харків'ян є предметом особливої уваги міської влади, яка проголосила метою соціальної політики підвищення в широкому сенсі якості життя людини.

Жіноче населення м. Харкова нинішнім часом налічує 782,6 тисяч, що складає 52% від жителів міста, серед них контингенти, що беруть участь в репродуктивному процесі (так званий фертильний вік) об'єднують 416,4 тис. осіб.

Основними для м. Харкова й універсальними в масштабі країни проблемами, що гальмують прогрес рододопомоги і неонатальної служби, нам уявляються, по-перше, низький рівень здоров'я громадян на фоні несформованого запиту на особисте здо-

ров'я й відсутності культури здоров'я як такої; по-друге, занадто ускладнені механізми управління соціальною сферою взагалі, й медичною галуззю, зокрема (через бюджетні контраверсії тощо), що обмежує ефективність реалізації намірів оптимізації мережі й структури медичних установ; по-третє, недосконалість розвитку кадрових ресурсів і медичної техніки. На цьому фоні бажані й очікувані тенденції демографічної ситуації – збільшення народжуваності – стимулюватимуть в найближчому майбутньому зростання попиту на послуги з охорони материнства та дитинства, підвищення потреби в медичних кадрах, в сучасних об'єктах охорони здоров'я, які відповідали б міжнародним стандартам. Отже, розвиток перинатальної складової системи охорони репродуктивного здоров'я є надзвичайно актуальним в сучасному українському мегаполісі, як з професійного медичного, так і організаційно-управлінського боку.

Ключового значення в розробці оптимальної регіональної системи охорони репродуктивного здоров'я набуває максимальне зближення задекларованої «доступності якісної медичної послуги/допомоги» і реальної «якості доступної медичної послуги/допомоги».

Доволі проблемним питанням, що пов'язане із зазначеним вище, є контроль якості, оскільки абсолютним індикатором якості медичної послуги/допомоги не має вважатися лише результат наданої допомоги (позитивний або негативний) чи навіть динаміка клінічних показників (покращення або погіршення), які в свою чергу залежать не тільки від медичних, а й біологічних, генетичних, соціальних, екологічних, економічних і багатьох інших факторів. Контроль якості перинатальної допомоги – це подвоєна проблема, адже в параметрах здоров'я внутрішньоутробної і новонародженої дитини збігаються джерела від двох осіб (батьківської пари).

Відсутність в національному масштабі уніфікованих підходів до оцінки якості, зокрема, перинатальної допомоги і причин перинатальної смертності, обумовила необхідність максимального залучення інтелектуального потенціалу Харківської медичної академії післядипломної освіти, Харківського національного медичного університету до систематичної експертної роботи в форматі постійно діючої клініко-експертної ради при департаменті охорони здоров'я. Завдяки цьому останнім часом порівняльний аналіз перинатальних втрат проводиться з позицій відворотності на методичній основі Скандинавсько-Балтійської класифікації, що дозволяє не уперечно за кожним випадком рекомендувати заходи для покращення якості перинатальної допомоги. Узагальнення наданих висновків на рівні управління сприяє обґрунтуванню оптимальної моделі (системи) перинатальної допомоги з урахуванням реальних можливостей існуючої мережі багатопрофільних і спеціалізованих лікарень, поліклінік, жіночих консультацій, акушерських стаціонарів другого і третього рівнів, клінічних установ, що функціонують в місті.

Подібні підходи започатковано при аналізі інших показників репродуктивного здоров'я серед міського населення – материнської смертності, невиношування вагітності, абортів, а також ефективності контрацепції, подолання безпліддя.

Діяльність закладів охорони здоров'я комунальної форми власності м. Харкова поєднано сьогодні в систему, яка забезпечує виконання завдань, означених в діючих на Україні нормативно-правових документах:

- забезпечення доступності й своєчасності надання акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги на амбулаторно-поліклінічному й стаціонарному рівнях;

- підвищення рівня організації та якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги;
- розвиток і вдосконалення висококваліфікованої медичної допомоги жінкам і новонародженим;
- впровадження комплексу заходів щодо запобігання материнської смертності, мертвонароджуваності, неонатальної летальності;
- покращення здоров'я жінок репродуктивного віку;
- впровадження сучасних медичних технологій щодо надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим, розвиток сучасних репродуктивних практик;
- здійснення заходів щодо забезпечення ефективною реанімаційною допомогою, лікування й догляду на новонародженими;
- вдосконалення медичної допомоги щодо профілактики не виношування вагітності, попередження онкологічних захворювань у жіночого населення.

Робота за цими напрямками сприяла ефективній реалізації в м. Харкові державних програм і проектів: «Репродуктивне здоров'я нації до 2015 року», «Підтримка грудного вигодовування», «Разом до здоров'я», «Здоров'я матері та дитини», «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства».

На сьогодні в м. Харкові вибудовано стратегію єдиного медичного простору, що, стосовно акушерсько-гінекологічної і перинатальної допомоги, є гарантією можливості максимально повного задоволення запиту на вирішення проблем в сфері репродуктивного здоров'я. В єдиному медичному просторі м. Харкова функціонують установи, підпорядковані:

- департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради;
- головному управлінню охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації;
- Міністерству охорони здоров'я України;
- медичній службі Південної залізниці.

Мережа установ комунальної власності м. Харкова, в яких надається допомога жінкам і новонародженим, включає шість пологових будинків (в усіх є статус клінічних баз Харківської медичної академії післядипломної освіти або Харківського національного медичного університету, і кожний має свій пріоритетний профіль акушерської і перинатальної патології), три гінекологічних відділення у складі багатопрофільних лікарень, 19 жіночих консультацій, 10 дитячих поліклінік і 4 дитячих стаціонари.

Як оптимальний за своєю ефективністю підхід утримання вище зазначеної мережі установ, в останнє десятиріччя практикується програмно-цільове фінансування із міського бюджету. Зокрема, саме в межах цільових міських комплексних програм для пацієнтів пологових будинків вже протягом років централізовано закуповуються високоякісні медикаменти (Трактоцил, Ново-Севен, Куросурф, Тіенам, Меронем тощо), що є гарантією доступності високоякісної екстреної медичної допомоги. В бюджеті міста на 2011 р. для цього заплановано освоїти 1 млн 280 тис. грн.

Поряд з розповсюдженими в країні практиками, поійменованими «Центрами планування сім'ї», «Школами відповідального батьківства» тощо, з 2010 року ре-

алізується міський проект «Школа репродуктивного здоров'я». В межах цього проекту працівниками жіночих консультацій (лікарями, психологами, акушерками), в тандемі з громадськими організаціями в центр уваги поставлені основи формування репродуктивного здоров'я – підвищення інформованості населення (починаючи від батьків, які відвідують дитячі поліклініки, виховують малеч), навчання гігієнічної обізнаності, профілактика факторів, що призводять підлітків до «ризикованої поведінки», виховання настанови на ефективну контрацепцію, на прекоцепційне консультування і прегравідарний супровід.

Об'єктом особливої гордості є, без перебільшення, унікальна медична установа – Харківський міський клінічний пологовий будинок з неонатологічним стаціонаром (ХМКПБ з НС). Концентрація в ньому найсучаснішого лабораторного, діагностичного обладнання, оснащення реанімаційних неонатальних ліжок на рівні міжнародних стандартів, запровадження передових технологій виходжування і лікування глибоко недоношених і хворих новонароджених дозволяють вважати, що цей заклад належить до III рівня надання перинатальної допомоги і абсолютно відповідає категорії перинатального центру. Варто уваги, що даний лікувальний заклад стабільно функціонує вже протягом 15 років, тоді як формування мережі перинатальних центрів в кожній області України було визначено пріоритетним завданням медичної галузі лише в 2011 р. Саме в цьому – функціонуванні міського перинатального центру – полягає важлива регіональна особливість, досить виправдана і реалізована на практиці. Збереження в умовах сьогодення існуючого статусу цієї міської установи і затвердження в найближчому майбутньому в якості міського перинатального центру є сміливим нестандартним, але цілком адекватним рішенням Харківської міської ради. Доцільність підтримки міського перинатального центру обґрунтовується інфраструктурою області, з одного боку, а з іншого, міста-мегаполісу, в якому фокусуються найбільш складні репродуктивні проблеми, що, на фоні вищої питомої ваги осіб дітородного віку, не дозволяє розраховувати на вирішення усіх питань перинатального здоров'я міських жительок в умовах тільки одного для регіону закладу III рівня обласного підпорядкування (який розгортається нинішнім часом на базі існуючого пологового будинку).

Сьогодні ХМКПБ з НС – це потужна установа на 270 акушерсько-гінекологічних ліжок, що здійснює більш 4 тис. пологів на рік, з яких 10% – передчасних, з неонатальним стаціонаром і регіональним відділенням інтенсивної терапії новонароджених, в якому за рік перебувають на лікуванні понад 500 дітей. Виключно за рахунок міського бюджету для оснащення відділення неонатальної реанімації і забезпечення її роботи в останні роки придбано 20 найсучасніших апаратів штучної вентиляції легенів, в тому числі, 2 для високочастотної осциляції, 4 – для неінвазивної вентиляції, 1040 одиниць іншого медичного обладнання (відкриті реанімаційні системи, інкубатори, монітори тощо), компресорну станцію для безпечного подання повітряно-кисневої суміші.

З 2008 р. в ХМКПБ з НС функціонує Міський Центр діагностики і лікування ретинопатій у недоношених новонароджених, оснащений сучасним офтальмологічним лазером IQ810 Iridex (США). За 2009–2010 рр. діагностовано 238 випадків ретинопатії, із них в 81 спостереженнях при III стадії захворювання проведено оперативне лікування.

В 2009 р. впроваджено хірургічне лікування оклюзії артеріальної протоки у глибоко недоношених новонароджених (на теперішній час 22 випадки). З 2009 р. розпочато сурдодіагностику новонароджених шляхом застосування отоакустичної емісії апаратом OtoRead.

На базі ХМКПБ з НС співробітниками центру дитячої нейрохірургії проведено 11 операцій субгалеостомії глибоко недоношеним дітям з постгеморагічною гідроцефалією.

Комплексна програма оснащення ХМКПБ з НС дозволила в 2010 р. придбати винятково інноваційний електрохеміломінісцентний аналізатор COBAS e-411 (Roche-Hitachi, Японія), що, поряд з іншими високо значимими діагностичними тестами, дозволяє вперше в Україні проводити визначення прокальцитоніна для однозначного визначення природи інфекційного збудника і вибору лікувальної тактики при запальних процесах у жінок і новонароджених дітей.

Два роки тому наказом по управлінню охорони здоров'я Харківської міської ради на базі клінічного пологового будинку № 6 створено міський центр консультативно-діагностичної і лікувальної допомоги «Медицина плода». В ньому станом на 2011 рік представлені такі складові:

- пренатальна діагностика і генетичне консультування;
- пре- і перинатальна психологія;
- внутрішньоматкові втручання із застосуванням мінімально інвазивних технологій фетальної хірургії.

Розвиток повноцінної медицини плода був би неможливим без адекватної реакції міської влади на запит суспільства, сутністю якого є в широкому сенсі покращення якості покоління, що народжуватиметься. Безпрецедентною подією стало придбання за кошти міського бюджету і установка у 2011 р. обладнання для фетоскопії і мінімально інвазивної хірургії, що відкриває горизонт доступності даного виду медичної допомоги при певних «недоліках» внутрішньоутробної дитини. В розвитку медицини плода, на наше переконання, закладено перспективу переорієнтації служби пологодопомоги від пріоритету неонатальних реанімаційних і реабілітаційних технологій на перевагу превентивної перинатології, призначеннями якої є підвищення потенціалу життєздатності дитини до її народження.

Як в сфері малоінвазивних втручань, так і психотерапевтичних практик щодо внутрішньоутробної дитини фахівці центру «Медицина плода» налагодили кооперацію з закордонними колегами із Ізраїлю, Росії, Німеччини, Сербії, Білорусі, що дозволило не тільки пройти навчання, а й вийти на рівень спільних науково-практичних проектів.

Перспективи розвитку охорони перинатального здоров'я в м. Харкові за нинішніх умов ефективної взаємодії медичних спеціалістів, науки і освіти з міською владою – вселяють надію на подолання демографічних ризиків в регіоні. Але успіх визначатиметься не тільки сумами інвестицій в розвиток матеріальної бази медичних установ, а передусім зростанням професіоналізму кадрів, якості акушерської і перинатальної допомоги, спільними зусиллями на шляхах оптимізації системи охорони здоров'я.

---

---

Тезисы докладов  
4 международного  
симпозиума

**«Перинатальная медицина –  
безопасное материнство»**

2-3 июня 2011 года  
*г. Харьков*

---

## **Особливості репродуктивного здоров'я пацієнток з гормональними рилізінг-системами**

***Н.В. Адамчук***

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти патологічних станів репродуктивного здоров'я жінок, які використовують різні гормональні рилізінг-системи. Вивчено порівняльні аспекти клінічної симптоматики побічних ефектів різних гормональних рилізінг-систем: внутрішньоматкової, інтравагінальної і трансдермальної у жінок репродуктивного віку.

Показано позитивні і негативні моменти впливу різних гормональних рилізінг-систем на зміни ендокринологічного статусу і мікробіоценозу статевих шляхів. Розроблений і впроваджений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, направлених на зниження частоти патології репродуктивної системи у жінок, що використовують з лікувальною і профілактичною метою різні гормональні рилізінг-системи.

## **Особливості хірургічного лікування лейоміоми матки великих розмірів**

***Н.В. Алексєєнко***

**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти інтра- та післяопераційних ускладнень у пацієнток з лейоміомою матки великих розмірів. Вивчені основні особливості показань і хірургічної тактики у пацієнток з лейоміомою матки великих розмірів.

Представлені нові аспекти патогенезу швидкого зростання лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. З'ясовані основні зміни ендокринологічного статусу і гомеостазу при швидкому зростанні лейоміоми в репродуктивному періоді. Розроблена і впроваджена тактика хірургічного лікування і профілактика післяопераційних ускладнень у пацієнток з лейоміомою матки великих розмірів.

## **Тактика лікування безпліддя у жінок з гіперандрогенією поєднаного генезу**

***І.П. Бульваренко***

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

---

Вивчені можливості підвищення ефективності лікування безпліддя при гіперандрогенії поєданого генезу на підставі патогенетично обґрунтованої терапії з урахуванням клініко-ендокринологічних особливостей. З'ясовані основні клінічні форми безпліддя і визначено клініко-гормональні параметри у пацієнток з гіперандрогенією.

Дана оцінка функціональному стану різних ланок репродуктивної системи у хворих з безпліддям і гіперандрогенією на підставі різних функціональних проб. Розроблений алгоритм обстеження пацієнток із безпліддям і гіперандрогенією поєданого генезу. Визначені патогенетично обґрунтовані принципи терапії безпліддя у пацієнток з гіперандрогенією поєданого генезу.

**Особливості допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок віком понад 40 років*****Л.В. Давід*****Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ**

---

Наукова робота присвячена підвищенню ефективності лікування безпліддя у жінок віком понад 40 років на основі вивчення клінічних, ендокринологічних і функціональних змін, а також удосконалення допоміжних репродуктивних технологій із врахуванням стану оваріального резерву. Вивчені основні медико-соціальні аспекти, клінічні форми безпліддя і гормональні особливості у пацієнок віком понад 40 років.

Дана оцінка основним особливостям стану оваріального резерву і якості ооцитів у пацієнок віком понад 40 років при використанні різних методик стимуляції овуляції. Визначені показання і умови для проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок віком понад 40 років.

Розроблено вдосконалену методику допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок віком понад 40 років з врахуванням стану оваріального резерву. Запропонований алгоритм ведення у таких пацієнок на різних етапах лікування безпліддя: до, на момент і після допоміжних репродуктивних технологій.

**Особливості плацентарної дисфункції у жінок з гіперандрогенією в анамнезі*****В.А. Кияненко*****Медичний інститут Сумського державного медичного університету**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти перинатальної патології у жінок з гіперандрогенією в анамнезі. Вивчено основні особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у пацієнок з гіперандрогенією в анамнезі. Показано основні особливості ендокринологічного статусу і вмісту білків плацентарних у пацієнок з плацентарною дисфункцією, що розвивається у пацієнок без і з гіперандрогенією в анамнезі.

Розроблений і упроваджений вдосконалений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, направлених на зниження частоти перинатальної патології у пацієнок з гіперандрогенією в анамнезі.

**Вагітність і пологи у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок*****Л.В. Манжула*****Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок на основі вивчення нових аспектів патогенезу невиношування, плацентарної дисфункції і преєклампсії, а також розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Вивчено порівняльні аспекти



---

клінічного перебігу вагітності і пологів у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості.

Дана оцінка перинатальним результатам розродження цих пацієнток. З'ясовано особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у пацієнток з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Визначено терміни і структура розвитку основних акушерських ускладнень: невиношування, плацентарна дисфункція і прееклампсія у таких пацієнток. Розроблений і впроваджений вдосконалений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

### **Перші пологи у віковому аспекті**

***В.В. Маркевич***

**Медичний інститут Сумського державного університету МОНМС України**

Вивчено порівняльні аспекти клінічного перебігу вагітності і пологів у первородящих різних вікових груп: юні (до 18 років), від 19 до 29 років і вікові (після 30 років). Показано основні особливості перинатальних результатів розродження у пацієнток цих груп. З'ясовано частоту, структуру і клінічні особливості основних акушерських ускладнень: плацентарна дисфункція, прееклампсія, анемія і аномалії пологової діяльності у первородящих у віковому аспекті.

Встановлено нові аспекти патогенезу акушерських і перинатальних ускладнень у пацієнток цих вікових груп. Розроблений і впроваджений вдосконалений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у первородящих різних вікових груп.

### **Особливості допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів лікування патології шийки матки**

***С.М. Николішин***

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

Наукова робота присвячена підвищенню ефективності лікування жіночого безпліддя у пацієнток після різних методів лікування патології шийки матки на основі вивчення у них клінічних, мікробіологічних, ендокринологічних і ехографічних особливостей, а також удосконалення допоміжних репродуктивних технологій. Вивчені основні клінічні форми безпліддя і визначено клініко-мікробіологічні і гормональні параметри у пацієнток з різною патологією шийки матки в анамнезі.

Визначено показання і умови для проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів лікування патології шийки матки. Розроблено вдосконалену методику підготовки до допоміжних репродуктивних технологій пацієнток з різною патологією шийки матки в анамнезі. Запропонований алгоритм ведення пацієнток після різних методів лікування патології шийки матки до, під час і після допоміжних репродуктивних технологій, включаючи і ранні терміни вагітності.

**Шляхи зниження невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій*****І.Є. Палига*****Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій. Проаналізовано причини і частоту невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій. Показано основні відмінності і особливості підготовки, алгоритму проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок з раніше невдалими спробами. Запропоновано методику прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій. Показано роль конкретної гінекологічної патології – як причини невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій. Розроблений і упродовжений алгоритм прогностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнок з невдалими спробами допоміжних репродуктивних технологій в анамнезі.

**Особливості оваріальної дисфункції у жінок репродуктивного віку після гістеректомії*****Н.В. Поп*****Дніпропетровський медичний інститут асоціації народної медицини  
України**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти клініко-ендокринологічних проявів дисфункції яєчників у жінок після гістеректомії в репродуктивному віці на основі розробки і впровадження алгоритму діагностичних і реабілітаційних заходів. Дана оцінка динамічному анатомо-функціональному стану одного або обох яєчників, характер їх кровопостачання після видалення матки в репродуктивному віці.

Досліджено характер клініко-ендокринологічних порушень у жінок після гістеректомії в репродуктивному віці. Оцінено взаємозв'язок клінічних, ендокринологічних і ехографічних змін в ранні і віддалені терміни після гістеректомії в репродуктивному віці. Розроблений і упродовжений алгоритм діагностичних і реабілітаційних заходів щодо зниження частоти і ступеня вираженості клінічних проявів дисфункції яєчників після гістеректомії в репродуктивному віці.

**Особливості поєднаної патології матки у жінок у період перименопаузи і постменопаузи*****В.А. Шамрай*****Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ**

---

Наукова робота присвячена особливостям поєднаної патології матки у жінок в період перименопаузи і постменопаузи. Вивчено порівняльні аспекти клінічної симптоматики

---

ки і термінів розвитку поєднаної патології матки у пацієнток з урахуванням вікових особливостей – від репродуктивного до постменопаузального періодів. Дана оцінка особливостям ендокринологічного статусу і гомеостазу у пацієнток з поєднаною патологією матки в різні вікові періоди.

Вивчено нові аспекти патогенезу поєднаної патології матки, а також етапність розвитку конкретних варіантів поєднаної патології матки в різні вікові періоди. Розроблено і впроваджено алгоритм прогностичних і лікувально-профілактичних заходів, направлених на зниження частоти і ускладнених форм поєднаної патології матки у жінок в період пери- і постменопаузи.

### **Особливості ведення молодих жінок, що не народжують, з патологією шийки матки**

***Т.О. Зіненко***

**Дніпропетровський медичний інститут асоціації народної медицини  
України**

---

Наукова робота присвячена зниженню частоти ускладнених форм патології шийки матки у молодих жінок, що не народжують. Вивчено основні особливості клінічної симптоматики патології шийки матки у молодих жінок з реалізованою і нереалізованою репродуктивною функцією. Показано зміни мікробіологічного і ендокринологічного статусу, а також їх взаємозв'язок у пацієнток цієї групи. Розроблено й впроваджено вдосконалений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у молодих жінок, що не народжують, з патологією шийки матки.

### **Расширенная эхография головного мозга плода при дифференциальной диагностике патологии задней черепной ямки**

***Л.Г. Назаренко, Е.Н. Бабаджанян, О.В. Ромадина, Е.А. Яковенко,  
Н.В. Лихачева, И.А. Жадан***

**Харьковская медицинская академия последипломного образования**

---

В протокол пренатального скринингового ультразвукового исследования (УЗИ) во II триместре беременности входит оценка структур задней черепной ямки (ЗЧЯ) – форма и поперечный размер мозжечка, ширина большой цистерны головного мозга (БЦГМ). Изменения анатомии и топографии этих структур могут быть проявлением большого количества моногенных синдромов и изолированных церебральных нарушений.

Достаточно часто встречается увеличение позадимозжечкового пространства, которое зачастую расценивается специалистами I–II уровня как мальформация Денди-Уокера, что приводит к неадекватной тактике ведения беременности. В связи с этим поиск путей повышения точности ультразвуковой диагностики патологии ЗЧЯ является актуальным.

Обнаружение в области ЗЧЯ плода кистозного образования требует проведения расширенной эхографии головного мозга с целью дифференциальной диагностики.

Нами осмотрена 21 женщина в сроки 20–34 нед беременности, у плодов которых в ЗЧЯ были выявлены нарушения структуры. УЗИ проводилось на приборах Medison SA8000SEc использованием конвексного датчика 3–7 МГц и Philips HD 11 XE (конвексный датчик 3–7 МГц и вагинальный датчик 4–8 МГц).

Используя стандартную методику изучения аксиального среза оценивали поперечный размер мозжечка, наличие червя мозжечка, наличие/отсутствие дефекта между полушариями мозжечка, измеряли ширину большой цистерны. Для проведения дифференциальной диагностики в случае обнаружения патологических изменений в области ЗЧЯ получали среднесагиттальный срез головного мозга плода и оценивали краниокаудальный и переднезадний размеры червя, намет мозжечка, угол между краниокаудальной осью червя и наметом мозжечка, наличие комплекса мозолистое тело – полость прозрачной перегородки.

В случае мальформации Денди–Уокера определялся дефект червя мозжечка, гипоплазия мозжечка, не визуализировалась полость прозрачной перегородки. В срединном сагиттальном срезе визуализировали увеличенный в размерах IV желудочек; выраженное расширение позадимозжечкового пространства с выраженным смещением кверху мозжечкового намета и паруса, отсутствие червя. Также не определялся комплекс мозолистое тело – полость прозрачной перегородки. Диагноз мальформации Денди–Уокера был установлен нами у 9 плодов, в трех случаях был составной частью синдромов МВПР; беременность элиминирована в 7 случаях; проведена постнатальная клиническая и патологоанатомическая верификация.

В 12 наблюдениях мы визуализировали увеличенную в размерах БЦГМ (от 10,5 до 19 мм); анатомия и топография ЗЧЯ была не изменена: визуализировался червь, нормальные размеры IV желудочка, намет мозжечка, острый угол между краниокаудальной осью червя и наметом мозжечка. Кроме того, визуализировали комплекс мозолистое тело – полость прозрачной перегородки. Все беременности закончились нормальными родами здоровыми детьми. Впоследствии мы получили информацию о семи детях – психомоторное и физическое развитие соответствовало возрасту.

Таким образом общепринятая методика серии аксиальных сечений головного мозга плода, используемая при проведении пренатального УЗИ, не дает возможность получить четкую картину структур ЗЧЯ и может привести к высокой частоте как ложноположительных, так и ложноотрицательных диагнозов.

## **Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на течение беременности и родов**

**Я.И. Винниченко**

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

---

Пациентки программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) по совокупности факторов, связанных с этиологией и патогенезом бесплодия, характером и длительностью предшествовавшего лечения, возрастом, соматическим

---

здоров'ям, особенностями психоемоціонального статусу повинні бути віднесені до групи ризику по неввынашиванию вагітності, ускладненого перебігу вагітності та пологів.

Пациєнтки, у яких вагітність настанула в результаті допоміжних репродуктивних технологій, складають особу групу, відмінну не тільки від вагітних з нормальною репродуктивною функцією, але і від вагітних з тривалим безпліддям в анамнезі. Порівняльний аналіз показав, що вагітні з групи з тяжким репродуктивним анамнезом старші за віком, довше страждали безпліддям і безуспішно лікувалися від нього, їх соматичний статус більш тяжкий і частіше має характер поєднаної патології різних систем. У всіх вагітних груп існує хоча б один, а у абсолютного більшості декілька факторів, тяжко прогнозує для результату вагітності.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що жінки, яким були застосовані ВРТ на фоні ураження репродуктивної системи, входять до групи ризику по розвитку гестозів, плацентарної недостаточності, затримки внутрішнього розвитку плоду, аномалії родової діяльності. Значительне число ускладнень вагітності серед вагітних даної групи диктує необхідність більш уважливого спостереження за ними. Таким чином, при раціональному веденні, своєчасному виявленні ускладнень вагітності та надання медичної допомоги даним жінкам, можна розраховувати на покращення перинатальних результатів.

## **Розвиток перинатальної допомоги в медичному просторі Харківщини**

***О.В. Галацан, Т.П. Єфіменко, Л.О. Гапонова***

### **Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації**

---

У передвиборній програмі Президента України Віктора Федоровича Януковича «Україна для людей» наголошено на необхідності створення умов для доступної і кваліфікованої медичної допомоги всім верствам населення, в першу чергу, дитячому та жіночому населенню країни.

Найважливішими показниками здоров'я дітей та жінок є рівень народжуваності, безпека пологів, рівень материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності. Нинішня ж ситуація у сфері відтворення населення України характеризується тривалою депопуляцією зі значним погіршенням якісних характеристик здоров'я населення, передусім – репродуктивного. Крім того, ускладнення вагітності та пологів зумовлюють високий рівень перинатальних втрат та малюкової смертності.

Саме тому, одним із найважливіших напрямків діяльності галузі охорони здоров'я Харківської області є перинатальна допомога.

**Система перинатальної допомоги передбачає комплекс заходів, спрямованих на:** доступні послуги з питань планування сім'ї; високоякісну медико-генетичну допомогу; антенатальну допомогу; кваліфіковану і доступну акушерсько-гінекологічну

та неонатальну допомогу в комфортних умовах перебування у відповідності до сучасних технологій з підтримкою грудного вигодовування та контакту породіллі і немовляти з членами родини; впровадження ефективних технологій з урахуванням трьох рівнів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги; високо-технологічної допомоги хворим жінкам та дітям у післяпологовий період.

**Основна мета цих заходів** полягає у попередженні й зниженні впливу факторів ризику для здоров'я матері та дитини, профілактиці захворюваності, інвалідності та смертності, зменшенні масштабів депопуляції, збереженні демографічного потенціалу.

**Нормативна база** щодо перинатальної медицини на сьогодні є вкрай недостатньою. Вона представлена лише декількома нормативними документами щодо надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги, організації роботи центрів планування сім'ї та медико-генетичної допомоги, а також клінічними протоколами.

На сьогодні є необхідність у розробці та перегляді існуючої нормативної бази в сфері перинатальної медицини та поповнення її конкретними нормативними документами щодо структури та розрахунків штатного розкладу обласних перинатальних центрів III рівня надання медичної допомоги.

Це питання надзвичайно актуальне і вагоме у зв'язку із проведенням низки заходів в рамках виконання окремого доручення Президента України щодо реорганізації перинатальної допомоги в Україні.

**В Харківській області з 2003 року активно ведеться робота щодо реорганізації та розвитку перинатальної допомоги.** За цей період проведено ряд заходів, які сприяли підвищенню якості надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги:

- на базі КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» запроваджено моніторинг вагітних групи високого ризику виникнення ускладнень перинатального періоду, що дозволяє своєчасно скерувати пацієнтку до необхідного лікувально-профілактичного закладу;

- на базі Обласного центру планування сім'ї та репродукції людини створено реєстр жінок з важкою екстрагенітальною патологією та реєстр дівчаток-підлітків, які вступають в репродуктивний вік і мають гінекологічні захворювання. Ведеться моніторинг цих контингентів. Жінки з важкою екстрагенітальною патологією забезпечуються безкоштовною контрацепцією, проводяться заходи щодо оздоровлення дівчаток з гінекологічною патологією;

- з 2003 року в області впроваджується 3-рівнева система надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги;

- в області протягом останніх 8 років (ще до затвердження наказу МОЗ України № 508 та постанови Кабінету Міністрів України № 144) заборонено на рівні центральних районних лікарень переривання вагітностей пізніх термінів, завмерлих вагітностей, а також надання медичної допомоги дітям і підліткам, жінкам з екстрагенітальною та важкою акушерською патологією;

- всі пологові заклади області реорганізовано з урахуванням ефективних сучасних перинатальних технологій: створені індивідуальні пологові зали, умови для спільного перебування матері і дитини, із можливістю вільного контакту з членами родини і грудного вигодовування;

- протягом останніх 3 років в області ведеться моніторинг показників роботи всіх пологових закладів області з відповідними організаційними заходами щодо підвищення якості надання медичної допомоги. Це дає можливість плідно працювати в єдиному медичному просторі;

- запроваджено безперервну систему навчання медичних працівників всіх лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну допомогу дітям і матерям, шляхом проведення тренінгів в рамках співпраці з Американським проектом «Здоров'я матері та дитини»;

- постійно проводиться навчання фахівців з пренатальної діагностики, медичної генетики за участі фахівців Харківського медичного університету та Харківської медичної академії післядипломної освіти;

- ведеться робота щодо підвищення кваліфікації лікарів акушерів-гінекологів та навчання лікарів та медичних сестер загальної практики – сімейної медицини з питань планування сім'ї та запобігання небажаної вагітності. Проектом «Разом до здоров'я» для нашої області підготовлені тренери з питань планування сім'ї, надаються інформаційні матеріали та матеріали для проведення навчальних тренінгів. Ці заходи дозволили знизити рівень абортів в усіх вікових групах жінок більш ніж в два рази.

- запроваджено систему безперервного навчання медичних сестер та лікарів загальної практики – сімейної медицини щодо надання акушерсько-гінекологічної та педіатричної допомоги. Працює тренінговий центр на базі КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» та КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1»;

- з 2003 року акушерсько-гінекологічна служба КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» є колектором вагітних, роділь, породіль і гінекологічних хворих з важкою акушерською та екстрагенітальною патологією.

**Всі ці заходи дозволили поліпшити якість надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги в регіоні та знизити показники материнської та дитячої смертності.**

Показник дитячої смертності в останні 5 років знаходиться в межах 9,1–9,75% (по Україні – 10,36%). Впровадження сучасних перинатальних технологій сприяло зниженню показника ранньої неонатальної смертності з 4,8% до 4,04% (по Україні – 4,1%).

До 2003 року показник материнської смертності в Харківській області дорівнював 33,9–52,4 на 100 тис. народжених живими (щорічно реєструвалося 7–15 випадків материнських смертей).

З 2003 року в результаті реорганізації перинатальної допомоги з'явилася позитивна тенденція зниження показника материнської смертності: 18,6–12,5–9,2% і навіть 3,6% у 2009 році.

За підсумками 2010 року показник материнської смертності в Харківській області дорівнює 15,4% (Україна – 14,8%).

В структурі материнських втрат останні 5 років на першому місці – випадки, пов'язані з екстрагенітальною патологією.

Існуючі ліжка акушерсько-гінекологічних відділень КЗОЗ «Обласна клінічна

лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» працювали із значним перевантаженням. На 40 ліжках пологового відділення кількість пологів зросло з 600 до 1500 на рік, при тому, що в цьому закладі народжували переважно жінки з важкими ускладненнями перебігу вагітності та соматичною патологією.

Саме тому, для Харківського регіону важливим є питання створення Обласного перинатального центру. Харківською обласною державною адміністрацією на сьогодні визначено лікувально-профілактичний заклад, на базі якого буде створено обласний перинатальний центр. Це Спеціалізований міський клінічний пологовий будинок № 5, який з 1 січня 2011 року передано на фінансування з міського бюджету і перейменовано КЗОЗ «Харківський обласний клінічний перинатальний центр».

Харківська область увійшла до числа тих регіонів, де будуть впроваджуватися з 2011 року заходи Національного проекту «Нове життя». Це дозволить в найкоротші терміни провести реконструкцію приміщень та оснастити необхідним медичним обладнанням обласний перинатальний центр.

Розпорядженням голови Харківської обласної державної адміністрації М.М. Добкіним затверджено робочу групу та заходи щодо реалізації Національного проекту «Нове життя» в Харківській області на 2011 рік.

На сьогодні проведено зовнішній аудит за участі робочої групи Національного проекту «Нове життя», визначена попередня структура та штатний розклад даного закладу, ведеться робота по підготовці проекту реконструкції приміщень.

З 1 січня 2011 року наказом Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації визначено порядок скерування вагітних, роділь, породіль та гінекологічних хворих до закладів III рівня надання медичної допомоги, а саме: медична допомога жінкам з важкою екстрагенітальною патологією надається у відділеннях КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», а з акушерською патологією, в тому числі з невиношуванням та передчасними пологами в КЗОЗ «Харківський обласний клінічний перинатальний центр».

Створення ефективної системи надання перинатальної допомоги в єдиному медичному просторі Харківської області із залученням діагностичних можливостей всіх лікувально-профілактичних закладів дасть можливість в подальшому підвищувати якість надання медичної допомоги дітям і матерям.

## **Морфологічна характеристика плацентарного ангіогенезу в умовах різної йодної забезпеченості**

***С.О. Герзанич***

***Ужгородський національний університет, кафедра акушерства та гінекології***

Під час вагітності судинна система матки зазнає адаптаційних змін, які полягають у вазодилатації, підвищенні їх проникності, а також у розвитку і дозріванні нових судин. Наслідками недостатньої активності вказаних процесів є високі показники перинатальної захворюваності і смертності, безпосередніми чинниками яких



є збільшення частоти самовільних абортів, розвиток прееклампсії та затримки розвитку плода.

Важливим фактором впливу на розвиток тканини плаценти є стан йодно-тиреїдного гомеостазу. Існує ряд процесів, котрі забезпечують їх взаємозв'язок, зокрема шляхом підвищення дейодиназної активності плаценти, впливом тиреотропного гормону (ТТГ) на продукцію ростових факторів, ТТГ-індукованою зміною продукції хоріонічного гонадотропіну людини. Проте механізми їх безпосередньої реалізації на рівні тканини плаценти залишаються до кінця не з'ясованими. Провідна роль у розвитку судинної сітки плаценти відводиться системі ростових факторів, яка забезпечує взаємодію проангіогенних та антиангіогенних факторів. В першу чергу це стосується системи VEGF (vascular endothelial growth factor, фактор росту ендотелію судин), яка запускає ангіогенез. Дослідження структурних характеристик плацентарного бар'єру та експресії проангіогенних факторів під впливом змінених умов йодно-тиреїдного гомеостазу сприяє розумінню механізмів адаптаційного захисту плода в умовах дефіциту йоду та, відповідно, обґрунтуванню засобів профілактики перинатальних ускладнень.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено гістологічне та імуногістохімічне дослідження плацент 12 жінок із різним йодним забезпеченням. I (контрольну) групу склали 3 жінки із нормальним йодним забезпеченням під час фізіологічної вагітності (йодурія > 100 мкг/л), II групу склали 4 жінки із недостатнім йодним забезпеченням під час неускладненої вагітності (йодурія < 100 мкг/л); III групу склали 5 жінок із різним йодним забезпеченням під час вагітності I і діагностованою екстрагенітальною патологією.

Загальногістологічне дослідження проводили за стандартною схемою із забарвленням гематоксилін-еозином і пікрофусцином за Ван-Гізеном, а також трихромом за Масоном. Для дослідження експресії VEGF застосовано непрямий стрептавидин-пероксидазний метод. Морфологічне дослідження проводили на базі відділу морфології НДІ ПАГ АМН України (керівник проф. Т.Д. Задорожна). Йодно-тиреїдний гомеостаз вагітних досліджували шляхом визначення йодурії (Gutte-Kuntz в модифікації Dunn), концентрації в сироватці крові ТТГ, вільного тироксину (fT4) імуноферментним методом в динаміці вагітності. Статистична обробка отриманих результатів проведена за допомогою програми Microcal Origin.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати виявили структурні зміни материнської частини плаценти жінок II групи, які, порівняно із контролем, характеризувалися витонченням у вогнищах некрозу децидуальної оболонки, мікрокрововиливами. Окрім змін, які є притаманні загальнопатологічним процесам (розлади кровообігу, дистрофія, склероз строми ворсин), спостерігалися значні структурні особливості стінки фетальних судин із нерівномірною експресією VEGF: від ділянок різко вираженої експресії в окремих судинах до практично повної її відсутності.

Значне збільшення експресії VEGF виявлено у зразках II і III груп, серед жінок, у яких функціональний стан тиреїдної системи характеризувався як еутиреїдний. Експресія VEGF в стінках судин, периваскулярно є свідченням вираже-

ності компенсаторно-приспосувальних реакцій, спрямованих на покращення процесів трансплацентарного обміну. Це підтверджується також компенсацією в синцитії ворсин з його проліферацією і утворенням «бруньок» у ворсинах. Особливості локалізації вказаних факторів у тканині плаценти на різних етапах її розвитку дають підстави розцінювати імуногістохімічну реакцію VEGF у синцитії ворсин як прояв компенсаторної активації процесів ангиогенезу, враховуючи, що до кінця III триместру проангіогенні фактори переважно експресуються клітинами синцитіотрофобласту, стромою ворсин і ендотеліальними клітинами судин ворсин, забезпечуючи, таким чином, підтримання сформованої структури судинного русла і збільшуючи життєздатність клітин плаценти.

Тому, враховуючи, що інтенсивність процесу ангиогенезу в плаценті більш тісно корелює із параметрами, що відображають еутиреоїдний стан (в тому числі медикаментозної компенсації) порівняно із рівнем йодурії, можна зробити висновок про те, що своєчасне досягнення оптимальних значень ТТГ і fT4 є визначальним у процесі формування компенсаторно-приспосувальних реакцій в тканині плаценти порівняно із ступенем йодної забезпеченості. Необхідність забезпечення еутиреозу на момент плацентації, враховуючи тривалість включення йоду у синтез тиреоїдних гормонів, визначає важливість прекоцепційної підготовки у профілактиці перинатальних ускладнень.

## ВИСНОВКИ

Виявлені морфологічні зміни у досліджених зразках характеризуються ознаками компенсаторної реакції у тканині плаценти незалежно від рівня йодурії. Встановлено, що важливою умовою реалізації компенсаторного резерву плацентарної тканини в умовах обмеженого поступлення йоду або тиреоїдної патології є своєчасне забезпечення еутиреоїдного стану організму вагітної.

### **Чи впливає поліморфізм генів *GSTT1*, *GSTM1*, *GSTP1* на перебіг захворювань у передчасно народжених дітей? Н. Г. Горovenko<sup>1</sup>, Є. Є. Шунько<sup>1</sup>, О. М. Ковальова<sup>2</sup>, З. І. Россоха<sup>1</sup>, Ю. О Гончарова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ

<sup>2</sup>ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**Актуальність.** З'ясування генетично зумовлених особливостей перебігу певних захворювань у передчасно народжених дітей є надзвичайно необхідним для визначення стратегії надання оптимальної медичної допомоги даному контингенту дітей.

**Мета дослідження.** Визначити асоціації між наявністю поліморфних генів *GSTT1*, *GSTM1*, *GSTP1* та перебігом захворювань у передчасно народжених дітей.

**Матеріали та методи.** У дослідження включені передчасно народжені діти (n=120) з гестаційним віком від 27 до 36 тиж, масою при народженні від 750 до 2500 г, які лікувалися у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених лікуваль-

них закладів Полтавської області. Поліморфізм генів вивчався молекулярно-генетичним методом.

**Результати дослідження.** Не виявлено зв'язку між наявністю у дитини поліморфізму генів *GSTT1* або *GSTM1* та частотою розвитку у них сепсису, пневмонії, РДС, внутрішньошлуночкових крововиливів III–IV ступенів (ВШК) та перивентрикулярної лейкомаляції (ПВЛ), але встановлено існування зв'язку для гену *GSTP1*, зокрема, – достовірно більшу частоту пневмоній у дітей з поліморфним генотипом *AG*, ніж з функціональним генотипом *AA* ( $p < 0,05$ ), ВШК – з генотипом *GG*, ніж з генотипами *AA* ( $p < 0,05$ ) та *AG* ( $p < 0,05$ ), (ПВЛ) – з генотипом *GG*, ніж з генотипом *AA* ( $p < 0,05$ ).

Наявність поліморфного генотипу *GSTT1* «-» достовірно збільшує ймовірність потреби дитини у СРАР-терапії (ВР 1,48), поліморфного *AG* варіанту гену *GSTP1* – у гемодинамічній підтримці (ВР 1,39) та поліморфного *GG* варіанту – у штучній вентиляції легень (ВР 1,59); поєднання поліморфних *GSTT1* «-» та *GSTP1* варіантів – у штучній вентиляції легень (ВР 1,54), у гемодинамічній підтримці (ВР 1,34), а поєднання поліморфних *GSTM1* «-» та *GSTP1* варіантів – у штучній вентиляції легень (ВР 1,51). Тривалість штучної вентиляції легень у дітей з поліморфним *GG* *GSTP1* генотипом була достовірно більшою, ніж у дітей з генотипами *AG* і *AA* (відповідно, Ме 8,0 днів проти 4,4 днів,  $p < 0,05$  та 3,5 днів,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Наявність у передчасно народжених дітей поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансфераз може впливати на перебіг захворювань та зумовлювати підвищену ймовірність застосування у них «протезуючих» методів лікування.

### Пути снижения уровня перинатальных потерь

**О.В. Грищенко, В.В. Бобрицкая, О.Б. Демченко, С.А. Пак,  
А.Ю. Железняков, А.В. Сторчак**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Перинатальные потери являются крайне неблагоприятным фактором современного акушерства. Поиск путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности является приоритетным направлением различных направлений современной медицины. С целью разработки мер профилактики перинатальных потерь, в том числе перинатальной смертности, целесообразно каждый случай антенатальной, интранатальной, постнатальной гибели плода оценивать с точки зрения его предотвратимости.

Целью нашего исследования явилась оценка различных по уровню предотвратимости случаев антенатальной гибели плода с учетом причины антенатальной гибели и возможных путей предотвращения неблагоприятных перинатальных исходов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 65 историй родов случаев антенатальной гибели плода, патолого-анатомических заключений причины гибели плода. Проводился учет соматических анамнестических данных, паритета, акушерско-гинекологического анамнеза, инфектологического обследования. Анализировали также данные ультразвукографических исследований, соответствие сроков проведения ультразвуковых исследований нормативно опреде-

ленным срокам скрининга, данные биохимического скрининга (в случаях, где он был проведен).

Среди общего количества случаев антенатальной гибели плода: 37 в сроках гестации 23–25 нед (56,9%), 15 – в сроке 26–28 нед (23%), 12 – в сроках 29–30 недель (18%), 5 – в сроках 31–34 нед (7,6%). Многоплодные беременности – 6 случаев – 9,2% (гибель второго из двойни), из них ЭКО – 4 случая (6,1%). Обращает на себя внимание соматический анамнез: частые ОРЗ – 38 (58%), бронхиты – 18 (27%), пневмонии – 5 (7,6%), хронический тонзиллит – 14 (21,5%), хронический пиелонефрит – 10 (15,3%). Гинекологический анамнез: хронический аднексит – 22 (33,8%), нарушения менструального цикла, в том числе ювенильные кровотечения – 13 (20%), эктопическая беременность – 4 (6,1%). Привычное невынашивание 2 и более самопроизвольных аборта в анамнезе – у 12 (18,4%) пациенток, неразвивающаяся беременность – у 7 (10,7%), искусственные аборты – у 47 (72,3%), кольпит, в том числе во время беременности – у 49 (75%). Нормальные срочные роды в анамнезе – у 23 (35,3%), вес ребенка 3300–4100; маловесные дети – у 6 (9,2%). Социальный статус – 39 пациенток не имели зарегистрированного брака, 3 – матери-одиночки, повторный брак – 14 пациенток. Не имели официального трудоустройства 36 (55,3%), служащие – 25 (38,4%), рабочие – 2 (3,07%), учащиеся – 2 (3,07%).

**Результаты и обсуждение.** В результате анализа историй родов, записей обменных карт, врачебных свидетельств и перинатальной смерти, заключений патолого-анатомических исследований очевидной является высокая частота инфекционных поражений плодово-плацентарного комплекса, зачастую без клинических проявлений инфекций при беременности. Преимущественным во врачебных заключениях о перинатальной смерти является внутриутробная гипоксия до начала родов в сочетании с недоношенностью, крайней степенью незрелости, прочими болезнями матери и осложнениями беременности. Сочетание с синдромом задержки развития плода – в 7 (10,7%), пороками развития плода – в 11 (16,9%) случаях. Предлежание плаценты, кровотечение – в 5 (7,6%), преждевременное излитие околоплодных вод – у 49 (75,3%), длительный безводный период – в 28 (43%) случаях.

В результате бактериологического исследования отделяемого цервикального канала выделены *K.pneumonia*  $10^3$ – $10^6$ , *Str.faecium*  $10^3$ – $10^5$ , *Enterococcus faecium*  $10^3$ – $10^4$ , *St.aureus*  $10^3$ – $10^5$ , *E.coli*  $10^3$ – $10^5$  степеней роста в преимущественном числе случаев – 59 пациенток (90,7%). В бактериологическом исследовании мочи *K.pneumonia*  $10^3$ , *E.coli*  $10^3$ – $10^5$  у 27 (41,5%). Признаки материнско-плодовой инфекции при ультразвуковом исследовании выявлены у 39 (60%), антибактериальная терапия местно проводилась только у 17 (26,1%) пациенток, лечение бессимптомной бактериурии однократным назначением фосфомицина только у 3 (4,6%) пациенток, курс антибиотикотерапии по поводу гестационного пиелонефрита получили 2 (3,07%) пациенток.

В большинстве историй наблюдения пациенток в женской консультации отсутствуют записи об антибактериальной терапии, о проведении обязательного при постановке на учет бактериологического исследования мочи. При указании на наличие взвеси в околоплодных водах, прочих признаках материнско-плодовой инфекции также не проводилась антибактериальная терапия, либо курсы недостаточной продолжительности, без последующего инфектологического контроля. Следует от-

метить, что обследование на группу TORCH-инфекций проводилось, клинически значимые титры в 14 (21,5%) случаев, преимущественно ВПГ, ЦМВ, уреаплазма, микоплазма. В патолого-анатомических заключениях преобладают результаты воспалительных изменений последа, признаки плацентита – в 48 (73,8%), пренатальная фетопатия с хроническим расстройством кровообращения в последе – в 11 (12,3%), пороки развития плода и плаценты – в 6 (9,23%) случаях. В преимущественном большинстве рассматриваемые случаи признаны условно предотвратимыми на этапе женской консультации, ввиду недооценки инфектологических факторов, приведших к антенатальной гибели плода.

**Выводы.** Этапом резерва для снижения уровня перинатальных потерь является уровень пренатального наблюдения. Наблюдается недооценка инфекционных факторов, преимущественно бактериального поражения плодово-плацентарного комплекса, данных дополнительных исследований, в том числе ультрасонографии, бактериологии, отсутствие соответствующей антибактериальной, вазоактивной терапии.

### **Перинатальные перспективы метода оценки спектральных характеристик пуповинной флеггемодинамики**

**О.В. Грищенко<sup>1</sup>, И.В. Лакно<sup>1</sup>, Е.А. Баранник<sup>2</sup>, А.Э. Ткачев<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

<sup>2</sup>Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

<sup>3</sup>Харьковский городской клинический родильный дом с неонатологическим стационаром

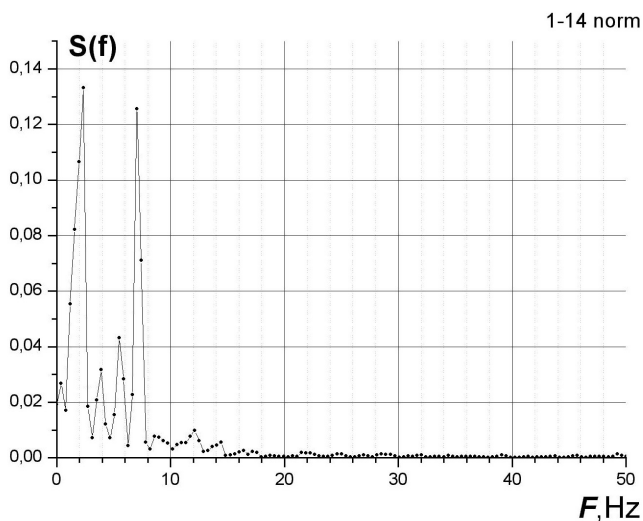
В современной перинатологии используется целый ряд высокоинформативных методов оценки состояния плода. Среди них – ультразвуковая доплерометрия маточно-плацентарного и плодово-пуповинного кровообращения. Вызывает интерес изучение кровотока в вене пуповины, которая благодаря наличию собственной миогенной сократительной активности обеспечивает доставку кислорода и нутриентов, то есть выполняет функцию «периферического сердца плода». При всей простоте и релевантности метода рутинная доплерометрия не дает возможности оценивать спектральные характеристики скоростей кровотока. Благодаря последнему возможно охарактеризовать волновые процессы гемодинамики и исследовать природу генераторов, порождающих эти осцилляции.

**Целью работы** было исследование спектральных характеристик кровотока в вене пуповины при нормальном течении беременности и на фоне страдания плода.

**Материалы и методы.** Нами было проведено изучение доплеровских спектрограмм кровотока в вене пуповины 85 пациенток в сроках гестации 37–41 нед. Все обследованные беременные были поделены на несколько клинических групп. В I группе было 22 женщины с удовлетворительным состоянием плода. Во II группе под наблюдением находилось 33 беременные с синдромом ЗВУР плода I–II степени. Оценка биофизического профиля свидетельствовала о наличии умеренного страдания плода. В III группе у 30 пациенток был диагностирован синдром ЗВУР III степени, который сопровождался дистрессом плода.

Доплерометрию проводили на аппарате Voluson 730. Полученные доплеровские спектрограммы кровотока в вене пуповины подвергались дальнейшей обработке. Были выделены кривые изменения во времени максимальной скорости кровотока, для которой определены спектральные составляющие. Спектры рассчитывали с шагом дискретизации  $\Delta t=0,01$  с для выборки из 256 точек. Результирующий спектр получали усреднением по всем выборкам для данного контингента.

Результаты работы были обработаны статистически с помощью пакета программ Excel. Результаты. В ходе проведенных исследований у пациенток I группы были обнаружены два наиболее выраженных пика с частотными характеристиками 2 Гц и 7 Гц (рисунок). Их амплитуда составила соответственно:  $0,16\pm 0,01$  усл. ед. и  $0,15\pm 0,01$  усл. ед. Первый пик был связан с артериальным компонентом кровотока в пуповине и соответствовал частоте сердечных сокращений плода, а второй был обусловлен сократительной активностью мышечного слоя вены пуповины.



### Спектральный портрет кровотока в вене пуповины у пациентки с удовлетворительным состоянием плода

Во II группе отмечалось уменьшение амплитуды «венозного миогенного» пика –  $0,08\pm 0,01$  усл. ед., но возникал выраженный пик на частоте 0,5 Гц –  $0,06\pm 0,01$  усл. ед. Последний определялся материнским кардиоритмом и характеризовал возрастающее влияние регуляторных механизмов матери на гемодинамику плода. В группе с дистрессом плода синхронизация с материнским кровообра-

щением еще более возрастала ( $p < 0,05$ ). Амплитуда пика в области 0,5 Гц составила  $0,14 \pm 0,01$  усл. ед. При этом пик в области 7 Гц отсутствовал, что характеризовало истощение собственной сократительной активности вены и сопровождалось появлением пульсационного паттерна кровотока.

**Выводы.** 1. При физиологическом течении беременности кровотока в вене пуповины обеспечивается собственной миогенной сократительной активностью с частотой импульсов 7 Гц, а также зависит от артериального компонента, связанным с частотой сокращений сердца плода.

2. По мере нарастания страдания плода на фоне синдрома ЗВУР отмечается возрастание роли медленноволновых процессов материнского происхождения в регуляции пуповинной флэбогемодинамики и истощение собственных флэботонических механизмов.

3. Примененный в работе подход в дальнейшем может способствовать усовершенствованию диагностики и лечебной тактики при патологических состояниях плода.

## **Репродуктивний статус після органозберігаючих операцій у хворих з передпухлинною та ранньою онкологічною патологією шийки матки**

**О. О. Єгоров**

**Дорожня клінічна лікарня станції Харків**

Широке впровадження органозберігаючого лікування початкових форм раку шийки матки робить актуальним питання про його вплив на репродуктивну функцію.

**Метою** нашої роботи є вивчення впливу на репродуктивну функцію функціонально-зберігаючого лікування передраку та ранньої онкологічної патології шийки матки. Показаннями до хірургічного лікування були гістологічно верифікована цервікальна інтраепітеліальна неоплазія III стадії у 45 пацієнток, мікроінвазивний рак шийки матки IA-стадії у 40 пацієнток.

У дослідженні було проведено: ножова конізація – у 36–42,4%; лазерна – у 19–22,4%, електроконізація – у 26–30,5%; кріотерапія – у 3–3,5%; діатермокоагуляція – у 1–1,2% жінок. Порівнювали репродуктивну функцію у оперованих жінок та 30 здорових (контрольна група). При вивченні функціонування репродуктивної системи пацієнток (для оцінювання менструальної функції, виявлення особливостей перебігу вагітності), а також для проведення моніторингу основного онкологічного процесу використовували комплекс діагностичних інструментальних та лабораторних методик.

Після органозберігаючого лікування перед- та мікроінвазивного раку шийки матки у 93,6% жінок менструальна функція зберігається. У 3,2% пацієнток на тлі лікування була діагностована дисфункція яєчників, що виникала однаково часто як після ножової ампутації шийки матки, так і після електроконізації та кріодеструкції пухлини. Встановлено, що частота дисфункції яєчників у хворих на початкові форми раку шийки матки після функціонально-щадячого лікування не вище такої у загальній популяції. Порушення функції яєчників має рефлекторний характер, та є наслідком маніпуляцій на шийці матки, коли задіяні рефлекторні зв'язки

між ектоцервіксом та яєчниками, корою наднирників, гіпоталамусом та гіпофізом.

Найчастіша скарга хворих, які перенесли органозберігаючі операції, – альгодисменорея, що переважає у групах пацієток, які прооперовані з використанням електроконізатора та лазера. В переважній більшості випадків болісні менструації пов'язані зі стенозом цервікального каналу. Оскільки при конізації шийки матки видаляють частину цервікального каналу, можливі порушення бар'єрної функції цервікального каналу та розвиток запальних процесів. Хірургічне втручання також може бути причиною розвитку запалення, яке у свою чергу може обумовлювати безпліддя. До причин безпліддя відносять таке ускладнення конізації шийки матки як цервікальний стеноз. В першу чергу це стосується хворих на мікроінвазивний рак шийки матки ІА-стадії, у яких лікування передбачає широку конізацією шийки матки.

Одним з можливих наслідків хірургічного втручання на шийці матки – розвиток істміко-цервікальної недостатності, яка може стати причиною як мимовільного абортів, так і передчасних пологів. Аналіз стану репродуктивної функції та перебігу вагітності у 85 пацієток після інвазивних методів лікування передрака шийки матки дав наступні результати. Після використання інвазивних методів лікування передрака шийки матки в терміні від 2 до 5 років виникло 58 вагітностей. Частіше (38,2% випадків) вагітніли жінки після кріодеструкції. Після ножової ампутації, радіохірургічної ексцизії та лазероапоризації – 24; 23,1 та 31,4% випадків відповідно і менш за все – після електроконізації шийки матки – у 15,2% випадків. Вважається, що ці результати можливо пояснити тим, що кріодеструкція – більш щадячий метод, а електроконізація – більш агресивний. У 2 випадках вагітність, що не розвивалася, виникла після електроконізації та у 1 – після ножової ампутації шийки матки, коли практично повністю видаляється піхвова частина шийки матки, що призводить до відсутності слизової пробки, яка захищає від проникнення інфекції у порожнину матки, наслідком чого і виникла вагітність, що не розвивалася. У 2 жінок виникла позаматкова вагітність.

Аналізуючи перебіг вагітності після органозберігаючого хірургічного лікування з приводу онкогінекологічної патології, слід відзначити, що в групі пацієток, які перенесли функціонально-щадяче лікування в порівнянні з контрольною групою, збільшується частота мимовільного переривання вагітності. Так, після лікування у 46,3% жінок вагітність завершилася абортів, у 35,2% – пологами (27,4% – передчасні), у 18,5% – мимовільним викиднем. Цей факт обумовлюється відсутністю піхвової частини шийки матки і розвитком функціональної недостатності внутрішнього вічка. Звертає на себе увагу велика частка штучного переривання вагітності у групі пацієток після операцій на шийці матки (частіше всього аборт виконували не за медичними показаннями, а за бажанням пацієнтки). Рецидив захворювання зафіксований у 1 (1,1%) пацієнтки, що мала в анамнезі вагітність після перенесеного спеціального лікування з приводу рака шийки матки. Цей показник не перевищує показники рецидивування процесу у групі хворих після органозберігаючого лікування без вагітності в анамнезі (1,5%). Термін спостереження складає 8 років. Це дозволяє припустити, що вагітність не спричиняє негативного впливу на результати лікування передраку та початкових форм рака шийки матки, а своєчасні лікувально-профілактичні заходи дозволяють попередити ускладнення перебігу вагітності та пологів.



---

**Церебральная ишемия у плода и новорожденного:  
факторы риска и их реализация**  
*П.А. Карпов, М.А. Трухачева, Т.В. Фадеева, О.В. Бондарева*

Белгородский государственный национальный исследовательский университет  
Кафедра акушерства и гинекологии, г. Белгород, Россия  
Перинатальный центр Областной клинической больницы св. Иоасафа

---

**Актуальность.** Церебральная ишемия у плода и новорожденного – ведущее осложнение перинатального периода, являющееся одной из причин инвалидизации детей, а в тяжелых случаях и летальных исходов. Следовательно, данное осложнение имеет важное медицинское, социальное и демографическое значение. Сегодня, несмотря на всю значимость проблемы, нет надежной методики исследования механизмов развития церебральной ишемии, во многом нет единства мнений в вопросах роли перинатальных и других факторов в возникновении этого осложнения. Значительные трудности прижизненной диагностики характера нарушений мозгового кровообращения существенно влияют на своевременность и адекватность терапии. Кроме того, в связи с полиэтиологичностью нарушений мозгового кровообращения посмертная морфологическая трактовка патогенеза также затруднена. В связи с этим необходимо более глубокое изучение значимости факторов риска в развитии церебральной ишемии, составление математической модели для прогнозирования, нацеленного на разработку методов предупреждения указанной патологии. Эти нерешенные проблемы и намеченные векторы их решения являются важными и перспективными в перинатальной медицине.

**Цель работы.** Выявление и анализ факторов высокого риска при церебральной ишемии у плода и новорожденного для дальнейшего построения информационно-медицинской прогностической системы.

**Материалы и методы.** В анализ вошли 847 историй родов и историй развития новорожденных, у которых в постнатальном периоде были установлены церебральные ишемические состояния. На основании анализа были выделены группы факторов: группа неблагоприятных прегравидарных, перинатальных, интранатальных и постнатальных факторов, а также данных патолого-анатомического диагноза умерших новорожденных и факторов гистологического исследования последов.

Для математической обработки данных был использован метод корреляционного анализа с установлением зависимости церебральной ишемии и факторов риска с исчислением коэффициента корреляции ( $r$ ) и уровня ошибки ( $q$ ).

**Результаты исследования.** Было установлено, что балльная оценка состояния новорожденного по шкале Апгар не информативна в прогнозе постнатальных ишемических церебральных поражений.

Результаты исследования показали, что развитие церебральной ишемии в большей степени коррелирует с возрастом первородящей старше 30 лет с коэффициентом корреляции  $r=0,87$  при уровне ошибки  $q<0,01$ ; атлетическим типом телосложения беременной ( $r=0,77$ ,  $q<0,01$ ); ХФПН ( $r=0,85$ ,  $q<0,01$ ); преэклампсией средней тяжести и тяжелой ( $r=0,86$ ,  $q<0,01$ ); ЗВУР ( $r=0,84$ ,  $q<0,01$ ); рецидивирующей угрозой прерывания беременности ( $r=0,88$ ,  $q<0,01$ ); осложненными абортми

в анамнезе ( $r=0,83$ ,  $q<0,01$ ); хроническим эндометритом в анамнезе ( $r=0,76$ ,  $q<0,01$ ); гиперандрогенией ( $r=0,81$ ,  $q<0,01$ ); длительной токолитической терапией ( $r=0,79$ ,  $q<0,01$ ); дискоординированной родовой деятельностью ( $r=0,85$ ,  $q<0,01$ ).

Заслуживает внимания ряд состояний с меньшей степенью корреляции: неосложненный аборт в анамнезе ( $r=0,53$ ,  $q<0,01$ ); хронические TORH-инфекции ( $r=0,55$ ,  $q<0,01$ ); хронические воспалительные заболевания почек ( $r=0,52$ ,  $q<0,01$ ); гипертоническая болезнь ( $r=0,57$ ,  $q<0,01$ ); анемия беременной ( $r=0,54$ ,  $q<0,01$ ); ВСД ( $r=0,56$ ,  $q<0,01$ ); слабость родовой деятельности ( $r=0,59$ ,  $q<0,01$ ); чрезмерно сильная родовая деятельность ( $r=0,57$ ,  $q<0,01$ ); длительный безводный промежуток ( $r=0,51$ ,  $q<0,01$ ).

Факторы риска развития церебральной ишемии имеют разную значимость в зависимости от времени их действия: на прегравидарный период приходится 25,2% факторов (прегравидарные факторы риска), на антенатальный период – 30,8% факторов (антенатальные факторы риска), на интранатальный период – 13,6% (интранатальные факторы риска) и на постнатальный период – 30,4% факторов (постнатальные факторы риска).

**Выводы.** Таким образом, математический анализ случаев с церебральной ишемией новорожденных детей показал, что более 60% всех факторов риска в равных долях действуют в антенатальном и постнатальном периоде, а у каждого четвертого новорожденного факторы риска значимы на прегравидарном этапе. Неожиданно редко, с акушерской точки зрения, реализация факторов риска наблюдалась в интранатальном периоде, что, с большой долей вероятности, объясняется рациональным ведением родов и отказом от агрессивных методик по активации родового акта.

Результаты исследования показали также отсутствие корреляционной зависимости между показателями состояния новорожденного по шкале Апгар и степенью выраженности церебральной ишемии. На основании результатов работы возможно создание медико-информационной системы по прогнозированию церебральной ишемии на всех этапах, начиная с прегравидарного, что позволит провести своевременную и действенную профилактику.

## Перинатальні аспекти кесаревого розтину

**В.В. Корсак, І.І. Пахкань**

Ужгородський національний університет

В останні роки спостерігається значне зростання частоти кесарева розтину завдяки розвитку та вдосконаленню акушерської науки, анестезіології, неонатології, фармакології, застосування нових антибіотиків та шовного матеріалу, що призводить до збільшення кількості післяродових ускладнень та порушення адаптаційних можливостей новонароджених.

**Метою дослідження** було визначення ролі і місця кесарева розтину у сучасному акушерстві та виявлення резервів зниження перинатальної захворюваності і смертності.

**Матеріали та методи.** Нами проведено клінічний аналіз частоти і показань до оперативного розродження шляхом операції кесарева розтину та рівня перинатальної захворюваності і смертності за 2000 та 2010 роки, тобто з інтервалом в 10 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз структури показань до кесарева розтину показав, що вони за десять років практично не змінилися.

Питома вагу складали показання до кесарева розтину в інтересах плода, серед яких домінували дистрес плода при вагітності і під час пологів, вузький таз матері, тазові передлежання плода, несприятливі вставлення і передлежання головки, аномалії пологової діяльності, неправильні положення плода після злиття навколоплідних вод. За цими показаннями було прооперовано в 2000 році 29,2% , а в 2010 році – 40,2% жінок.

В 2010 році 67,2% жінок в 2000 році та 56,9% жінок розроджено абдомінальним шляхом за показаннями з боку матері, до яких віднесено рубець на матці, екстрагенітальну патологію, пізній гестоз вагітності та пов'язані з ним випадки передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та патологію розміщення плаценти. Як свідчать наші дані, значне зростання частоти кесарева розтину абсолютно не вплинуло на показник загальної перинатальної смертності – 19,1‰ в 2000 році та відповідно 20,4‰ в 2010 році.

Аналіз показав, що для зниження перинатальної захворюваності та смертності необхідно реорганізувати структуру і роботу пологових відділень та відділення новонароджених з палатою інтенсивної терапії, постійно підвищувати рівень кваліфікації акушерів-гінекологів і неонатологів, впровадити новітні технології з рододопомоги, чітко дотримуватися протоколів надання допомоги при нормальних та ускладнених пологах, особливо дистресі плода при вагітності і під час пологів, аномаліях пологової діяльності, тазових передлежаннях, передчасних родах тощо з метою своєчасного вибору найбільш оптимального метода розродження в залежності від конкретних умов. Цю думку підтверджує аналіз загальної перинатальної смертності в клініці, який показав, що в 85% випадків причиною смерті новонароджених або внутрішньоутробної загибелі плода був дистрес плода на фоні тієї чи іншої патології.

Аналіз захворюваності дітей, народжених внаслідок кесарева розтину, показав, що він у три рази вищий ніж у народжених через природні пологові шляхи за рахунок зниження адаптаційних можливостей, раптовості переходу з умов порожнини матки до зовнішнього середовища, а в деяких випадках дефектів анестезіологічного забезпечення або техніки хірургічного втручання. Зокрема, виявлено, що у 67% новонароджених знижений тонус м'язів, ослаблені рефлекси, порушений процес становлення адекватного дихання, відновлення початкової маси тіла.

**Висновки.** Таким чином, на сучасному етапі розвитку медичної науки і практики кесарів розтин не вирішує проблему зниження перинатальної захворюваності та смертності. Резервом зниження її є впровадження новітніх технологій по профілактиці, діагностиці, лікуванню в пренатальний, антенатальний, інтранатальний і постнатальний періоди.

**Поради лікарю щодо профілактики гіпоксичних станів плода і новонародженого у жінок з плацентарною дисфункцією****Косілова С.Є.****Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці**

---

**Актуальність.** Дослідження показали, що понад 60% перинатальної патології виникає в антенатальному періоді, а однією з основних причин її розвитку є плацентарна дисфункція (ПД), яка має мультифакторну природу, викликає гемодинамічні, метаболічні та інші порушення як у плодово-, так і в матково-плацентарному комплексі. Відомо, що ПД часто супроводжується гіпоксією, затримкою внутрішньоутробного росту і розвитку плода, порушенням функцій та структури його життєвоважливих органів і є основною причиною перинатальної захворюваності та смертності. Для оцінки ступеня порушень компенсаторно-приспосувальних механізмів, прогнозування несприятливих наслідків для плода і новонародженого можна використовувати визначення інтенсивності процесів пероксидації як показника деструкції клітинних мембран, і спроможності антиоксидантного захисту, як свідчення клітинної адаптації.

Не дивлячись на велику кількість запропонованих схем способів лікування ПД, профілактики гіпоксичних станів плода і новонародженого в різні терміни вагітності, продовжується пошук більш ефективних методів лікування і профілактики цієї патології. Комплексна патогенетична терапія має бути спрямована на покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, корекцію порушень обміну речовин, нормалізацію співвідношення в системі перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) – антиоксидантний захист крові (АОЗ), що буде сприяти покращенню стану плода і новонародженого.

**Метою** роботи було вивчення стану ПОЛ і ефективності АОЗ у новонароджених при різних способах інтранальної корекції ПД у вагітних.

**Матеріали та методи.** У відповідності до мети дослідження були вивчені показники ПОЛ і АОЗ в крові із вени пуповини у новонароджених від жінок, вагітність яких ускладнилась ПД. Про стан ПОЛ судили по рівню гідроперикисів ліпідів і малонового діальдегіду. Про АОЗ судили по рівню оновленого глутатіону і глутатіон-пероксидази в крові. Обстежені були розподілені на дві групи. В I групі (27 жінок) з метою корекції ПД вагітні отримували базисну терапію (актовегін, аскорбінова кислота, курантіл, седативні препарати). В II групі (25 жінок) крім базисної терапії жінки отримували антигомотоксичні препарати (АГП): Плацентарна композиція, Коензим композиція. Дослідження АГП показали, що основна дія препарату Коензим композиція стимулює і регулює заблоковані внутрішньоклітинні ферментні системи циклу Кребса, активує окислювально-відновні процеси, здійснює метаболічну антиоксидантну і дезінтоксикаційну дію. Дія препарату Плацентарна композиція спрямована на покращення переферичного кровообігу, мікроциркуляції, активізацію процесів обміну у органах і тканинах.

Виходячи із цього, для корекції ПД, крім загально прийнятого комплексного лікування (діпірідамола, актовегін, аскорбінова кислота) пропонується застосування АГП: Плацентарна композиція, Коензим композиція. Кожний препарат вводити по 2,2 мл через 3 дні, всього по 8 ін'єкцій. В один день вводити тільки один з препа-

ратів. Запропонований комплекс лікування проводити у жінок з ПД в 22 та в 32 тиж вагітності.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті проведеного дослідження з'ясовано, що проведені лікувальні заходи здійснювали певний вплив на показники системи ПОЛ і АОСЗ плода, що підтверджує дані літератури про тісний зв'язок метаболічних процесів материнського організму та плода. Так, вміст гідроперекісів ліпідів був значно вищий у новонароджених від матерів I групи –  $1,45 \pm 0,03$  мкмоль/мл ер. і  $1,39 \pm 0,04$  мкмоль/мл ер. – в II групі ( $p < 0,001$ ), а рівень малонового діальдегіду суттєво не відрізнявся ( $p > 0,05$ ). Підвищення вмісту продуктів ПОЛ у новонароджених II групи супроводжувалося активацією антиоксидантної системи. Про це свідчить більш високий рівень глутатіону в еритроцитах ( $37,2 \pm 1,3$  мкмоль/мл ер.) ( $p < 0,02$ ) та активація ферменту глутатіон-пероксидази ( $32,6 \pm 1,1$  мкмоль/мл ер.). Активність ферментів в крові новонароджених I групи суттєво не підвищувалась ( $p > 0,05$ ).

Захисна дія АГП на міокард плода дозволила створити оптимальні умови для його життєздатності в пологах при значному зниженні матково-плацентарного кровообігу. Про це свідчать дані по вивченню стану новонароджених. Так, з оцінкою за шкалою Апгар 7–8 балів народилось  $64,0 \pm 6,8\%$  дітей в I групі проти  $88,0 \pm 4,6\%$  дітей в II групі ( $p < 0,01$ ). Асфіксія новонароджених відмічалась в  $36,0 \pm 6,8\%$  дітей I групи та  $12,0 \pm 4,6\%$  дітей II групи ( $p < 0,001$ ). Разом з тим, структура маси тіла новонароджених від матерів, які отримували різний комплекс лікувально-профілактичних заходів, в різних групах суттєво не відрізнялась ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Використання АГП сприяє зниженню рівня продуктів перекисного окислення ліпідів, активації антиоксидантної системи захисту крові у новонароджених, що приводить до зменшення частоти гіпоксичних станів плода і новонародженого, акушерських і перинатальних ускладнень при ПД.

## Етапність надання допомоги вагітним з високим ризиком ВУІ плода О.В. Кравченко Буковинський державний медичний університет

**Актуальність.** Значне розповсюдження хронічних інфекційно-запальних процесів уrogenітальної сфери у жінок репродуктивного віку призводить до зростання частоти внутрішньоутробного інфікування плода, що обумовлює зрив адаптації у новонароджених та сприяє збільшенню інфекційних ускладнень перинатального періоду. Частота народження дітей з проявами ВУІ коливається від 30 до 58%.

Метою нашої роботи було розробити алгоритм ведення вагітних з високим ризиком ВУІ плода.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено дві групи пацієнток, які були рандомізовані за віком та особливостями акушерсько-гінекологічного і соматичного анамнезу. I група (50 вагітних), у яких прогнозування ВУІ та ведення вагітності проводилось відповідно до викладеного алгоритму та II група (40 осіб), яка спостерігалась за загальною прийнятою методикою.

**Результати дослідження.** Комплексна лікувально-діагностична програма ведення вагітності складається з 5 етапів. На I етапі на підставі анамнестичних даних

визначають належність жінки до групи ризику щодо розвитку внутрішньоутробних інфекцій. При цьому з'ясовують наявність у вагітної: екстрагенітальної патології на тлі якої може виникнути ВУІ; обтяженого акушерського та гінекологічного анамнезу; соціально-біологічних факторів; ускладнень даної вагітності, що пов'язані з інфекційним ризиком.

На II етапі проводять клініко-лабораторне обстеження та лікування виявлених інфекцій.

На III етапі здійснюють клінічний та УЗД контроль щодо виявлення маркерів внутрішньоутробних інфекцій у жінок групи ризику. При цьому до клінічних ознак реалізації ВУІ віднесені: персистуюча загроза переривання вагітності; маловоддя або багатоводдя; ЗВУР; кольпіти, цервіцити; інфекції сечовидільних шляхів. До ультразвукових ознак ВУІ належать: патологія плаценти, порожнинні та підшкірні набряки плода, кальцифікати внутрішніх органів плода, зміни ехогенності внутрішніх органів плода, структурні дефекти (вади розвитку внутрішніх органів), гепатомегалія та спленомегалія. УЗД контроль маркерів ВУІ слід проводити один раз на місяць за умов виявлення клінічних та ультразвукових ознак реалізації інфекції проводять лікування ВУІ.

На IV етапі вагітній жінці з групи ризику виникнення ВУІ перед пологами, в тому числі при передбачених оперативних втручаннях та інвазивних лікувальних маніпуляціях призначають: імуномодуючі засоби, засоби для нормалізації метаболічного гомеостазу, еубіотики для корекції мікробіоцинозу статевих шляхів і усунення дизбіотичних порушень.

V етап передбачає обстеження в післяпологовому періоді пуповинної крові з метою виявлення збудника та бактеріологічне та гістологічне дослідження плаценти.

Реалізація ВУІ у жінок I групи мали місце в 12% випадків тоді як в II групі обстежених 27%. Частота інфекційних ускладнень новонароджених становила відповідно 22–45%, причому тяжкі форми склали 13% та 27%, малі форми 9% та 18%.

**Висновки.** Отримані дані свідчать про доцільність та перспективність використання запропонованого алгоритму ведення вагітності у жінок з ризиком ВУІ плода.

## **Профілактика розвитку ВУІ в ранні терміни вагітності у жінок групи ризику**

**О.В. Кравченко**

**Буковинський державний медичний університет**

---

**Актуальність.** В структурі захворюваності вагітних урогенітальні інфекції посідають четверте місце після йододифіцитних захворювань, анемії та загрози переривання вагітності. Частота їх становить від 6,9 до 13,1%. Більш ніж у 70% випадків причиною загрози переривання вагітності є урогенітальні інфекції. Крім передчасних пологів вони обумовлюють внутрішньоутробне інфікування плода. Частота інфекційної захворюваності новонароджених прямо пропорційна захворюваності вагітних та напряму корелює зі станом фето-плацентарного комплексу.

У зв'язку з цим, метою нашої роботи було розробити комплексу терапію спрямовану на профілактику та лікування плацентарної дисфункції в I триместрі гестації.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено II групи пацієнток, які були рандомізовані за віком та особливостями акушерсько-гінекологічного і соматичного анамнезу. I група (50 вагітних) яким проведене запропоноване лікування та II група (40 осіб), яка спостерігалась за загально прийнятою методикою.

**Результати дослідження.** Всі жінки склали високу групу ризику щодо розвитку дисфункції плаценти та ВУІ плода. З метою профілактики розвитку плацентарної дисфункції в основній групі було запропоновано призначити:

1. Гормональну терапію (дуфастон 20 мг на добу з 8 по 18 тиж);
2. Метаболічну терапію 10–11 тиж, 15–16 тиж.
3. Терапію, що покращує матково-плацентарний кровообіг (Гілоба 40 мг 3 рази на добу, ериніт 1 таблетка 3 рази на добу, Магне В6 по 2 таблетки 3 рази на добу, фолієва кислота – 1 таблетка 2 рази на добу, Вітамін Є – 1 капсула (100 мг) 2 рази на добу 10–12 днів).

В разі виникнення загрози абортів з кровотечею дозу гормональної терапії збільшували до 40 мг. При відшаруванні хоріону призначали:

1. Гемостатичну терапію (трансамін 5% 5,0 внутрішньовенно крапельно, внутрішньом'язово або в таблетках, транексам – 200–500 мг 2–3 рази на добу, максимальна доза 15–20 мг/кг на добу; діцинон 2,0 внутрішньом'язово або в таблетках).
2. При організації гематоми ензимотерапія: вобензим 3 драже 3 рази на добу 2 тиж. Контроль УЗД.
3. При народанні трофоблічних ускладнень: антикоагуляційна терапія; антиагреганти.

Ультразвукові ознаки ВУІ такі як гіоплазія амніона, гіоплазія хоріона, зміни розмірів жовточного мішка або його відсутність, деформоване плідне яйце, амніотичні тяжі, низьке розташування плідного яйця, раннє маловоддя оцінювали в ранні терміни гестації при первинному ультразвуковому скринінгу.

Результати нашого дослідження показали, що у вагітних основної групи рідше зустрічалась гіоплазія амніона – 6% в порівнянні з контролем – 15%, деформація плідного яйця відповідно 18%, 30%, амніотичні тяжі, та раннє маловоддя у жінок дослідженої групи не було виявлено, тоді як в контролі цей показник становив 10%.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про необхідність та ефективність проведення профілактики та лікування первинної плацентарної дисфункції у жінок групи ризику щодо розвитку ВУІ плода.

**Ультразвукова діагностика після консервативних пологів у жінок з рубцем на матці****Н.П. Ксаверчук, А.П. Петулько, Т.О. Лоскутова, Т.С. Петрашенко,  
Л.К. Борисенко****Дніпропетровська державна медична академія**

---

**Актуальність.** На сьогодні у зв'язку зі збільшенням пологів шляхом кесарсько-го розтину зростає кількість жінок з рубцем на матці. Резервом зниження частоти кесаревих розтинів в сучасному акушерстві є зменшення їх числа у вагітних з рубцем на матці та розродження їх через природні родові шляхи. Згідно з даними сучасних досліджень встановлено, що від 30 до 80% жінок, що перенесли кесарів розтин, можуть народжувати через природні пологові шляхи з успішним результатом як для матері, так і для плода. Актуальним є ультразвукова діагностика післяпологових ускладнень у жінок з рубцем на матці після консервативних родів.

**Матеріали та методи.** Нами проведено обстеження 22 породіль з рубцем на матці на 3-ю добу післяпологового періоду після розродження через природні пологові шляхи. Контрольну групу склали 20 породіль, які народжували повторно через природні пологові шляхи Для характеристики післяпологової матки ми використовували вимірювання її довжини, ширини та передньо-заднього розміру за допомогою сонографії на апараті TOSHIBA SSA-550A NEMIO 17 PRO.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В нормальний післяпологовий період спостерігається поступове зменшення цих розмірів на протязі перших 7 діб. Поперечний та передньо-задній розмір зменшується повільніше, ніж довжина. Контур М-ехо може бути лінійним, чітким, що свідчить про повне відходження плідних оболонок, дольок плаценти та згортків крові. При нормальному перебігу післяродового періоду в порожнині матки може спостерігатися невелика кількість кров'яних згортків, що на 1–3-ю добу локалізуються у верхніх відділах матки. На 5–7-у добу їх кількість зменшується, вони знаходяться в нижніх відділах матки, ближче до внутрішнього вічка. При цьому порожнина матки представляється лінійною. Проведення ультразвукового скринінгу в ранні строки післяпологового періоду дозволяє знизити відсоток післяпологового ендометриту та є профілактикою пізніх післяпологових кровотеч, причиною яких є затримка плацентарної тканини, згортків крові, плідних оболонок.

У 4 (18,2%) обстежених жінок нами виявлено субінволюцію матки. Затримка інволюції матки та зниження її скоротливої активності вказують на розвиток післяпологових інфекційних ускладнень. Післяпологова субінволюція може розглядатися як доклінічна стадія післяпологового ендометриту. Головними характеристиками цього стану є збільшення розмірів – довжини, ширини та передньо-заднього – відносно фізіологічного перебігу пуерперію.

Залишки плацентарної тканини на ехограмі у 3 породіль (13,6%) ми визначали як гіперехогенну структуру в порожнині матки, що схожа зі структурою плаценти. При тривалому перебуванні плацентарної тканини в порожнині матки формується плацентарний поліп, ехографічне відображення якого не має специфічних ознак. Заключний діагноз ставиться на підставі гістологічного дослідження видаленої тканини.



Сонографічне обстеження у 13 (59,1%) жінок показало відповідність розмірів їх матки розмірам матки жінок контрольної групи. Ми звертали увагу на стан післяопераційного шва на матці, наявність набряку та деформацій по передній стінці матки. Інколи відмічалося більш повільне зменшення розмірів матки.

Проведені дослідження дозволили виявити наявність гематометри у 2 (9%) породіль. Гематометра при ультразвуковому дослідженні визначається як наявність в розширеній порожнині матки рідини з гіпоехогенною дрібнодисперсною структурою. При організації згустків в наступні терміни ехографічна картина змінюється – з'являються гіперехогенні пристінкові включення. Подальша тактика ведення таких хворих залежить від клінічного стану породілля, розмірів гематометри. При дилатації порожнини матки до 1 см можлива консервативно-очікувальна тактика на фоні спазмолітиків та утеротоніків. При дилатації на 2 см та більше, неоднорідній структурі гематометри ми використовували інструментальну ревізію порожнини матки.

#### **Висновки:**

1. УЗД є інформативним методом ранньої діагностики післяпологових ускладнень, тому його доцільно проводити всім породіллям з рубцем на матці, що народжували через природні пологові шляхи.

2. Зображення гіпоехогенної структури без чітких контурів в шийково-перешийковій частині матки на 5-у добу є сонографічною ознакою можливої неспроможності рубця.

3. Сонографічне обстеження у жінок з рубцем на матці, що народжували самостійно, є профілактикою виникнення плацентарних поліпів та маткової кровотечі в пізньому післяпологовому періоді.

### **Перинатальное наблюдение идиопатического фетального гепатита**

**Л.Г. Назаренко, Н.В. Лихачева, Е.А. Яковенко, Е.Н. Бабаджанян,  
О.В. Ромадина, О.С. Каратай**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования  
Городской клинический родильный дом с неонатологическим стационаром**

В тезисах изложены результаты пренатальной диагностики поражения печени с наличием портокавального анастомоза, сердца с выраженной кардиомиопатией у плода, дальнейшее наблюдение ребенка в неонатальном периоде и в катамнезе в возрасте 3 мес с диагностированным идиопатическим фетальным гепатитом.

**Ключевые слова:** пренатальная диагностика, идиопатический фетальный гепатит, плод, новорожденный.

В Украине, в течение последних 10 лет, отмечается поступательное снижение неонатальной, перинатальной и младенческой смертности. Тем не менее, проблема тяжелых перинатальных поражений остается актуальной в связи с высокой летальностью и инвалидизацией детей.

Распространенность неонатального заболевания печени достигает 1 на 2500 живорожденных детей. Раннее выявление заболевания печени оказывает влияние

на дальнейший прогноз жизни ребенка. Приводим случай перинатального наблюдения идиопатического фетального гепатита. Беременная 34 лет направлена на кафедру генетики и медицины плода ХМАПО в связи с подозрением на врожденный порок сердца у плода в сроке 21 нед гестации. Из анамнеза известно, что беременность у женщины десятая (трое родов, дети рождены с крупной массой тела, два самопроизвольных аборта позднего срока, четыре искусственных аборта).

В течение настоящей беременности выявлена угроза прерывания беременности, истмико-цервикальная недостаточность, кандидозный кольпит, анемия II степени, гиперплазия щитовидной железы II степени (функция не уточнена). При оценке фенотипа у беременной имеются признаки соединительнотканной дисплазии. При осмотре фетальные параметры соответствуют 21–22 нед беременности. У плода выявлена кардиомиопатия, подозрение на врожденный порок сердца – вторичный ДМПП. В режиме спектрального доплеровского картирования максимальная скорость на клапане аорты в пределах нормы – 51,74 см/с. Диаметр аорты – на уровне клапанов – 4,6 мм, восходящий отдел – 6,6 мм, диаметр легочной артерии 4,6 мм. Дилатация овального окна до 8,9 мм. Имеются признаки внутриутробной инфекции – гепатомегалия, гиперэхогенность кишечника, гиперплазия плаценты. Женщина госпитализирована для дообследования и лечения. Беременная осмотрена повторно в сроке 32 нед гестации. При осмотре фетальные параметры не соответствуют 32 нед беременности. Обращает на себя макроцефалия (размеры головки соответствует 35 нед гестации), укорочение длинных трубчатых костей (размеры соответствуют 30 нед гестации). У плода выявлено увеличение размеров печени с неоднородной структурой за счет очагов фиброза по ходу портальной вены. В структуре печени визуализируются дополнительные сосуды, возможно, порто-кавальные коллатерали, имеется расширение нижней полой вены и печеночных вен.

На момент осмотра имеется выраженная кардиомегалия со смещением оси сердца влево, гипертрофия миокарда желудочков, асцитическая полоска – 4 мм, гиперэхогенный кишечник, отек подкожной клетчатки до 8 мм – признаки вторичной сердечной недостаточности, гиперплазия плаценты, единственная артерия пуповины. Выявленные у плода патологические изменения, манифестировавшие в III триместре беременности, могут быть проявлением наследственных болезней обмена, врожденного фиброза печени, врожденной порто-кавальной фистулы, сопровождающиеся вторичной сердечной недостаточностью.

Мальчик родился с массой 3350 г, ростом 50 см, окружностью головы 35 см, груди 33 см с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. В течение 2 ч состояние ухудшилось за счет нарастания кардио-респираторной недостаточности, ребенок переведен в ОРИТ на аппарат ИВЛ в режиме нормовентиляции. Обращали на себя особенности фенотипа – брахицефалия, выступающий лоб, гипотелоризм, седловидная переносица, дизморфичные ушные раковины, относительное укорочение верхних конечностей, телеангиоэктазии в области лица и туловища. По данным УЗ-исследования: кардиомиопатия с утолщением МЖП до 10 мм, ЗСЛЖ до 7 мм, ПСПЖ до 6 мм), ФОО-4 мм в динамике необходимо дифференцировать со вторичным ДМПП. Гепатомегалия, значительное расширение печеночных вен до 7 мм, нижней полой вены до 10 мм. Спленомегалия. Умеренный отек головного мозга.

Учитывая манифестацию заболевания в третьем триместре беременности, заподозрены болезни накопления: гликогеноз II типа (Болезнь Помпе), который необходимо дифференцировать с нарушением  $\beta$ -окисления жирных кислот с развитием Рейе-подобного синдрома – болезнью Гоше, гепатитом, энцефалитом, миокардитом, пневмонией. Результаты биохимического обследования: повышение АЛТ, мочевой кислоты, КФК, ЛДГ, общего билирубина и его прямой фракции, повышение лактата крови, треонина,  $\alpha$ -аминомасляной кислоты, снижение глутамата, гистидина, аланина, валина, гистидина, цистина, триптофана, лизина. Изменения указывают на тяжесть поражения печени. ГХ-МС органических кислот мочи – повышение уровня лактата на фоне микрогематурии и лейкоцитурии свидетельствуют о вторичной митохондриальной дисфункции. Метаболитов, свидетельствующих о нарушении  $\beta$ -окисления жирных кислот, нарушении цикла мочевинообразования не выявлено. Исключен неонатальный гемохроматоз.

Ребенок и мама обследованы на TORCH-инфекции в парных сыворотках методом ИФА, результат исследования – отрицательный. Маркеры вирусных гепатитов: HbsAg, Ig HCV, HBeAg, AB HBe, определенные методом ИФА и HBV HCV методом ПЦР – отрицательные. В динамике у ребенка сохранялись высокие уровни АЛТ, АСТ, повышение общего билирубина до 205 мкмоль/л, прямого 134 мкмоль/л в возрасте 1 мес. Ребенок получал симптоматическое лечение. В динамике состояние ребенка улучшалось. Ребенок самостоятельно сосал, прибавлял в весе. Сохранялась умеренная гипотония, гипорексия. Кожные покровы иктеричные с зеленоватым оттенком.

Ребенок выписан в возрасте 1 мес 18 дней жизни с улучшением. В биохимическом анализе сохранялся повышенный общий билирубин 118 мкмоль/л, прямой 78 мкмоль/л. Ребенок осмотрен в катамнезе в возрасте 3 мес жизни. Состояние его удовлетворительное. Физическое, психомоторное развитие соответствует возрасту. Кожные покровы чистые, субиктеричные. В биохимическом анализе сохранялся повышенный общий билирубин – 38 мкмоль/л, прямой 14 мкмоль/л. При УЗИ печени отмечается незначительное повышение эхогенности паренхимы, размеры соответствуют возрасту, желчный пузырь не изменен, сосуды печени не расширены. При проведении доплерокардиографии отмечается уменьшение толщины МЖП, ЗСЛЖ, ПСПЖ до 5 мм, показатели внутрисердечной гемодинамики в норме.

Таким образом, мы имеем случай диагностики фетального гепатита, кардиомиопатии, манифестировавших в III триместре беременности у женщины с отягощенным соматическим, репродуктивным анамнезом, с прогрессированием заболевания в неонатальный период и положительной динамикой течения заболевания к 3 мес жизни. Клиническая картина, данные биохимических исследований, ультразвуковой диагностики свидетельствуют об инфекционном процессе в организме плода, реализовавшемся гепатитом, этиологию которого установить не удалось.

Выявление заболевания печени в самые ранние сроки, пренатальная диагностика имеет решающее значение для дальнейшего прогноза. Пернатальная диагностика патологического процесса в описанном случае позволила начать обследование и лечение с первых часов жизни ребенка, тем самым, во многом, предопределив положительную динамику течения заболевания.

**Акушерские аспекты беременностей полученных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий**  
**В.А. Питько, А.И. Ткаче, О.А. Логинова, В.И. Кушнир, Е.С. Показий**  
Украинский научно-практический медицинский центр акушерства, гинекологии и репродуктологии Харьковского национального медицинского университета

---

Современные перинатальные подходы к ведению беременностей, полученных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, многогранны и многокомпонентны и основаны на решении не только медицинских, а прежде социальных, психологических, юридических, моральных и даже политических проблем современного общества.

**Актуальность.** Значение вспомогательных репродуктивных технологий трудно переоценить по отношению к тем супружеским парам, которые длительное время боролись за счастье стать родителями и получили долгожданную беременность. Далее присоединяется акушерская точка зрения на ведение такой беременности.

**Материалы и методы.** Репродуктологическое и акушерское отделения нашего Центра специализируются на ведении пациенток, беременности у которых получены в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, особенно в рамках реализации общенациональной программы «Репродуктивное здоровье нации 2006–2015». Прибывающие из разных регионов Украины бесплодные пары в своем большинстве пребывают в позднем репродуктивном возрасте, когда высок риск развития синдрома слабого ответа яичников на их контролируемую стимуляцию. Таким женщинам мы проводим углубленное обследование, включающее доплерометрию органов малого таза, выявляя тех пациенток, лечение которых будет проводиться «модифицированным» протоколом стимуляции, что позволяет нам получить эмбрионы более высокого качества в сравнении с применением стандартных протоколов стимуляции. Беременности, полученные в Центре, тщательно сохраняются в условиях стационара. Причиной этого является высокий риск самопроизвольного аборта и не развивающейся беременности, ведь многие из пациенток ранее длительно лечились от эндокринных, соматических, инфекционных заболеваний. Высок процент многоплодных беременностей (как правило, двоен), что может привести к задержке внутриутробного развития плодов. Такие беременности тщательно наблюдаются в условиях созданного при Центре консультативно-поликлинического отделения. При малейших отклонениях от нормального течения беременности осуществляется госпитализация и лечение. О том, что такие беременности оставлены «на самотек» не может быть и речи, ведь при многоплодии по статистическим данным чаще встречаются врожденные пороки сердца, гидроцефалия, аномалии развития кишечной трубки. Даже в случае беременности одним плодом в 1,5–2 раза в сравнении со спонтанно возникшей беременностью повышен риск преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела, увеличен риск ante- и неонатальной гибели плода. Вот почему беременность, полученная в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, находится под нашим пристальным вниманием и сопровождается на протяжении от момента зачатия и установления факта беременности до ро-

дорозрешення. При необхідності родильниці и новороженніе продовжують отримувати консультативну допомогу.

**Результати.** На основанні комплексу заходів по спостереженню за вагітністю, отриманими в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, и їх динамічному веденню в умовах окремих відділень Центру стало можливим збереження и пролонгування всіх «проблемних» вагітностей вповні до народження.

**Висновки.** Таким чином, вагітності, отримані в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, супроводжуються гіршими акушерськими и перинатальними прогнозами по порівнянню со спонтанно виниклою вагітністю, що свідчить про більш ретельне спостереження за такими пацієнтками, о необхідності виділення їх в окремі групи ризику и подальшої розробки методик и алгоритмів їх ведення як на догоспітальному, так и госпітальному етапі.

### **Медико-психологічний супровід матерів під час лікування їх дітей у неонатальному відділенні**

**В.І. Похилько<sup>1</sup>, О.М. Панасенко<sup>1</sup>, О.В. Коробко<sup>2</sup>, К.Є. Мироненко<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава  
<sup>2</sup>Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня

Літературні джерела свідчать, що неврологічний прогноз дитини і якість її життя залежить від комплексу біологічних, медичних та соціальних факторів. Серед останніх найбільший вплив має психологічний стан матері під час вагітності та після народження дитини. Діти, матері яких мали післяпологові депресивні стани, у старшому віці демонструють більш когнітивні та поведінкові проблеми ніж діти, матері яких не були у депресивному стані.

**Мета дослідження** – вивчити особливості психоемоційного стану у жінок, які народили передчасно, їх психологічну готовність до материнства та розробити комплекс заходів медико-психологічного супроводу батьків під час лікування їх дітей у неонатальних відділеннях.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети була розроблена спеціальна анкета, яка дозволяла вивчити психологічну готовність жінок до материнства (за С.Ю. Мещеряковою, Н.М. Авдеевою та Н.І. Ганошенко) та оцінити думку матерів щодо впливу різних факторів на результати лікування їх дітей (за 10-бальною шкалою). Рівень стресу у матерів вивчався за допомогою методики Ю. Щербатих «Комплексна оцінка проявів стресу». Дослідження проводилось серед жінок (n=40), передчасно народжені діти яких знаходились на лікуванні у відділенні інтенсивного виходжування та реабілітації новонароджених (ВІВРН) Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні.

**Результати дослідження.** Як показало дослідження, з усіх опитаних жінок 27,5% знаходились у стані важкого стресу, 67,5% – у стані помірного стресу і лише 5% жінок не мали ознак стресу. Нами виявлені чіткі зв'язки між терміном гестації при пологах та ступенем стресу у їх матерів. Зокрема 45,0% жінок, які народили

своїх дітей у термін гестації до 30 тиж, мали виражений стрес, а 55,0% – помірний стрес. Таким чином, майже усі жінки, діти яких знаходились у ВІВРН, мали ознаки стресу.

Головними складовими психологічної готовності жінок до материнства є: переживання під час вагітності, орієнтація на активну участь у вихованні (виходжуванні) та власний дитячий досвід. Анкетування матерів продемонструвало, що для 75% жінок дана вагітність була бажаною, для інших – ні. Під час вагітності 59% опитаних жінок мали амбівалентні переживання, тобто одночасне відчуття протилежних емоційних станів (наприклад, радість і агресію). Після народження дитини психоемоційний стан жінок дещо змінюється, а саме у 47,5% матерів з'явилися радісні переживання, пов'язані із народженням дитини; у 25% матерів – тривога та переживання, у 7,5% матерів – емоційна байдужість; та лише у 5% матерів – відчуття відповідальності за власну дитину. Слід зазначити, що у 23,5% – емоційний стан не був пов'язаний із материнством чи здоров'ям дитини (наприклад, «хочу додому», «сумую за родичами» тощо).

Орієнтація матерів на активну участь у вихованні (виходжуванні) передбачала вивчення рівня власної відповідальності матерів, рівня інформованості стосовно догляду і виховання дитини та бажання дізнатися нове. Анкетування жінок з цих питань продемонструвало високий рівень (87,5%) власної відповідальності за виховання дитини. Суб'єктивна оцінка власної обізнаності в питаннях догляду за дитиною продемонструвала наступне: на категорію «повністю інформовані» вказали 5% матерів, при цьому слід зазначити, що їх самооцінка була неадекватною, тому що вони використовували лише єдине джерело інформації – власний досвід виховання. «Добре інформованими» виявилися 32,5% матерів, для підвищення власної інформованості вони використовували не менше трьох джерел (засоби масової інформації, спеціалізовану літературу, рекомендації лікарів відділення, власний досвід або Інтернет). Решта жінок (62,5%) відмітили свій рівень інформованості в питаннях догляду за дитиною як недостатній. Слід зазначити, що основним джерелом отримання інформації у жінок були поради медиків відділення (80%), поради родичів (62,5%), спеціалізована література (47,5%), власний досвід виховання (47,5%), засоби масової інформації (35%), рекомендації медиків дільничної служби (30%) та Інтернет (5%). При цьому основними питаннями, які найбільше цікавлять жінку, є інформація: з догляду за дитиною та її різнобічним розвитком (27,5% матерів), з лікування передчаснонароджених малюків (2,5%), лише з догляду за новонародженим (25%), чи лише з її різнобічного розвитку (45%). За думкою матерів саме вони та медичний персонал найбільше відіграють роль у вихованні їх дітей, відповідно 52,5% та 42,5% матерів оцінили цей фактор у 10 балів.

Зважаючи на значну кількість жінок, які знаходяться у стані помірного або тяжкого стресу, та на роль родини у вихованні дітей у ВІВРН було розроблено комплекс заходів з медико-психологічного супроводу матерів під час лікування їх дітей з метою формування нормальної взаємодії у системі «Мати-Дитина». Основними складовими зазначеного комплексу стали: надання психологічної підтримки батькам, які перебувають поряд з дитиною; підвищення їх психологічної культури; сприяння розвитку у батьків необхідних вмінь і навичок з психоемоційної саморегуляції у кризові періоди; залучення батьків до активної участі у лікуванні та ви-

ходжуванні дитини; підтримка тісного емоційного зв'язку між родиною та немовля; інформування батьків щодо психічного розвитку малюка з перших днів життя.

**Висновок.** Жінки, діти яких знаходяться на лікуванні у неонатальних відділеннях, потребують медико-психологічного супроводу з метою зменшення у них проявів стресу та формування у них активної позиції щодо виховання (виходжування) своїх дітей.

## **Травма рождения и естественная система защиты матери и ребенка во время родов**

**Г.И. Брехман**

**Междисциплинарный клинический центр Университета, Хайфа, Израиль  
Государственная медицинская академия, Иваново, Россия**

Начиная с первой трети XX ст. исследователи обсуждают проблему травмы рождения. Многие специалисты полагают, что она является неизбежной, и каждый человек является носителем следов такой психической травмы, что отражается в его мышлении и поведении, и даже обнаруживается в виде невроза (Rank, 1923, Grof, 1975–2003). Мать также сохраняет в своей памяти эмоциональные переживания о прошедших болезненных и травматичных родах, что останавливает ее от рождения еще одного ребенка. В условиях сниженной рождаемости это становится социально значимым фактором. В статье приводится ряд научных и клинических данных, которые в совокупности можно было бы рассматривать как «Естественную анти-стрессовую (противоболевую) систему защиты матери и ребенка в родах (ЕСЗР)».

К сожалению, реальная жизнь в цивилизованном обществе создает серьезные социальные, психологические и биологические препятствия к функционированию этой системы. Среди них: психологические особенности женщины, ее память ее собственного рождения, ее страх смерти в родах, страх боли в родах, страх родильного дома с его формальным отношением, тревога за здоровье ее неродившегося ребенка, психосоциальные проблемы, создаваемые ее окружением, и т.д. Литература, кино, ТВ, СМИ вносят свою лепту страха в сознание людей. Современные технологии родоразрешения очень прогрессивны, но часто их использование неоправданно и агрессивно, что также становится негативной информацией.

Все это создает условия для эмоционального дистресса рождающей женщины и как следствие – психосоматических расстройств ее и ее ребенка: нарушение родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, что побуждает акушеров быть гиперактивными. Несомненно, указанные факторы лежат в основе высокой частоты травмы рождения. Именно поэтому в разных уголках мира начали появляться идеи самозащиты: домашние роды, роды в воду, роды с мужем, с душой (опытной помощницей в родах, которая сопровождает женщину до и во время родов). Специалисты предложили свои способы защиты от родовой боли (Дик-Рид, Вельвовский, Ламаз, Лебуайе, Чарковский, другие).

Знание ЕСЗР могло бы способствовать формированию общественного мнения о рождении как об естественном процессе, формированию общественного убежде-

ния, что Природа создала очень сложную и мудрую систему защиты матери и преиета (нерожденного ребенка), чтобы они могли родить и родиться без боли и травмы. Однако, эта система – очень тонкая и хрупкая, и эмоциональный стресс может разрушить ее очень легко. Именно поэтому знание ЕСЗР – серьезное обоснование к современным технологиям подготовки беременных женщин к родам и родоразрешению. Важно не только познакомить беременных женщин с этим даром Природы, но и научить их пользоваться им. Это могло бы освободить часть общества от страха боли в родах. Знание ЕСЗР важно для профессионалов, которые будут бережнее сопровождать женщину и ее ребенка в родах, поддерживая активность этой системы. Все это определено уменьшит частоту травмы рождения, и будет способствовать рождению нового поколения людей с лучшим психическим и физическим здоровьем.

### **О психологическом статусе женщин при беременности после кесарева сечения и влиянии на перинатальные последствия**

**Л.Ю. Дуброва<sup>1</sup>, Н.П. Соловьева<sup>1</sup>, Л.Г. Назаренко<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6» г. Харьков

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

---

**Актуальность.** В общей проблеме ведения беременности и родоразрешения женщин, перенесших в прошлом кесарево сечение, одним из наименее изученных аспектов является психофизиологический. Психологические и эмоциональные потери, которые испытывают мать и ребенок, лишившиеся в силу разных причин возможности пройти естественный процесс родов, обычно не оцениваются в ходе принятия решения о кесаревом сечении, но все чаще признаются причиной депрессий, стрессов, комплекса психоневрологических отклонений. Универсальные факторы, влияющие на успех родов через естественные родовые пути (психологический настрой на роды и готовность женщины к материнству, зрелость шейки матки), при наличии рубца на матке имеют особый смысл, отличающий повторно рожающую женщину с негативным опытом и сильной степенью риска. Поэтому вопрос о психологических особенностях личности беременных женщин с рубцом на матке, часть которых явно или скрыто избегает родов через естественные родовые пути, другая – выступает против повторной операции, заслуживает внимания с позиций отбора кандидатов для вагинальных родов и прогноза их эффективности, что позволило определить **цель** настоящего исследования.

**Материалы и методы.** Из потока женщин, госпитализированных для родоразрешения заблаговременно в связи с перенесенным ранее кесаревым сечением, была сформирована **И** группа – 43 женщины в возрасте 23–38 лет в сроке 37–40 нед, с одноплодной беременностью, без психоневрологической патологии. По принципу «копия-пара» была подобрана **ИЙ** группа – 43 женщины без рубца на матке, обратившиеся с предвестниками родов, соответствующие по возрасту, сроку беременности, состоянию здоровья. При обследовании женщин использован комплекс стандартных психодиагностических тестов: опросник Дж. Тейлор, адаптирован-



ный Т.А. Немчиновым (методика измерения уровня тревожности); самооценка уровня реактивной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина; экспресс-диагностика тревожного состояния в проективном тесте цветных выборов Люшера.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В каждом втором наблюдении женщины I группы были убеждены в неизбежности оперативного родоразрешения и не прошли подготовки к родам, что, вероятно, повлияло на более высокие показатели тревожности у этого контингента. Не исключено, что сопротивление в отношении родов и является одним из источников тревожности в виде переживания вообразимой угрозы разрыва матки.

Личностная тревожность в I группе соответствовала крайне высокому уровню в 20,9% наблюдений, высокому – в 69,8%, среднему – в 9,3%. Во II группе также преобладала высокая тревожность (62,8%), в два раза реже встречалась средняя (32,5%) и в единичных случаях крайне высокая (4,7%).

На пациенток I группы с негативной установкой на вагинальные роды пришлось все случаи крайне высокой тревожности (9) и треть – высокой (11), со средним значением  $40,2 \pm 3,11$  балла, что сочеталось с деструктивными признаками эмоциональной лабильности, страха, паники. Из них у 8 при отсутствии родовых клинических признаков несостоятельности рубца на операции выявлены значительные патологические изменения вплоть до расслоения тканей, что позволило нам предположить наличие своеобразного *психосоматического симптома как результата дисфункции оперированной матки*. Из 11 женщин, согласившихся под влиянием врачей стационара на вагинальные роды при положительном их прогнозе, 5 были родоразрешены без осложнений, 3 успешно проведена родостимуляция, 3 – экстренное кесарево сечение в связи с ложноположительными признаками угрозы разрыва матки.

Ситуативная тревожность определялась на уровне высокой в каждом втором наблюдении в обеих группах. Личностная тревожность на высоком уровне чаще отмечалась в I группе, что, возможно, отражает скрытые переживания психотравмы от предыдущего негативного опыта родов.

Негативные личностные характеристики (повышенная нервозность, эмоциональное истощение) выявлены у 22 женщин I группы и 12 – II (51,2% и 27,9%).

Женщины с позитивным настроем на вагинальные роды на фоне высокой степени тревожности проявили способность мобилизации эмоциональных и волевых ресурсов личности, то есть, конструктивную тревогу. Из 23 таких наблюдений в 18 произошли успешные вагинальные роды, в 5 произведено плановое кесарево сечение в связи с признаками функциональной неспособности оперированной матки, без явлений несостоятельности рубца.

Исследования показали, что высокие показатели невротизации личности беременных с рубцом на матке ограничивают возможности проведения успешных вагинальных родов, способствуют увеличению частоты кесарева сечения, деформируя тем самым готовность к материнству, формируя порочный круг наследственной предрасположенности последующих поколений к абдоминальному родоразрешению благодаря негативному перинатальному опыту. Как известно, перинатальные последствия кесарева сечения (не считая известного позитивного влияния на исхо-

ды осложненного гестационного процесса) включают несколько очевидных отрицательных явлений:

1) *острую травму маточно-плацентарного комплекса* во время разреза, проявляющуюся рефлекторным изменением кровообращения, депонированием плодовой крови в плаценте, в результате чего плод испытывает дефицит притока крови в ходе операции и извлечения;

2) *перинатальную психотравму* в связи с неожиданностью и неподготовленностью ребенка к переходу во внеутробное существование – своеобразное шоковое состояние, под влиянием которого создается так называемый негативный первичный опыт рождения, имеющий отдаленные последствия в виде нервно-психических и интеллектуальных деприваций у ребенка.

Поэтому психокоррекция беременных с рубцом на матке в настоящее время имеет особое значение. Миссией участкового акушера-гинеколога должна стать работа по преодолению стереотипов прошлых лет в отношении естественных родов после кесарева сечения.

**Выводы.** Психодиагностические исследования в конце беременности у женщин с кесаревым сечением в анамнезе могут служить дополнением в прогнозировании эффективности вагинальных родов. У женщин, перенесших кесарево сечение, на фоне морфологических признаков неполноценности рубца в значительном числе случаев определяется своеобразный психосоматический симптом как результат дисфункции оперированной матки.

### **Перинатальні ефекти знеболювання природних і оперативних пологів**

**В.С. Фесенко, О.М. Настенко**

**Харківська медична академія післядипломної освіти**

---

За думкою сучасних авторів, «головний мозок, що розвивається, є справжнім полем битви між факторами, які сприяють виживанню та смерті нейронів». За даними нещодавно проведеного клінікою Мейо дослідження віддалених наслідків знеболювання пологів у штаті Мінесота, в народжених у 1976–1982 роках 5320 дітей, ризик нездатності до навчання був схожим у народжених вагінально і кесаревим розтином під наркозом, але був нижчим для народжених кесаревим розтином під регіональною анестезією. За розпочатою в 1991 році ЮНІСЕФ і ВОЗ у анестезії під час кесаревого розтину, програмою «доброброзичливих до дитини» пологових лікувальних закладів, одним з «Десяти Кроків» є допомога матерям розпочати грудне вигодовування одразу ж після народження. Цій вимозі найкраще відповідає спінальна анестезія, яка в усьому світі вважається „золотим стандартом” знеболювання кесаревого розтину. Тому в Харківському міському клінічному пологовому будинку № 6 поступово зростає частка спінальної анестезії при кесаревому розтині (табл. 1), через її переваги як для плода (відсутність наркозної депресії), так і для матері (абсолютна аналгезія при повному збереженні притомності).

Таблиця 1

**Види анестезії для кесаревого розтину по роках**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Спінальна	71	96	114	173	178	175	178	83	130	90
Епідуральна	61	14	12	7	3	7	7	0	2	3
Загальна	106	89	67	88	70	73	63	45	39	43

Як показали наші дослідження, оцінка новонароджених за Апгар ( $M \pm \sigma$ ) після спінальної анестезії ( $7,39 \pm 0,84$ ) була статистично значно ( $p < 0,01$ ) вищою, ніж після загальної ( $7,10 \pm 0,63$ ), і подальшої долі новонароджених спінальна анестезія при кесаревім розтині не погіршувала.

Співвідношення видів регіонального знеболювання вагінальних пологів упродовж останнього десятиріччя мінялося (табл. 2).

Таблиця 2

**Види регіональної аналгезії вагінальних пологів по роках**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Спінальна	0	0	4	25	31	22	17	10	39	84
Епідуральна	90	56	36	46	22	7	13	12	25	46

Подальшої долі новонароджених таке знеболювання також не погіршувало.

**Висновки**

Регіональна анестезія при кесаревім розтині сприятливіша щодо впливу на новонароджених, ніж загальна анестезія.

Регіональна аналгезія при вагінальних пологах не справляє негативного впливу на новонароджених.

**Вертикальные роды в контексте их перинатальных исходов  
Н.С. Якимук<sup>1</sup>, Г.И. Брехман<sup>3</sup>, Е.В. Козьмук<sup>1</sup>, Л.Г. Назаренко<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6» г. Харьков

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

<sup>3</sup>Междисциплинарный клинический центр Университета г. Хайфа, Израиль

**Актуальность.** Интерес к вертикальным родам возродился только в XXI веке, спустя 300 лет после того, как французская «мода» рожать в положении лежа вытеснила все другие практики. С 2003 года приказы МОЗ Украины №№ 582 и 624 дают женщинам возможность свободного выбора позиции в родах, не обозначив, однако, особенностей акушерского пособия при вертикальном положении роженицы во втором периоде, что не способствует поощрению ее в этом случае со стороны медицинских специалистов.

Наш опыт проведения вертикальных родов начинается с 2004 года, когда появился запрос женщин, сформированный в различных клубах и немедицинских центрах. К тому времени не было не только профессиональных навыков клинического ведения родов иначе, чем у лежащей на спине женщины, у врачей и акушерок, но и доступных специ-

альных изделий для вертикальных родов. С учетом накопления собственного опыта, во многом эмпирического, нам представлялось целесообразным дать ответы на вопросы, как отличаются вертикальные роды по клиническому течению, ведению, исходам для матери и ребенка, что и явилось **целью** данного сообщения.

**Материалы и методы.** В разработку были взяты в порядке сплошного исследования 196 родов у практически здоровых женщин в сроке 37–41 нед, 46 из которых были проведены вертикально на основании осознанного выбора роженицы (23,5%). В настоящем сообщении представлены материалы об абсолютно вертикальных родах (таких, при которых схватки, потуги и рождение плаценты женщина проводит в вертикальном положении корпуса), с исключением случаев активного поведения роженицы и частичным прохождением первого и/или второго периода сидя. Использовали специальные кресла собственной конструкции (со спинкой, опорой для рук, возможностью фиксации ног, разведенных в тазобедренных суставах), доступные по стоимости. Теоретически во втором периоде родов вертикальная позиция возможна в разных вариантах: полусидя на корточках, стоя на коленях, стоя, сидя в специальном кресле. Однако практически за указанный период не было желающих завершить второй период родов стоя или сидя без жесткой опоры (на корточках, на коленях).

Сравнительные данные о длительности родов, показателях родового травматизма для матери для плода, оценке по шкале Апгар, удельный вес осложнений слабостью изгоняющих сил, дистрессом плода – то есть те базовые моменты, которые характеризуют родовый акт – послужили предметом настоящего клинико-статистического исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами установлено, что вертикальные роды имеют позитивные отличия, которые сводятся к следующим основным моментам:

1. Повышается эффективность сократительной деятельности матки вследствие равномерного и более интенсивного, по сравнению с положением лежа, давления плодного пузыря или головки ребенка на рецепторы, расположенные в нижнем маточном сегменте, которые играют решающую роль в запуске и развитии маточной активности, что способствует плавному и быстрому раскрытию маточного зева. В результате первый период родов укорачивается в среднем на 2,5 ч. Это благоприятно отражается как на роженице, так и на ребенке, поскольку длительные болезненные схватки являются одной из причин ряда «вторичных» осложнений.

2. Положение роженицы во втором периоде сидя, лицом к акушерке и врачу, позволяет наблюдать за течением родов, минимизирует исследования (как наружные, так и внутренние), создает условия для действенной партнерской поддержки, что в целом благоприятствует позитивному эмоциональному состоянию участников процесса.

3. Частота дистресса плода при горизонтальном положении женщины 3,5% и отсутствие подобных фактов при вертикальном. Общее состояние ребенка при вертикальных родах также несколько лучше: оценка по шкале Апгар на первой минуте 8–10 баллов при «вертикальных» родах в 98,5%, при «горизонтальных» – 87,5%; 6–7 соответственно в 10% и в 1,5%; менее 6 баллов – только при «горизонтальных» родах – 2,5%. Самым простым объяснением данного факта может служить снижение кровотока в маточно-плацентарном бассейне, следовательно, в плодово-плацентарном контуре при горизонтальном положении роженицы вследствие сдавливания сосудов, уменьшения венозного возврата что, в конечном счете, приводит к недостаточному кровоснабжению плода. В вер-



новонароджених має безпосередній зв'язок з організацією та забезпеченням перинатальної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим, впровадженням сучасних перинатальних технологій, оснащенням неонатологічних відділень сучасним обладнанням, безперервною післядипломною підготовкою кадрів лікарів та середнього медичного персоналу.

Показник перинатальної смертності є індикатором якості перинатальних медичних послуг, що надаються вагітним, роділлям та новонародженим, а також показником стану перинатального здоров'я населення країни. Для визначення плану дій щодо підвищення якості перинатальної та неонатологічної допомоги на рівні держави важливе значення має достовірна інформація щодо розподілу народжених дітей за ваговими категоріями, провідних причин перинатальної та неонатальної захворюваності, смертності, а також мертвонароджуваності. Провідною причиною неонатальної смертності за даними міжнародних досліджень є інфекції, водночас в Україні діагноз «неонатальний сепсис» практично відсутній, що зумовлено недосконалістю нормативної бази.

Якість перинатальної допомоги ґрунтується на:

- системі державного забезпечення організації медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим шляхом впровадження Концепції перинатальної допомоги в країні;
- наявності національних медичних стандартів, клінічних протоколів та можливостей їх виконання на рівні районного, міського та обласного закладів охорони здоров'я матері та дитини;
- належному матеріально-технічному забезпеченні закладів охорони здоров'я матері та дитини відповідно до рівня перинатальної та неонатологічної допомоги, медичних стандартів;
- забезпеченні та професійній підготовці медичних кадрів перинатальної та неонатологічної допомоги, постійному післядипломному навчанні медичного персоналу новим технологіям.

Важливим індикатором якості перинатальної допомоги є задоволення матері наданою медичною допомогою та консультуванням при спостереженні та підготовці до пологів, народження здорової дитини.

Інструментом покращення якості перинатальної допомоги є перинатальний аудит, який здійснюється за допомогою *конфіденційних анкет випадків перинатальної та материнської смертності*. Саме *принцип конфіденційності аналізу* випадків перинатальних втрат та незалежності експертної групи при аналізі перинатальної смертності дає можливість дати об'єктивну оцінку ситуації та визначити шляхи попередження в подальшому аналогічних несприятливих подій, що при впровадженні на обласному та державному рівнях дасть можливість покращити ЯКІСТЬ перинатальної допомоги. Виділяють індикатори якості процесу та індикатори якості результату.

Для покращення якості перинатальної допомоги в Україні важливе значення має подальше впровадження Перинатальної матриці BABIES та принципу *конфіденційності аналізу випадків перинатальної смертності*. Дотримання принципу конфіденційності дає можливість змінювати систему охорони здоров'я на підставі незалежного аналізу випадків перинатальної смертності групою експертів шляхом визначення існуючих проблем, розробки, перегляду та доповнення клінічних протоколів та медичних стандартів.

*Принцип конфіденційності аналізу випадків перинатальної смертності не ставить за мету покарання медичного працівника. Головна мета – покращення якості перина-*

---

*тальної допомоги на державному рівні шляхом вдосконалення існуючої системи охорони здоров'я матері та дитини на підставі реального об'єктивного аналізу.*

Створення Національного комітету аналізу якості перинатальної допомоги дозволить визначати реальні шляхи та впроваджувати ефективну та якісну перинатальну допомогу.

## **Клінічна діагностика реалізації внутрішньоутробної інфекції**

**С.М. Ясніковська**

**Буковинський державний медичний університет**

---

**Актуальність.** Інфекційна патологія була і залишається однією з актуальних проблем в акушерстві та перинатології у зв'язку з високим рівнем захворюваності та смертності новонароджених та породіль. Суттєва роль у розвитку інфекційно-запальних захворювань належить внутрішньоутробним інфекціям (ВУІ) плода та новонародженого. Частота внутрішньоутробного інфікування, за даними різних авторів, коливається від 10 до 37,5% усіх вагітностей і значно впливає на показники репродуктивних втрат. Не дивлячись на успіхи в дослідженні проблеми ВУІ, їх раннє виявлення та профілактика залишаються актуальною проблемою, вирішення якої допоможе покращити показники перинатальної захворюваності та смертності.

**Мета роботи** полягала в удосконаленні методів антенатальної діагностики реалізації внутрішньоутробної інфекції шляхом проведення параклінічного обстеження вагітних жінок.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 60 вагітних групи ризику ВУІ, яких обстежували за допомогою фізикальних та параклінічних методів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У вагітних групи ризику ВУІ за анамнестичними та фізикальними даними виявляли клінічні ознаки реалізації ВУІ. Персистуючу загрозу діагностували за скаргами вагітної на біль унизу живота та в попереку, пальпаторно визначався підвищений тонус матки. З приводу даних симптомів вагітні отримували амбулаторне чи стаціонарне лікування неодноразово протягом вагітності. Мало- або багатоводдя оцінювали за результатами загальноприйнятого ультразвукового дослідження кількості та індексу амніотичної рідини; затримку внутрішньоутробного розвитку плода – за даними розширеної ультразвукової фотометрії та визначенням висоти стояння дна матки і даних гравідограми. Кольпіт, цервіцит, інфекції сечовивідних шляхів діагностували на підставі досліджень вагінальних виділень та сечі бактеріологічним, макро- та мікроскопічним, методами.

У 60 вагітних, що знаходилися під нашим спостереженням перераховані вище симптоми зустрічалися з частотою: персистуюча загроза переривання вагітності – в 20%, мало- або багатоводдя – у 50%, затримка внутрішньоутробного розвитку плода – у 25%, кольпіт, цервіцит, інфекції сечовивідних шляхів – в 75% випадків. В 75% випадків у новонароджених діагностовано ознаки внутрішньоутробного інфікування, які проявлялися як малими та тяжкими формами інфекційних ускладнень.

**Висновок.** Таким чином, персистуюча загроза переривання вагітності, мало- або багатоводдя, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, кольпіт, цервіцит, інфекції сечовивідних шляхів, які виявляються у жінок групи ризику ВУІ є інформативними щодо прогнозування розвитку внутрішньоутробної інфекції у плода, дозволяють своєчасно та адекватно діагностувати і лікувати внутрішньоутробні інфекції та знизити рівень ускладнень в перинатальному та ранньому неонатальному періодах.

Наукове видання

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

*Випуск 20, книга 4, частина 3*

**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. 12,08. Ум. друк. арк. 14,32.