



# **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, 2012 р. – 320 с.**

21 випуск збірника наукових праць виходить у вигляді 5 книг. У п'ятій книзі висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя. Збірник розрахований на акушерів-гінекологів, гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

**Головний редактор:** академік НАМН України, д.мед.н., професор **Ю.В. Вороненко**  
**Науковий редактор:** член-кор. НАМН України, д.мед.н. **Ю.П. Вдовиченко**  
**Редакційна колегія:** **Г.В. Бекетова** – д.мед.н., проф.; **В.В. Бережний** – д.мед.н., проф.; **В.І. Біда** – д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** – д.мед.н., проф.; **М.І. Борщевська** – д.мед.н., проф.; **В.О. Бобров** – член-кор. НАМН України, проф.; **М.Ю. Болгов** – д.мед.н., проф.; **Н.О. Ветютнева** – д.мед.н., проф.; **Ю.П. Вдовиченко** – член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **С.В. Видиборець** – д.мед.н., проф.; **С.В. Возіанова** – д.мед.н., доц.; **С.М. Гайдукова** – д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** – д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головченко** – д.мед.н., проф.; **Р.І. Гош** – к.біол.н., с.наук.с.; **О.М. Гриценко** – д.мед.н., проф.; **С.А. Гусева** – д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** – д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** – д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** – д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **Ю.П. Зозуля** – академік НАМН України, д.мед.н., проф.; **К.М. Ігрунова** – д.мед.н., проф.; **В.М. Ільїн** – д.біол.н., проф.; **В.К. Казимирко** – д.мед.н., проф.; **Л.Д. Калюжна** – д.мед.н., проф.; **А.А. Калашніков** – д.мед.н., проф.; **В.В. Каміньський** – член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** – академік НАМН України, д.мед.н., проф.; **О.І. Корнелок** – д.біол.н., проф.; **О.Є. Коваленко** – д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** – д.мед.н., проф.; **В.В. Краснов** – д.мед.н.; **Р.С. Коритнюк** – д.мед.н., проф.; **Ю.М. Кондратенко** – д.мед.н., проф.; **Б.П. Криштона** – д.мед.н., проф.; **Л.В. Кузнецова** – д.мед.н., проф.; **Г.І. Лисенко** – д.мед.н., проф.; **О.П. Мішчер** – д.мед.н., проф.; **О.М. Охотнікова** – д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** – д.мед.н., проф.; **М.Г. Проданчук** – член-кор. НАМН України, проф.; **М.С. Пономаренко** – д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** – д.мед.н., проф.; **М.М. Сергієнко** – член-кор. НАМН України, проф.; **О.О. Тимофєєв** – д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** – д.мед.н., проф.; **Н.В. Харченко** – член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Н.І. Швец** – д.мед.н., проф.; **Н.М. Шуба** – д.мед.н., проф.; **Є.Є. Шуцько** – 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 №9 від 13.11.12 р.*

#### **АТЕСТОВАНО**

Вищою атестаційною комісією України, Постанова Президії ВАК України від 10.02.2010 р. № 1-05/1  
**медичні, фармацевтичні науки**

Друкується згідно свідоцтва про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції – серія ДК №3617

Видається збірник з 1999 року, **засновник та видавець:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Періодичність виходу – чотири рази на рік

Відповідальна за комплектування, редагування та випуск: **Л.В. Сухих**  
Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**  
Редагування англійського резюме: **к.пед.н., доцент Лічман Л.Ю.**  
Рецензенти: проф. **А.Г. Коломійцева**;  
проф. **В.О.Товстановська**;

Редакційна колегія зберігає авторський текст без істотних змін, звертаючись докоректування в окремих випадках.

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISSN 2227-7404

© 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 21  
КНИГА 5  
(Частина 1)*

Київ – 2012

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,  
Kyiv, 2012; 320 p.**

The 21<sup>st</sup> collected transactions appear in 5 books. The 5<sup>d</sup> book deals with the topical questions of assisted reproductive technologies in treating infertility, obstetrics and gynecology.

The collected works are intended for obstetricians, gynecologists, pediatricians, family doctor and also on the teachers of higher educational medical institutions.

**Editors-in-chief:** Academician of the NAMS of Ukraine, Professor **Yu.V. Voronenko**

**Scientific editor:** M.D., Ph.D., Professor **Yu.P. Vdovychenko**

**Editorial board:** **G.V. Beketova** - M.D., Ph.D., Professor; **V.V. Berezhnyy** - M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Bida** - M.D., Ph.D., Professor; **G.F. Biloklytska** - M.D., Ph.D., Professor; **M.I. Borschevs'ka** - M.D., Ph.D., Professor; **V.O. Bobrov** - Associate Member of the NAMS, Professor; **M.Yu. Bolgov** - M.D., Ph.D., Professor; **N.O. Vetyutneva** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.P. Vdovychenko** - M.D., Ph.D., Professor; **S.V. Vydobrets** - M.D., Ph.D., Professor; **S.V. Vozyanova** - M.D., Ph.D., Professor; **S.M. Gaydukova** - M.D., Ph.D., Professor; **N.G. Goyda** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Golovchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **R.I. Gosh** - Ph. D., C.B.S., Associate Professor; **O.M. Grizenko** - M.D., Ph.D., Professor; **S.A. Gyseva** - M.D., Ph.D., Professor; **L.L. Davtyan** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Dolzhenko** - M.D., Ph.D., Professor; **O.Yo. Zharinov** - M.D., Ph.D., Professor; **V.A. Zagoriy** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.P. Zozulia** - Academician of the NAMS, Professor; **K.M. Igrunova** - M.D., Ph.D., Professor; **V.M. Iliin** - Ph. D., C.B.S., Professor; **V.K. Kazymyrko** - M.D., Ph.D., Professor; **L.D. Kalyuzhna** - M.D., Ph.D., Professor; **A.A. Kalashnikov** - M.D., Ph.D., Professor; **V.V. Kaminsky** - Associate Member of the NAMS, Professor; **V.M. Kovalenko** - Academician of the NAMS of Ukraine, Professor; **O.I. Kornelyuk** - Ph. D., C.B.S., Professor; **O.Ye. Kovalenko** - M.D., Ph.D., Professor; **I.P. Kozyarin** - M.D., Ph.D., Professor; **V.V. Krasnov** - M.D., Ph.D.; **R.S. Korytnyuk** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.M. Kondratenko** - M.D., Ph.D., Professor; **B.P. Kryshchtopa** - M.D., Ph.D., Professor; **L.V. Kuznetsova** - M.D., Ph.D., Professor; **G.I. Lusenko** - M.D., Ph.D., Professor; **O.P. Mintser** - M.D., Ph.D., Professor; **O.M. Ohotnikova** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Pavlenko** - M.D., Ph.D., Professor; **M.G. Prodanchuk** - Associate Member of the NAMS, Professor; **M.S. Ponomarenko** - M.D., Ph.D., Professor; **S.O. Rykov** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Sergienko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **N.V. Kharchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.I. Shvets** - M.D., Ph.D., Professor; **N.M. Shuba** - 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 № 9, 13.11.2012

**IS CERTIFICATED:**

by Supreme Certifying Commission of Ukraine

**Medical, Pharmaceutical Science**

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

Is published under the certificate of subject of publishing entry in state register of publishers, manufactures and distributors of production, series DKN№3617.

The collection has been published since 1999, **Founder and Publisher:** Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education  
Frequency of publication is 4 times per year

Responsible for the compilation and edition: **L.V. Suhih**

Computer ordering and make-up: **A.O. Bondarenko**

English abstracts managing editor Assistant Professor **L.Yu. Lichman**

The reviewers: Professor **A.G. Kolomitseva**;  
Professor **V.O. Tovstanovska**

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.

ISSN 2227-7404

© 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 21*

*BOOK 5*

*(Part 1)*

Kyiv – 2012

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

Патоморфологічні особливості плацентарної дисфункції інфекційного генезу <i>Т.Г. Романенко, Т.М. Ігнатюк, В.І. Заріцька</i> .....	9
Изменения со стороны мочевыделительной системы при недержании мочи у женщин во время беременности и после родов <i>А.Л. Костюк</i> .....	18
Влияние аномального расположения плаценты на изменения в системе мать–плацента–плод <i>С.А. Курицина</i> .....	22
Влияние варикозной болезни у беременных на состояние эндокринологического статуса <i>Л.В. Манжула</i> .....	30
Влияние йододефицита на развитие и клиническое течение анемии беременных <i>Н.М. Романенко</i> .....	35
Влияние показаний к операции кесарева сечения на морфологические особенности рубца <i>И.М. Шлапак</i> .....	43
Дискоординированная родовая деятельность и особенности эндокринологического статуса <i>С.Я. Ткачик</i> .....	50
Роль эхографии в ранней диагностике фетальной патологии <i>В.В. Артеменко</i> .....	54
Шляхи зниження акушерської ранової інфекції <i>Д.О. Багрій</i> .....	61
Пути снижения невынашивания беременности у женщин с патологией щитовидной железы <i>А.В. Бенековский</i> .....	64
Порівняльні аспекти клінічного перебігу гестаційного періоду після допоміжних репродуктивних технологій <i>Я.І. Вінніченко</i> .....	68
Пути снижения гестационных осложнений у женщин с патологией шейки матки во время беременности <i>И.Е. Злочевская</i> .....	75
Пути снижения перинатальной патологии при синдроме фето-фетальной трансфузии <i>Е.В. Игнатенко</i> .....	80
Функциональное состояние шейки матки после различных методов лечения на прегравидарном этапе <i>П.Н. Баскаков, Е. Игонина</i> .....	85
Особливості функціонального стану плода у жінок пізнього репродуктивного віку з гіперандрогенією в анамнезі <i>В.І. Бойко, В.А. Кияненко</i> .....	91
Особливості очної гемодинаміки у вагітних з міопією різного ступеня тяжкості без і на тлі прееклампсії <i>Л.М. Мочалова</i> .....	96
Плацентарна дисфункція – як показання до операції кесарева розтину у жінок з безпліддям в пізньому репродуктивному віці <i>В.І. Бойко, Б.Г. Салдадзе</i> .....	100
Беременность и роды у женщин с гипоталамическим синдромом <i>И.О. Фортунa, Л.В. Мних</i> .....	105

## ГНЕКОЛОГИЯ

Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища у женщин репродуктивного возраста на изменения системного и местного цитокинового статуса <i>Г.А. Барановская</i> .....	112
Естественная менопауза у женщин и изменения костной системы <i>И.Т. Кишакевич</i> .....	118
Аутоиммунный тиреодит и возможности гормональной контрацепции <i>Д.С. Ледин</i> .....	122
Аутоиммунный тиреодит и генитальная патология: диагностика и тактика ведения пациенток <i>Б.М. Лысенко</i> .....	127
Влияние доброкачественных заболеваний грудных желез на изменения системного иммунитета <i>О.А. Полюлях</i> .....	131
Диагностика сочетанной патологии матки в постменопаузальный период с использованием современных эндоскопических технологий <i>В.А. Шамрай</i> .....	136
Влияние неблагоприятных факторов труда медицинских работников на развитие генитальной патологии <i>А.С. Шельгин</i> .....	143
Возможности прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений при длительной внутриматочной контрацепции <i>В.С. Страховецкий</i> .....	149
Возможности прогнозирования спаечного процесса у гинекологических больных с различным оперативным анамнезом <i>А.А. Волошин</i> .....	155
Изменения системного гемостаза при использовании различных гормональных рилизинг-систем <i>Н.В. Адамчук</i> .....	160
Первый медицинский аборт – как фактор риска нарушений репродуктивной функции <i>С.Н. Бакшеев</i> .....	165
Оптимизация профилактики и лечения урогенитальных расстройств у женщин с лейомиомой матки и внутренним эндометриозом <i>Е.Н. Бойко</i> .....	170
Оптимизация коррекции дисгормональных нарушений у женщин репродуктивного возраста с дисфункцией яичников на фоне диффузной фиброзно-кистозной мастопатии <i>Н.М. Галишич</i> .....	175
Климактерический синдром у женщин с различной дисфункцией щитовидной железы <i>И.Б. Глазкова</i> .....	179
Оптимизация коррекции дисгормональных нарушений у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне фиброзно-кистозной мастопатии <i>Е.Н. Жидковская</i> .....	186
Профілактика рецидиву гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з доброякісною патологією щитоподібної залози в перименопаузі <i>О.О. Литвак</i> .....	191
Климактерический синдром и урогенитальные расстройства <i>И.Б. Глазкова</i> .....	198
Сучасні аспекти діагностики та лікування клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта <i>О.В. Кіяшко</i> .....	202
Пути снижения патологии шейки матки на фоне климактерического синдрома <i>В.В. Костиков</i> .....	206

Влияние перенесенных операций на придатках матки и методики проведения вспомогательных репродуктивных технологий <i>С.М. Кукурудз</i> .....	211
Пути снижения патологии грудных желез в пубертатный период <i>А.Н. Марченко</i> .....	216
Аналіз ускладнень під час та після проведення лапароскопічних втручань <i>М.С. Молодиченко</i> .....	220
Профілактика і лікування патології шийки матки у багатонароджуючих жінок <i>Е.Е. Мусаєва</i> .....	223
Шляхи зниження патології пубертатного періоду у дівчаток, що народилися від матерів з плацентарною дисфункцією <i>О.В. Наустинная</i> .....	226
Актуальные аспекты сочетания патологии грудных желез и генитального эндометриоза <i>Ю.М. Негребецкая</i> .....	230
Влияние сочетанной патологии матки и яичников на тактику хирургического лечения <i>П.М. Прудников</i> .....	234
Прогнозирование гипоталамического синдрома <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов</i> .....	238
Особенности клинической характеристики пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне тиреоидной дисфункции <i>Е.В. Степанова</i> .....	244
Диагностика спаечного процесса у женщин с отягощенным оперативным анамнезом <i>А.Н. Сулима</i> .....	252
Современные тенденции формирования патологии шейки матки у девочек-подростков с различной степенью сексуальной активности <i>А.Ю. Титенко</i> .....	259
Особенности патогенеза гипоталамического синдрома <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, В.В. Шелудченко</i> .....	264
Гормональный гомеостаз та ліпідний обмін у жінок з доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників <i>Р.Р. Чуприна</i> .....	268
Роль нарушений системного иммунитета в развитии гипоталамического синдрома <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов</i> .....	272
<b>БЕЗПЛІДДА</b>	
Особенности женского бесплодия при сочетанной патологии матки <i>А.В. Колесник</i> .....	276
Иммуногенетическое бесплодие – как фактор риска неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий <i>И.Е. Пальга</i> .....	281
Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на развитие психопатологических расстройств <i>М.М. Адамов</i> .....	286
Порівняльні аспекти різних методик допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя <i>І.Л. Захаренко</i> .....	290
Бесплодие у пациенток с йоддефицитными заболеваниями: причины, диагностика и алгоритм лечения <i>И.В. Комиссарова</i> .....	294
Медико-социальные особенности пациенток с бесплодием и патологией грудных желез <i>Д.А. Кошик</i> .....	305
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ 1-ГО МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ОТ СЕМЕЙНОЙ АМБУЛАТОРИИ ДО ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ» 26–27 апреля 2012 года – г. Киев, Украина .....	310

## Патоморфологічні особливості плацентарної дисфункції інфекційного ґенезу

*Т.Г. Романенко, Т.М. Ігнатюк, В.І. Заріцька*  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено результати патоморфологічного дослідження плаценти під час розвитку плацентарної недостатності інфекційного ґенезу у жінок групи високого ризику. Доведена ефективність профілактики цього ускладнення при застосуванні розробленого профілактично-лікувального комплексу протягом вагітності. **Ключові слова:** плацентарна дисфункція інфекційного ґенезу, патогістологічне дослідження плаценти, профілактика плацентарної недостатності та інфікування плода.

Плацента – це орган, який забезпечує формування, розвиток та ріст плода. Уперше в 1559 році Реальдус Колумбус запропонував використовувати термін «плацента» (плоский пиріг) для ознаки плодово-материнського органу, який виконує транспортну, ендокринну, захисну та інші функції, і робить його ключовим елементом в системі мати–плацента–плід. При виникненні або загостренні інфекційного процесу під час вагітності плацента відіграє роль центральної ланки, виконує складні і багатогранні функції бар'єрного органу та являється своєрідним екстракорпоральним органом імунітету плода. Реалізація захисних властивостей плаценти залежить від характеру збудника та шляхів інфікування, а особливості будови цього органу визначають своєрідність розвитку інфекційного процесу [2, 3, 6].

Частота запальних змін у плаценті при інфекційних захворюваннях, за даними різних авторів, коливається від 11% до 78,4%. Характер морфологічних змін в плаценті при інфекційній патології залежить від виду збудника, часу, шляху зараження, строку вагітності при інфікуванні [3, 9].

Дані літератури заперечують ствердження про трансплацентарну передачу інфекції плоду без ушкодження структур плаценти. Таке спрощене уявлення про зміни фетоплацентарного комплексу при інфекції може бути пояснено неадекватністю використаних методів дослідження, в першу чергу – неповним виявленням збудників або їх антигенів, а також недостатнє використання лабораторних методів, які дозволяють вивчити інфекційний процес паралельно в плаценті, організмі матері, плода та новонародженого [3].

Залежні від багатьох чинників і мінливі взаємовідносини в системі „мати–плацента–плід” є досить складними та багатofакторними, а фізіологічні механізми їх формування і реалізації доведеться, мабуть, вивчати ще багатьом поколінням дослідників. Плацента виконує практично всі функції, притаманні організму ма-

тері: дихальну, поживну, гормональну, захисну та ін. Під впливом несприятливих факторів в ній відбуваються два протилежно спрямованих процеси: порушення структури та функції, з одного боку, та розвиток компенсаторно-захисних механізмів – з іншого [2, 7]. Фізіологічний перебіг гестації, стан плода під час вагітності та пологів великою мірою залежить від спроможності плаценти підтримувати на достатньому рівні свої функціональні здібності. Морфологічне дослідження плаценти можна використовувати, як маркер впливу екстремальних факторів на фетоплацентарний комплекс в цілому [4, 8, 9].

Більшість дослідників вважають, що вивчення особливостей морфології плаценти у жінок групи високого інфекційного ризику є «золотим стандартом» при діагностиці внутрішньоутробної інфекції [1, 4, 5, 8, 9].

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і задач були обстежені 150 пацієнток, серед яких 100 жінок із високим ризиком розвитку плацентарної дисфункції інфекційного генезу, що були розділені на такі групи:

I група – 50 жінок, що одержували запропоновану нами методику;

II група – 50 жінок, що одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи [5, 6, 7].

Контрольну групу склали 50 вагітних без акушерської і соматичної патології, які завагітніли самостійно і були розроджені через природні пологові шляхи.

До основних факторів ризику розвитку плацентарної дисфункції інфекційного генезу до вагітності належать: високий інфекційний індекс, наявність урогенітальної інфекції; хронічні запальні процеси нирок і репродуктивної системи; репродуктивні втрати в анамнезі інфекційного генезу [3, 5].

Запропонована лікувально-профілактична методика полягає в тому, що вагітним жінкам із високим ризиком розвитку плацентарної дисфункції інфекційного генезу (I група), з метою зменшення існуючих розладів в фетоплацентарному комплексі та мікробіоценозі статевих шляхів, для забезпечення повноцінного формування та функціонування фетоплацентарного комплексу є застосування препаратів утрожестану, донатору оксиду азоту (тівортін) та корекції мікробіоценозу статевих шляхів генфероном. Курс методики склав 10–14 днів в терміни 10–12, 20–22 та 32–34 тижнів гестації жінкам I групи. Терміни було обрано з урахуванням особливостей плацентогенезу, етапів формування ФПК та загальноприйнятих критичних періодів гестації. Для терапії у вагітних II групи нами була застосована загальноприйнята методика.

Усім жінкам I та II груп після розродження проводили за стандартизованою схемою по Мілованову морфологічне дослідження плаценти [4].

Для гістологічного дослідження шматочки плаценти забирались з боку базальної та хоріальної пластини центральної, парацентральної та крайової зон, по два з кожної зони через усю товщу органа (загальна кількість шматочків – 6). Оболонки вирізали у вигляді стрічки від краю розриву плодового міхура до місця прикріплення до плаценти. З пуповини вирізали два шматочки (плацентарний та плодовий відділи).

Вирізаний матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну. Фіксований матеріал проводили через спиртово-хлороформовий розчин зростаючої кон-

центрації та заливали парафіном. Зрізи товщиною 5–7 мкм забарвлювались гематоксилином і еозиним, пікрофуксином за ван-Гізоном для виявлення колагенових волокон сполучної тканини, толуїдиновим синім, фукселіном по Маллорі.

Мікроскопічне дослідження проводили із використанням світлооптичного мікроскопу „Karl Zeiss” (Німеччина), а морфометричне – за допомогою системи обробки даних „Axiovision” при збільшенні об'єктива x10, x20, x40, біокулярної насадки x1,5 та окулярів x10.

Усі цифрові дані оброблені методами варіаційної статистики на комп'ютері „Pentium-IV” з використанням статистичної програми „Statistica 6.0 for Windows”.

*Аналіз гістологічних препаратів здійснювався в три етапи:*

I етап – за домінуючим типом ворсин визначали ступінь морфологічної чи зрілості незрілості плаценти з урахуванням класифікації варіантів незрілості цього органа [4];

II етап – за допомогою напівкількісної оцінки за 5-бальною шкалою визначали ступінь виразності в мікропрепаратах:

- 1) материнського фібриноїду;
- 2) псевдоінфарктів;
- 3) ділянок із „склеєними” ворсинами (афункціональні зони плаценти);
- 4) реологічних порушень;
- 5) запальних змін;
- 6) ділянок ангіоматозу ворсин;
- 7) синцитіальних бруньок;
- 8) активності периферичного цитотрофобласту (у тому числі мікрокістозна трансформація в клітинних острівцях, септах);
- 9) морфо-функціональної активності синцитіотрофобласту;
- 10) калібру судин опорних ворсин;
- 11) обсягу кальцифікатів.

III етап – за сукупністю величин маси плаценти, плоду, ступеня зрілості чи незрілості ворсин, виразності компенсаторних реакцій, гормональної функції і інволютивних змін визначали ступінь плацентарної недостатності (у морфологічному її вираженні) за п'ятибальною шкалою:

1 бал – мінімальні зміни;

2 бали – патологічна незрілість ворсин, достатній обсяг мікропатології при нормальних компенсаторних реакціях (маса плоду і плаценти може бути нормальною);

3 бали – обов'язкова гіпотрофія плоду, незрілість ворсин, великий обсяг мікропатології, (маса плаценти може бути нормальною чи вище норми);

4 бали – виражена гіпотрофія плоду і, як правило, плаценти, (патологічна незрілість ворсин, слабкі компенсаторні реакції, виражені інволютивні процеси);

5 балів – при антенатальній загибелі плоду і максимально вираженій патології плаценти.

Для вивчення ультраструктури клітин фрагменти плаценти, взяті з тих же шматочків, що і для гістологічних досліджень подрібнювали до 1–2 мм<sup>3</sup> і фіксували в 2% глутаральдегіді на фосфатному буфері (рН 7,2). Час фіксації складало 60 хв при 44 °С. Після 3-кратного промивання сахарозою (протягом 2 год) проводили дофіксацію 1% розчином осмію на фосфатному буфері, збезводнювали у висхідно-

му ряді ацетону і сумішах смоли з ацетоном і заливали в епон-аралдит. Полімеризацію блоків робили при 37 °С – одну добу і при 60 °С – дві доби. З отриманих блоків готували напівтонкі зрізи товщиною 1–2 мкм, що забарвлювали толуїдиновим синім. Зрізи використовували для вибору ділянки, необхідного для аналізу. Після заточення піраміди на ультратомі готували ультратонкі зрізи. Останні контрастували 5% водяним розчином ураніацетату і цитратом свинцю за Рейнольдсом. Аналіз зрізів проводили за допомогою електронного мікроскопа JEM – 100 С.

Математичні методи дослідження були виконані згідно з рекомендаціями А.П. Мінцера (2008) з використанням комп'ютера „Pentium-IV”. Достовірність відміни пар середніх обчислювалась за допомогою критеріїв Ст'юдента та Фішера. Графіки оформлювали за допомогою програм „Microsoft Excell 7.0”.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Особливості прегравідарного фону, виникаючі акушерські та перинатальні ускладнення, клініко-лабораторні маркери функціональної спроможності фетоплацентарного комплексу, показники гормонального та імунологічного гомеостазу вагітних, які складають групу високого ризику щодо розвитку плацентарної недостатності інфекційного генезу, можна вважати відображенням складних адаптаційних компенсаторно-приспосувальних реакцій, на тлі яких відбувається розвиток гестації. Отже, для з'ясування фізіологічних механізмів формування пристосувально-захисних реакцій в системі „мати–плацента–плід” та патогенетичних особливостей їх порушень, доцільно було провести після розродження вивчення морфо-функціональної будови плаценти у цих вагітних.

У зв'язку з цим, нами була проведена оцінка результатів патогістологічного дослідження 30 плацент від жінок I групи і 30 плацент від жінок II групи.

При макроскопічному вивченні плацент в II групі, при середній вазі плацент 480 г., було відзначено значні відмінності в окремих їх масах. Так, в 15 спостереженнях (1/2) маса їх сягала або перевищувала 400±24,5 г, в 5 спостереженнях (1/6) – відповідала нормі (610±15,5 г), а в 10 (1/3) – мала явну тенденцію до зниження – 320±35,5 г з відповідним зменшенням об'єму та розміру. Середні розміри плаценти при цьому складали – 15,8±0,2 x 18,2±0,3 см, товщина в центральній частині – 2,1 см, по периферії – 0,8 см, а в I групі: 17,2±0,3 x 21,6±0,2 см, товщина в центральних відділах – 2,6 см, по периферії – 1,5 см. Однак, дисоціація маси плацент в I групі відповідала стабільним значенням ваги новонароджених: 3400±45 г. В окремих спостереженнях, невеликій плаценті (330 г) відповідала маса тіла плода близько 4200 г, і гіперплазованій плаценті (680 г) – маса тіла новонародженого 4500 г. У більшості новонароджених при плацентах з малою масою було діагностовано дистрес плода та асфіксію при народженні.

Показники плацентарно-плодового коефіцієнту (ППК) у жінок II групи коливались від 0,11 до 0,15, а у жінок I групи, становили в середньому – 0,17 (р<0,05). Можна з впевненістю стверджувати, що наявна дисоціація маси плаценти і новонародженого є особливістю, яка відрізняє основну групу від контрольної.

Макроскопічні дослідження плацент жінок I групи встановили наявність звичайної будови материнської поверхні з невеликою кількістю кров'яних згустків і окремими неглибокими крововиливами. Плодова частина була гладкою, з пере-

важно магістральним типом розташування плодових судин. При розтині тканина плаценти була однорідною, темно-червоного кольору, з невираженим рисунком котиледонів і окремими септами, що йшли від материнської поверхні до серединної зони ворсинчастого дерева. Згідно локалізації відходження пуповини, плаценти розподілилися наступним чином: центральне прикріплення – 16 спостережень, парантальне – 12 спостережень та крайове – 2 спостереження. Форма плацент частіше за все була дискоїдною, але у 8 випадках вона потовщувалась до країв, утворюючи невисокий вал. В жодній плаценті не було помічено значних макроскопічних вогнищ міжворсинчатих крововиливів, інфарктів або кіст.

За домінуючим типом будови ворсин діагностували ступінь морфологічної зрілості плаценти, з урахуванням класифікації варіантів її незрілості [4]. При цьому розрізняли наявність трьох варіантів дозрівання ворсин: I варіант – ворсини плаценти відповідають за будовою гестаційного терміну 39–40 тиж (в препаратах переважали дрібні термінальні ворсинки, які вміщали по 4–6 капілярів-синусоїдів, що притаманно термінальним спеціалізованим ворсинкам з максимальною структурною готовністю до трансплацентарного обміну); II варіант – відносної незрілості – дисоційований розвиток котиледонів (в препаратах помічена неоднорідна картина будови окремих котиледонів, більша частина ворсин відповідає гестаційному терміну, а менша – складається з незрілих ворсин проміжного типу, диференційованих ворсин або поодиноких вогнищ проміжних незрілих форм); III варіант – проміжні диференційовані ворсини з достатньою васкуляризацією (про що свідчить широкий отвір артерій та вен в опорних ворсинах першого і другого порядку). Оцінка варіантів розвитку плаценти, знання термінів і характеру їх порушень, дозволяє при морфологічному дослідженні приблизно встановити час антенатального ушкодження, що важливо в диференціальній діагностиці первинної або вторинної плацентарної недостатності [3, 6].

При вивченні ступеню зрілості плацент жінок II групи виявлено, що лише у 3 жінок (10%) мала місце відповідність будови ворсин гестаційному терміну 39–40 тиж, в 15 (50%) спостереженнях діагностована відносна незрілість – дисоційований розвиток плаценти, який характеризувався нерівномірним дозріванням котиледонів, що свідчило про часткову затримку формування котиледонів на протязі I, II та на початку III триместру вагітності. В інших 12 (40%) спостереженнях – домінували проміжні форми диференціювання ворсин, що могло бути зумовлено зупинкою розвитку ворсинчастого дерева на одному з етапів формування бокових та проміжних гілок, з компенсаторними реакціями у вигляді ангиоматозу термінальних ворсин.

Основна група плацент (I група) у жінок, які отримували запропоновану нами лікувально-профілактичну методику, відповідала загальноприйнятій гістологічній нормі. Зокрема, у 80% спостережень ворсини відповідали гестаційному терміну 39–40 тижнів, а в інших (10%) помічено незначне відставання в їх розвитку, яке було компенсовано за рахунок достатньої маси плаценти і компенсаторно-приспосувальних реакцій у вигляді ангиоматозу термінальних ворсин. Не дивлячись на те, що в 3 випадках (10%) були діагностовані початкові ознаки хронічної плацентарної недостатності, ці плаценти забезпечували повноцінний антенатальний розвиток плода.

Таким чином, в плацентах від матерів, які отримували загальноприйнятую методику, у співставленні з плацентами від жінок, які отримували запропоновану нами лікувально-профілактичну методику, спостерігається незвичайна дисоціація маси плацент та новонароджених (середнє значення ППК=0,13). Значна затримка в формуванні ворсин (приблизно на 5–7 тиж) говорить про патологічну незрілість плацент і служить підставою для зриву адаптаційних механізмів фетоплацентарної системи.

Напівкількісна оцінка за 5-бальною шкалою визначала ступінь вираженості наступних 11 показників структури плаценти в досліджуваних групах: 1) міжворсинчастий фібриноід; 2) псевдоінфаркти; 3) афункціональні зони; 4) міжворсинчасті крововиливи; 5) ангіоматоз; 6) синцитіальні бруньки; 7) активність синцитіотрофобласту; 8) активність периферичного цитотрофобласту; 9) судини підпорних ворсин; 10) термінальні спеціалізовані ворсини; 11) кальцифікати.

Згідно отриманих результатів (таблиця) були виявлені певні розбіжності в оцінюванні морфофункціональних компонентів плацент у жінок I групи в порівнянні з аналогічними показниками в II групі.

У групі порівняння при оцінюванні мікропрепаратів плацент виявлений значний приріст об'єму міжворсинчастого фібриноїда, ділянок зближених ворсин з відкладанням проміж них материнських еритроцитів. Надмірне відкладання фібриноїду в міжворсинчастому просторі порушує циркуляцію материнської крові, і цей процес вже неможна трактувати як компенсаторну реакцію фетоплацентарної системи. В більшості плацент помічені масивні відкладання фібриноїду

#### Особливості морфологічного дослідження плацент (бали)

Показник	Групи жінок	
	I група	II група
Міжворсинчастий фібриноід	1,2±0,02**	2,8±0,01
Псевдоінфаркти	2,2±0,01**	4,0±0,02
Афункціональні зони	1,4±0,02**	2,8±0,02
Міжворсинчасті крововиливи	1,2±0,02**	2,6±0,02
Ангіоматоз	1,4±0,02**	2,2±0,01
Синцитіальні бруньки	0,8±0,03**	2,4±0,01
Морфофункціональна активність синцитіотрофобласту	0,6±0,02**	1,8±0,01
Активність периферичного цитотрофобласту	1,2±0,02**	2,4±0,01
Судини опорних ворсин	0,8±0,03**	1,8±0,02
Термінальні спеціалізовані ворсини	1,4±0,03**	2,8±0,02
Кальцифікати	1,6±0,02**	4,2±0,03

Примітка: достовірність р відносно II групи: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001.

в децидуальній оболонці і фібриноїдне перетворення строми окремих ворсин. Строма окремих ворсин була фіброзована зі склерозованими судинами, що свідчило про неспроможність компенсаторно-приспосувальних механізмів плаценти. Поява великої кількості резорбційних ворсин, щільно прилеглих одна до одної в центральній частині котиледону ускладнює постачання материнської крові в його периферичну частину і, таким чином, також не має компенсаторних властивостей в межах адаптаційних реакцій фетоплацентарної системи. Звертало на себе увагу широке розповсюдження псевдоінфарктів, особливо в субхоріальній зоні, коли в їх складі нараховувалось до 20 замуrowаних ворсин. Важливо підкреслити, що в II групі плацент, своєрідним виявилось поєднання незначного ангіоматозу термінальних ворсин при вірогідному збільшенні об'єму синцитіальних бруньок, котрі є загальноприйнятим маркером гіпоксії в міжворсинчастому просторі.

Важливою особливістю явилась активізація структур, відповідальних за продукцію плацентарних гормонів: при тенденції до збільшення морфофункціональної активності синцитіотрофобласту, який синтезує плацентарний лактоген і естріол, помічені співдружні реакції периферичного трофобласту у складі клітинних островків, септ і базальної пластинки. Ці показники є морфологічним свідченням підвищення ендокринної функції плаценти, що явилось підтвердженням отриманих раніше даних про гормональні функції фетоплацентарного комплексу. Простежується достовірне збільшення кальцифікатів, котрі локалізувались не тільки в краевій зоні плаценти, але й поширювались в парацентрально та центральну зони, що слід розглядати як переконливу ознаку посилення інволютивних процесів в плацентарній тканині. Зазвичай, вони виявлялись у вигляді міжворсинчастого фібриноїда, псевдоінфарктів септ і базальної пластинки, які в окремих випадках повністю заміщали епітелій дрібних ворсин та уявляли з себе концентровані утворення навколо окремих ворсин. Важливо підкреслити, що утворення кальцифікатів в міжворсинчастому фібриноїді обумовлено альтеративними змінами ворсин та переважаючим склерозом їх строми. В окремих спостереженнях, були помічені крупні конгломерати кальцію з нерівномірною базофілією, які локалізувались, головним чином, біля або у складі базальної пластинки і вимикали з кровообігу достатньо великі ділянки міжворсинчастого простору.

Характерними ознаками інфекційного ураження посліду були: хронічний виліт з вогнищевим дисемінованим ураженням ворсинкового хоріона, патологічна незрілість хоріальних ворсин, у стромі ворсин наявні лімфоцитарні інфільтрати з домішками плазмоцитів і макрофагів, фіброз, некроз, збільшення кількості клітин Гофбауера–Кашенко, плацентит, гігантоклітинний метаморфоз децидуальних клітин базальної пластини, трофобласта, строми ворсин, амніону, стінок судин. Всі ці знахідки разом зі значним обсягом псевдоінфарктів є морфологічним відображенням прискорення інволютивно-дистрофічних процесів в плацентарній тканині.

На електронно-мікроскопічному рівні вдалось простежити неспроможність компенсаторно-приспосувальних реакцій в плацентах жінок II групи, у вигляді значного стовщення базальної мембрани хоріального синцитію, який на окремих ділянках був позбавлений мікроворсинок, а на інших – вони були скорочені та потовщені. В цитоплазмі синцитію спостерігалось накопичення ліпідних крапель. В більшості плацент виявлено масивне відкладання фібриноїда в децидуальній обо-



лонці і фібриноїдне перетворення строми окремих ворсин. Строма частини стовбурових ворсин була фіброзована з наявністю склерозованих судин. Що стосується синцитіальних вузликів, то вони зустрічались в плацентах в різній кількості і в різних відділах у вигляді проліфератів синцитію з ознаками дистрофії. Вказаний характер структурних особливостей проявлявся не тільки в периферичних відділах плаценти, але й в парацентральных і навіть в центральних її відділах. За сукупністю макро- і мікроскопічних ознак в 2/3 спостережень діагностовані явні прояви хронічної плацентарної недостатності на стадіях субкомпенсації та декомпенсації.

Практично всі показники, за виключенням міжворсинчатого фібриноїду, згідно їх поширенню, були імовірно більшими у жінок II групи, ніж в I групі ( $p < 0,01$ ). Це стосується як явної мікропатології (псевдоінфаркти, афункціональні зони, міжворсинчаті крововиливи, звуження отвору артерій і артеріол в опорних ворсинах, запальні зміни), так і збільшення обсягу компенсаторних реакцій (поширений ангіоматоз термінальних ворсин, синцитіальні вузлики, більша частота термінальних спеціалізованих ворсин).

Під час оцінювання морфологічних ознак плацент в основній групі помічений незначний обсяг міжворсинчатого фібриноїду, псевдоінфарктів, склеєних ворсин і крововиливів. Малозначними були компенсаторні реакції у вигляді ангіоматозу і збільшення синцитіальних бруньок. Синцитіотрофобласт був представлений достатньо товстою вистілкою з помірною кількістю вакуолей в цитоплазмі, активність периферичного цитотрофобласту у складі базальної пластинки була незначно виражена, що свідчило про нормальну продукцію плацентарних гормонів. Достатню зрілість ворсинчастого дерева ілюструвала велика кількість термінальних спеціалізованих ворсин, що нараховували в стромі до 8 капілярів – синусоїдів. В даній групі також були помічені незначні інволютивні зміни у вигляді ізольованих поодиноких кальцифікатів, переважно в крайовій зоні плаценти. Макро- і мікроскопічні ознаки при дослідженні плацент в I групі майже відповідали загальноприйнятій гістологічній нормі в термінах 39–40 тиж. Морфологічні зміни були максимально наближені до компенсаторно-приспосувальних реакцій при компенсованій формі хронічної плацентарної недостатності.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, на підставі отриманих даних, можна вважати, що при використанні розробленої нами методики комплексної корекції дисадаптаційних порушень в фетоплацентарному комплексі у жінок групи високого ризику розвитку плацентарної дисфункції інфекційного генезу, включаються всі структурні механізми адаптації плаценти, які дозволяють зберегти морфометричні та дифузійні показники ворсинчастого дерева на рівні стійкої компенсації, що є найважливішим пристосувальним засобом, який дозволяє підтримувати життєздатність плода та запобігти його інфікуванню.

### Патоморфологические особенности плацентарной дисфункции инфекционного генеза Т.Г. Романенко, Т.Н. Игнатюк, В.И. Зарицкая

В статье представлены результаты патоморфологического исследования плаценты при развитии плацентарной дисфункции инфекционного генеза у беременных группы риска. Доказана эффективность профилактики этого осложнения при использовании разработанного лечебно-профилактического комплекса на протяжении беременности.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция инфекционного генеза, патогистологическое исследование плаценты, профилактика плацентарной недостаточности и инфицирования плода.

### Pathological features of placental dysfunction of infectious genesis T.G. Romanenko, T.N. Ignatyuk, V.I. Zaritskaya

The results of pathological studies of placenta during the development of placental dysfunction infectious genesis at pregnant with its risk are presented in the article. The effectiveness of prevention of this complication was shown by using the author elaboration of health care complex during pregnancy.

**Key words:** placental dysfunction infectious origin, histopathological study of the placenta, placental insufficiency and prevention of fetal infection.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Венцківський Б.М., Заболотна А.В., Зелінський О.О., Сенчук А.Я. Інфекція та вагітність. – ОКФА Одеса БАГ – 2007. – 362 с.
2. Климов В.А. Инфекционные болезни и беременность. – М.: МЕД пресс-информ. – 2009. – 287 с.
3. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. – М., 2004. – 455 с.
4. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1999. – 448 с.
5. Наказ МОЗ України «Перинатальні інфекції». – К., 2006. – С. 12.
6. Оразмурадов А.А., Апресян С.В. Плацентарная недостаточность: реалии и перспективы. – М., 2009. – 31 с.
7. Сенчук А.Я., Дубоссарская З.М. Перинатальные инфекции. – М.: МИА, 2005. – 317 с.
8. Филиппов О.С. Плацентарная недостаточность. – М.: МЕД пресс-информ. – 2009. – 159 с.
9. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.П. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений). Прак. Рук. – СПб.; Элби. – 2002. – 352 с.

# Изменения со стороны мочевогоделительной системы при недержании мочи у женщин во время беременности и после родов

**А.Л. Костюк**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова  
МЗ Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о выраженных изменениях урогинекологического статуса, включая и варикозное расширение вен малого таза, при развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается изученными нами клиническими, урологическими и эхографическими данными. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родоразрешения.

**Ключевые слова:** недержание мочи, мочевогоделительная система.

Качество жизни женщин репродуктивного возраста определяется многими факторами. Беременность и роды являются физиологическими процессами, но оказывают значительное влияние, как на функцию отдельных органов, так и на организм женщины в целом и нередко способствуют появлению различных симптомов, значительно снижающих качество жизни. Таковым является манифестация недержания мочи (НМ) во время беременности и после родов.

Многими исследователями доказано, что подавляющее число женщин, страдающих НМ, имели в анамнезе беременности и роды [1–7]. Частота НМ у беременных, по данным разных авторов, от 12 до 74% [2, 3]. Частота возникновения НМ после первых родов – от 24 до 29% [4, 5]. Отмечено, что у части женщин контроль над удержанием мочи восстанавливается спонтанно в течение нескольких недель или месяцев после родов, однако, по данным исследования EPINCONT (2009), у 42% женщин этой группы в течение 5 лет развивается стойкое стрессовое НМ, а среди женщин, отмечающих даже редкие и единичные эпизоды НМ, сохраняющиеся после родов, стрессовое НМ развивается в течение 5 лет в 92% случаев [6, 7].

Влияние НМ на качество жизни колеблется от значительного до разрушительного [1–7]. Духовные и физические страдания больных стимулируют акушеров-гинекологов и урологов к совместному поиску причин НМ у женщин, дифференцированной разработке индивидуальных методов профилактики, совершенствованию диагностики и лечения этой патологии.

В отечественной литературе мы не нашли должного освещения сведения о частоте манифестации симптомов НМ во время беременности и после родов. В многочисленных работах, изучающих факторы риска НМ, нами не встречены обобщен-

ния, позволяющие прогнозировать риск развития НМ во время беременности и после родов, выделить группы риска.

Чрезвычайно высокая частота симптомов НМ во время беременности и после родов с последующим стойким НМ у женщин репродуктивного возраста явилась для нас основанием для настоящего исследования и определила его цель – изучить изменения со стороны мочевогоделительной системы у женщин с НМ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели был проведен предварительный опрос, по результатам которого было выделена 51 пациентка с жалобами на НМ, которые составили основную группу. Верификация диагноза, определение типа НМ проводились на основании заполнения урогинекологического опросника, дневников мочеиспускания, результатов функциональных проб, ультразвукографии нижних отделов мочевоговыводящих путей. Группу сравнения составили 50 родивших женщин без признаков НМ. В дальнейшем, на основании статистической обработки данных о наследственности, акушерского, гинекологического, соматического анамнеза, были выделены факторы риска развития НМ во время беременности и после родов с оценкой каждого из факторов. В настоящем исследовании мы рассмотрим клинические аспекты НДСТ при НМ во время беременности и после родов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что среди 51 пациентки основной группы с манифестацией мочевого инконтиненции в 71,1% случаях НМ впервые появилось после родов, в 28,9% – первые симптомы наблюдались уже во время беременности и продолжались после родов. В группу сравнения вошли 50 женщин, не имеющие расстройств мочеиспускания во время беременности и после родов.

Все женщины были репродуктивного возраста, от 18 до 42 лет. Средний возраст в основной группе был достоверно выше и составил  $30,8 \pm 6,6$  года, в группе сравнения средний возраст составил  $25,4 \pm 5,4$  ( $p < 0,05$ ).

При осмотре больных основной группы оценивались состояние кожных покровов, особенности конституции и жирового обмена, анализировалась прибавка массы тела за время беременности.

При изучении особенностей телосложения и жирового обмена у больных основной группы выявлено, что индекс массы тела (ИМТ) колебался от 19 до 41, но у большинства – 76,5% – находился в пределах нормальных значений – от 19 до 30. Нарушения жирового обмена отмечены у 23,5% женщин: у 12,7% пациенток – I степень ожирения, у 8,3% – II степень и лишь у 2,4% – III степень. Ни у одной больной не выявлен дефицит массы тела. Прибавка за время беременности составила в среднем  $10,7 \pm 3,2$  кг, что не превышает нормальных величин.

Нами проведено урогинекологическое обследование женщин с манифестацией НМ во время беременности и после родов. При оценивании основных симптомов, выявленных при опросе, или предъявленных в качестве жалоб установлено преобладание произвольного выделения мочи при физической нагрузке (кашле, чихании, смехе) – 79,9% и способность удержать мочу после внезапного позыва – 79,9% по сравнению с учащенным мочеиспусканием, сопровождающееся ургентным по-

зывает (более 8 раз в сутки) – 33,3%; никтурией (прерывание сна для мочеиспускания) – 28,9% и urgenностью (внезапный позыв к мочеиспусканию), сопровождающаяся непроизвольной потерей мочи – 26,5% соответственно.

Всем пациенткам проведены функциональные пробы. Демонстрация пациенткой хотя бы одной положительной пробы расценивалась как положительный результат. Частота положительных проб составила от 42,6% до 78,3%. В среднем, корреляция функциональных проб с клиническими данными составила 60,3%. По нашему мнению, это объясняется тем, что большинство пациенток имели легкую степень НМ, малую давность заболевания.

Несмотря на то, что положительный прокладочный тест продемонстрировали 63,2% обследованных женщин, в повседневной жизни 96,5% пациенток использовали прокладки, как способ контроля над непроизвольной потерей мочи.

На основании данных урогинекологического опросника, заполнения дневников мочеиспускания, осмотра и функциональных проб стрессовое недержание мочи было выявлено у 66,7% пациенток, urgenное – у 20,1%, смешанный тип недержания мочи – 13,2%.

Результаты определения степени тяжести НМ свидетельствуют о преобладании легкой степени (94,1%) по сравнению с средней и тяжелой степенью (5,9%). Следует особо отметить, что у 87,2% женщин, имеющих нарушение целостности мягких тканей родовых путей, выявлено недержание мочи при напряжении и смешанный тип недержания мочи.

Все пациентки основной группы были обследованы ультразвукографически. Изучалось состояние нижних отделов мочевых путей: мочевого пузыря и уретры с целью выявления признаков НМ (укорочение уретры, увеличение уретровезикального угла, расширение проксимальной уретры – воронкообразная деформация, наличие цистоцеле). Кроме того, оценивалось состояние венозной сети малого таза с целью выявления признаков варикозного расширения вен (ВРВ) малого таза. Эхографические параметры нижних отделов мочевых путей больных с симптомами стрессового и смешанного типа недержания мочи свидетельствуют о существенных изменениях изучаемых параметров.

При проведении ультразвукографии малого таза у пациенток основной группы эхографические признаки ВРВ малого таза (чрезмерно извитые, «червеобразные», анэхогенные структуры, увеличение диаметра основных венозных коллекторов) были выявлены у 57,3% пациенток.

При проведении доплерографии, в маточных венах отмечалось замедление систолической скорости кровотока, снижение фазности кривой кровотока вплоть до стаза крови.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о выраженных изменениях урогинекологического статуса, включая и варикозное расширение вен малого таза, при развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается изученными нами клиническими, урологическими и эхографическими данными. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родоразрешения.

## Зміни з боку сечовидільної системи при нетриманні сечі у жінок під час вагітності і після пологів

*А.Л. Костюк*

Результати проведених досліджень свідчать про виражені зміни урогінекологічного статусу, включаючи і варикозне розширення вен малого таза, при розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів. Це підтверджується вивченими нами клінічними, урологічними і ехографічними даними. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при нетриманні сечі у жінок під час вагітності і після розродження.

**Ключові слова:** нетримання сечі, сечовидільна система.

## Changes from the party urinesecretory systems at an incontience of urine at women during pregnancy and after the delivery

*A.L. Kostjuk*

Results of the spent researches testify to the expressed changes urogynecological status, including and varicose expansion of veins of a small basin, at development of an incontience of urine during pregnancy and after the delivery. It proves to be true studied by us clinical, urological and ehographical the data. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at an incontience of urine at women during pregnancy and after delivery.

**Key words:** an urine incontience, urinesecretory system.

## ЛИТЕРАТУРА

- Буянова С.Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, М.А. Чечнева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 4. – С. 52–61.
- Глебова Н.Н. Состояние мочевого пузыря у больных с опущениями и выпадениями матки / Н.Н. Глебова, А.В. Мирионов // Сборник научных работ Башкирской республиканской клинической больницы. – Уфа, 2005. – С. 357–358.
- Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, И.В. Краснопольский, Т.Г. Муравьева // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 1. – С. 54–57.
- Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Г.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // Урология. – 2007. – № 2. – С. 25–30.
- Кира Е.Ф. Слингвые операции в лечении стрессового недержания мочи у женщин / Е.Ф. Кира, А.А. Безменко // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 14–16.
- Комплексный подход к диагностике и лечению недержания мочи у гинекологических больных / О.В. Макаров, Е.Б. Мазо, Ю.Э. Доброхотова [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 4. – С. 23–29.
- Краснопольский В.И. Современные методы диагностики состояния мочевого пузыря и уретры при стрессовом недержании мочи / В.И. Краснопольский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 3. – С. 54–61.

## Влияние аномального расположения плаценты на изменения в системе мать–плацента–плод

С.А. Курицина

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

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушениях кровотока матки, плаценты и плода при аномальном расположении плаценты. Эти изменения свидетельствуют о наличии плацентарной дисфункции различной степени выраженности при данной патологии. При этом степень и частота находятся в прямой зависимости от расположения плаценты, а причиной развития плацентарной дисфункции является снижение маточно-плацентарного кровотока в зависимости от плодово-плацентарного кровотока при аномалиях плацентации. Чаще всего нарушения гемодинамики и задержка развития плода наблюдаются при низком расположении плаценты. Установленный патологический вариант сопоставлялся с параметрами плацентометрии – в каждом третьем случае диагностика плацентарной дисфункции по оценке скорости кровотока опережала данные ультразвукового исследования и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** аномальная плацентация, фетоплацентарный комплекс.

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

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

**Цель исследования** – изучение функциональных особенностей фетоплацентарного комплекса при аномальной плацентации.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно наблюдали 148 женщин (основная группа) с аномальным расположением плаценты (АРП). Низкая плацентация обнаружена при ультразвуковом

исследовании (УЗД) в сроке 14–16 нед гестации. Согласно классификации аномалий плацентации и вариантов миграции плаценты, критерием включения пациенток в основную группу было расположение плаценты (в 14–16 нед) на расстоянии менее 2 см от внутреннего зева шейки матки.

В контрольную группу вошли 60 практически здоровых беременных с нормальной плацентацией.

С 16 нед беременности осуществлялся УЗ-контроль процесса миграции с оценкой положения и расстояния нижнего полюса плаценты по отношению к внутреннему зеву. Получив разнообразие физических и функциональных параметров процесса миграции и плацентации, а также клинических характеристик обследуемых пациенток, нам представилось целесообразным деление вариантов миграции плацентации относительно внутреннего зева шейки матки.

Мы выделили следующие подгруппы:

1-я подгруппа (19,6%) – 29 пациенток с полным и неполным предлежанием плаценты; процесс миграции отсутствовал.

2-я подгруппа (37,2%) – 55 женщин с низким расположением плаценты в результате неполной (незавершенной) миграции (нижний край плаценты на 5 см ниже внутреннего зева).

3-я подгруппа (43,2%) – 64 беременные, у которых в результате полной (завершенной) миграции плацента переместилась в верхние отделы матки (нижний край плаценты на 5 см выше внутреннего зева).

Возраст беременных основной и контрольной групп варьировал от 16 до 40 лет. Большинство пациенток основной группы ( $p < 0,01$ ) были в возрасте от 26 до 35 лет (62,1%), контрольной – от 20 до 25 лет (55,0%). Средний возраст в контрольной группе составил  $23,8 \pm 3,9$  года, в основной –  $29,4 \pm 6,6$  года.

Функциональное состояние системы мать–плацента–плод оценивался по данным, полученным при биохимическом скрининге, эхографических, доплерометрических и кардиотокографических исследованиях.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка степени созревания плаценты по данным УЗД показала, что для АРП характерное позднее созревание плаценты (ПДП), обнаруженное у 73 (49,3%) беременных; преждевременное созревание плаценты (ПДП) наблюдалось у 18 (12,2%) пациенток, своевременное – у 57 (38,5%). Достоверно чаще ПДП и ПДП оказывалось у женщин с низкой плацентацией, соответственно 67,3% и 16,4% ( $p < 0,01$ ). У пациенток с предлежанием ПДП наблюдалось в 41,4% случаев, ПДП – в 10,3%; при мигрирующей плаценте соответственно в 37,5% и 9,4% случаев. В контрольной группе лишь у 2 (3,3%) беременных обнаружены ПДП. Следовательно, нарушения созревания плаценты могут быть причиной особенностей процесса ее миграции.

ЗРП зафиксирована лишь в основной группе при преждевременном/позднем созревании плаценты и достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) наблюдалось при низкой локализации с ПДП (21,8%). При гормональной дисфункции, по нашим данным, была тенденция к снижению величин фетометрии (в сравнении с физиологией). Достоверное уменьшение средних величин фетометрических показателей зарегистриро-

вано у беременных с гипофункцией ФПК. Это подтверждает предположение о том, что гормональная гипофункция ФПК является наиболее неблагоприятной: ЗРП, диагностированная у 25 (16,9%) беременных основной группы, в 22 (14,9%) случаях совмещалась со сниженной эндокринной регуляцией ФПК.

Известно, что изменение толщины плаценты является эхографическим маркером ПД. Поскольку у пациенток с атипичной локализацией плаценты чаще наблюдали ПДП (49,3%) и ПДП (12,2%), мы проанализировали в динамике гестационного периода плаценты с нарушением процесса дозревания.

При плацентометрии во время эхографического исследования проводилось измерение центральной части плаценты. Данные исследования показали, что при 26–28 недельном сроке беременности в основной группе начинается отставание показателей толщины плаценты при ПДП ( $p < 0,001$ ). По мере увеличения срока гестации, у беременных с аномалиями плацентации и ПДП сохраняются достоверно сниженными показатели толщины плаценты ( $p < 0,01$ ) в сравнении с контрольной группой. В 38–40 нед беременности толщина плаценты в основной группе составляет  $32,53 \pm 0,48$  мм, при нормальной локализации и физиологичном созревании плаценты –  $33,79 \pm 0,31$  мм ( $p < 0,05$ ).

Следовательно, у женщин с АРП и преждевременным ее созреванием происходит уменьшение толщины плаценты в сопоставлении с данными физиологичного созревания нормально расположенных плацент; скорость прироста толщины плаценты также более интенсивна в контрольной группе исследования. Следовательно, при ПДП имеет место отставание толщины плаценты, как в абсолютных значениях, так и в темпах прироста ее толщины.

При изучении показателей плацентометрии при атипичном расположении плаценты и ее поздним созревании, в сравнении с данными нормальной плацентации и физиологичного созревания, нами получены достоверные отличия показателей изменения толщины плаценты.

Так, у всех женщин с аномалиями плацентации и ПДП наблюдается увеличение скорости нарастания толщины плаценты и достоверное отличие показателей ее толщины в сроке 20–26 нед беременности по сравнению с данными пациенток контрольной группы. В целом, оказывается неравномерность (особенно в II триместре) прироста толщины плаценты и уменьшение ее толщины в конце гестационного периода ( $p < 0,05$ ).

Увеличение толщины плаценты при ее предлежании происходят относительно быстро до 23 нед беременности; в 25–30 нед – скачкообразное увеличение толщины плаценты; после 31 нед наблюдается достоверное ее утончение ( $p < 0,05$ ). Для низкой плацентации характерны скачкообразная и неравномерность темпа увеличения толщины плаценты; с 32 нед беременности наблюдается утончение плаценты ( $p < 0,05$ ). При миграции плаценты также отмечен скачкообразный темп прироста толщины плаценты до 33 нед, потом он неравномерен. Толщина плаценты при миграции в 36–40 нед срока беременности достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем при нормальной ее локализации.

Следовательно, по данным функциональной оценки ФПК на фоне АРП обнаружена большая частота ПДП, особенно при низком ее расположении и предлежании. Именно при этом сочетании достоверно значимой была часть плодов с ЗРП;

обнаружено достоверное уменьшение толщины плаценты при ЗРП. Изменения степени созревания и толщины плаценты свидетельствуют о наличии ПД при аномалиях ее локализации.

Нами проведена функциональная оценка состояния плода с определением биофизического профиля. Анализ биофизического профиля плода (БФП) в основной группе обнаружил изменения, зависящие от варианта расположения плаценты/ее миграции.

При предлежании плаценты нестрессовый тест (НСТ) изменен у 19 (65,5%) пациенток, дыхательные движения плода (ДДП) – у 18 (62,0%), двигательная активность плода (ДАП) – у 20 (69,0%), тонус плода (ТП) – у 8 (27,5%), своевременное созревание плаценты (СДП) – у 18 (51,7%), объем околоплодных вод (ООВ) – у 6 (20,7%).

Следовательно, для предлежания плаценты характерны особенности со стороны ДАП, NST, ДДП, СДП. При низком расположении плаценты NST изменен у 50 (90,9%) беременных, ДДП – у 43 (78,2%), ДАП – у 45 (81,8%), ТП – у 28 (50,9%), СДП – 38 (69,1%), ООВ – у 27 (49,1%). Характерны особенности показателей NST, ДАП, ДДП, СДП. При миграции плаценты изменены следующие показатели шкалы: NST – у 29 (45,4%) женщин, ДДП – у 33 (51,6%), ДАП – у 26 (40,7%), ТП – у 9 (14,1%), СДП – у 24 (37,5%), ООВ – у 18 (28,1%). Характерны следовательно, изменения показателей NST, ДДП, ДАП, СДП. В контрольной группе обнаружено изменение показателей NST – у 25 (41,7%) пациенток, ДДП – у 8 (13,3%), ДАП – у 10 (16,7%), ТП – у 8 (13,3%), СДП – у 17 (28,3%), ООВ – у 6 (10,0%).

Следовательно, на фоне АРП показатели шкалы А.М. Vintzileos были изменены, однако их количество определялось именно вариантом плацентации. Наиболее значимые изменения были при низкой локализации плаценты. Следующие места заняли предлежания плаценты и полная миграция плаценты.

При этом наиболее неблагоприятными условиями для развития плода являются процессы незавершенной миграции плаценты. Процесс полной миграции приводит к улучшению показателей шкалы, однако, остаются нарушения показателей БФП, выраженные в несколько меньшей степени.

В 50 (83,3%) наблюдениях контрольной группы состояние плода было расценено как физиологическое, в 9 (15,0%) – удовлетворительное (8–9 баллов), в 1 (1,7%) случае – сомнительное (6–7 баллов). Относительное благоприятное состояние плода (10–12 баллов) обнаружено лишь у 38 (25,7%) женщин с аномальной локализацией плаценты ( $p < 0,001$ ).

В основной группе у 83 (56,1%) беременных ( $p < 0,001$ ) состояние плода расценено как удовлетворительное (8–9 баллов); сомнительное определено у 22 (14,9%) пациенток. Гипоксия плода ( $< 5$  баллов) отмечена в 5 (3,4%) случаях II подгруппы. Средний балл БФП контрольной группы составил  $10,7 \pm 0,7$ , а самая низкая оценка ( $p < 0,001$ ) среднего балла обнаружена во II подгруппе ( $7,2 \pm 0,9$ ).

Изменения КТГ свидетельствуют о степени нарушений реактивности сердечно-сосудистой системы плода и побочно указывают на наличие гипоксии на фоне ПД. Проведенный анализ показателей КТГ за шкалой Fischer. Отмечено, что по характеру частоты и тяжести изменений, параметры, которые изучаются, у беременных основной группы распределились в следующем порядке (от меньшего к боль-

шему): базальная ЧСС, частота осцилляций, амплитуда осцилляций, акцелерации и децелерации

При АРП базальная частота имела отклонение от нормальных ( $p < 0,001$ ) в 35 (23,6%) наблюдениях; амплитуда и частота осцилляций носили патологический характер соответственно у 59 (39,9%) и у 38 (25,7%) беременных ( $p < 0,001$ ). Патологические изменения базальной ЧСС, амплитуды и частоты осцилляций были достоверно выше данных контроля во всех трех подгруппах.

Оценка акцелераций проводилась с учетом времени их появления (периодические/спорадические). В контрольной группе беременных патологические изменения обнаружены при изучении структуры акцелераций (43,3%). Нарушения акцелераций зафиксированы в 82 (55,4%) случаях у женщин основной группы и достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) во II подгруппе (63,6%). Изменения децелераций отмечены у 112 пациенток (75,7%) и во всех подгруппах достоверно отличались ( $p < 0,001$ ) от данных контроля (8,3%): в 1-й – 72,4%, во 2-й – 94,5%, в 3-й – 60,9%.

У беременных контрольной группы зафиксирована оценка 8–10 баллов, что свидетельствует о физиологичном состоянии плода. Суммарный балл КТГ 8–10 баллов обнаружен у 107 (72,3%) пациенток с АРП, состояние плода у них оценено как удовлетворительное; у 32 (21,6%) женщин основной группы состояние плодов было на 5–7 баллов; у 9 (6,1%) беременных – на 4 и менее баллов.

Средний балл в основной группе при АРП составил  $7,2 \pm 0,9$ ; наивысшая его оценка была в 3-й подгруппе с завершенной миграцией –  $8,3 \pm 0,6$ .

В основной группе у 83 (56,1%) беременных ( $p < 0,001$ ) состояние плода расценено как удовлетворительное (8–9 баллов); сомнительное определено у 22 (14,9%) пациенток. Гипоксия плода (<5 баллов) отмечена в 5 (3,4%) случаях II подгруппы. Средний балл БФП контрольной группы составил  $10,7 \pm 0,7$ , а самая низкая оценка ( $p < 0,001$ ) среднего балла обнаружена во II подгруппе ( $7,2 \pm 0,9$ ).

Достоверно низкий средний балл ( $p < 0,01$ ) зафиксирован у пациенток с низким расположением плаценты ( $5,9 \pm 0,9$ ), тогда как в контроле он составил  $9,4 \pm 0,6$ . Наиболее выраженная патология при КТГ (0 баллов) и самом низком суммарном балле обнаружены у беременных 2-й подгруппы с низкой плацентацией.

Для оценки состояния гемодинамики в системе мать–плацента–плод проведено доплерометрическое исследование кровотока в маточной артерии (МА), артериях пуповины и аорте плода при доношенном сроке беременности у 60 женщин с физиологически протекающей гестацией и нормальной плацентацией и у 91 беременной с АРП из основной группы.

Средние показатели маточно-плацентарного (МПК), плодово-плацентарного (ППК) и плодового кровотока у беременных контрольной группы были следующими: систоло-диастолическое отношение (СДО) в МА –  $1,61 \pm 0,01$ ; СДО в артериях пуповины –  $2,16 \pm 0,03$ ; СДО в аорте плода –  $4,90 \pm 0,02$ . Незначительное снижение кровотока (СДО в МА –  $1,75 \pm 1,9$ ) обнаружено в 10,0% пациенток с нормальной плацентацией. При аномалиях плацентации обнаружено статистически достоверное снижение кровотока во всех исследуемых сосудах: СДО в МА составило  $2,17 \pm 0,09$  ( $p < 0,001$ ); в артериях пуповины –  $2,51 \pm 0,10$  ( $p < 0,05$ ); в аорте плода –  $5,73 \pm 0,24$  ( $p < 0,05$ ). У беременных с предлежанием плаценты (1-я подгруппа) было умеренное снижение МПК ( $p < 0,01$ ) при относительно подлежащем сохранении

ППК ( $p < 0,05$ ). При низкой локализации плаценты (2-я подгруппа) обнаружено выраженное нарушение кровотока в МА, артериях пуповины и аорте плода ( $p < 0,001$ ;  $< 0,01$  и  $< 0,001$  соответственно). Для миграции плаценты были характерные начальные нарушения гемодинамики ( $p < 0,05$ ;  $p > 0,05$  соответственно).

Следовательно, при разных вариантах атипичной локализации плаценты определяются повышенные значения СДО в МА, артериях пуповины и аорте плода; вариант расположения плаценты непосредственно влияет на особенности гемодинамики фетоплацентарной системы. Наиболее значимые изменения наблюдаются при низкой локализации плаценты и отображают определенные нарушения процессов формирования маточно-плацентарных сосудов, изменения спиральных артерий, глубину инвазии трофобласта.

Выявление «выемки» в одной МА (особенно – в обеих) или снижении компонента диастолы кровотока служит основанием для коррекции ПД.

Нарушение МПК при сохраненном ППК регистрировали у 50 ( $54,9 \pm 3,2\%$ ) женщин основной группы (I А ст. ПД); нарушение ППК при сохраненном МПК – у 32 ( $35,2 \pm 1,9\%$ ) пациенток (IБ ст. ПД). Нарушение МПК и ППК (не достигающие критической стадии) при сохранении положительно направленного компонента диастолы определялись у 7 ( $7,7 \pm 1,2\%$ ) обследованных с АРП (II ст. ПД). Критическое нарушение ППК (ретроградное направление конечно-диастолического кровотока) при сохраненном/нарушенном МПК обнаружены у 2 ( $2,2 \pm 0,2\%$ ) беременных основной группы (III ст. ПД).

По данным УЗ-фетометрии, у 25 (16,9%) беременных с атипичной плацентацией обнаружена ЗРП. Имея небольшое число случаев ЗРП по каждому из вариантов АРП, для получения более полного статистического анализа увеличено число наблюдений и оценка кровотока ФПК выполнена в зависимости от положения плаценты в матке и показателей кровотока у женщин контрольной группы в течение 26–38 нед гестации.

Так, с 26 нед гестации оказывается нарушение кровотока в МА, наиболее выраженные при ЗРП на фоне низкого расположения плаценты ( $p < 0,001$ ). Снижение компонента диастолы кровотока в МА является наиболее ранним признаком нарушения МПК, свидетельствуя об увеличении периферического сопротивления сосудов. При ЗРП численные значения СДО в артериях пуповины достоверно выше, чем при неосложненном течении беременности и нормальной плацентации. Это свидетельствует о повышении периферического сосудистого сопротивления плодовой части плаценты. Наиболее выраженные изменения кровотока в артериях пуповины зафиксированы при низкой плацентации ( $p < 0,001$ ).

Нами установлено, что имеет место нарушение при ЗРП гемодинамики в грудном отделе нисходящей части аорты плода, в большей степени выраженные при низкой плацентации ( $p < 0,01$ ). Известно, что состояние кровотока в грудном отделе нисходящей аорты плода отображает компенсаторно-приспособительные механизмы центральной гемодинамики плода в ответ на снижение плацентарной перфузии. Полученные результаты свидетельствуют о повышении показателей периферического сосудистого сопротивления в аорте плода при ЗРП. Это обусловлено увеличением сопротивления терминальной сосудистой сети плаценты, в которую направляется около 40–60% крови из аорты плода, а также повышением сосудис-

той резистентности, которая оказывает влияние на спазм периферических сосудов плода как один из компенсаторных механизмов кровообращения в условиях сниженной плацентарной перфузии.

По данным доплерометрии, обнаруженные нарушения кровотока в МА, у беременных с АРП, характеризовались повышением ИР и ПИ за счет снижения скорости диастолы кровотока. У пациенток основной группы были достоверно нарушены суммарные показатели маточно-плацентарно-плодового кровотока с максимальными изменениями в сосудах пуповины (значительно увеличенные показатели углозависимых индексов), что свидетельствовало о повышенной резистентности периферических сосудов.

При сравнительной оценке показателей маточного кровотока у женщин с нормальным расположением плаценты, измененными фиксировались преимущественно пульсационный индекс (ПИ) в правой и левой МА (13,1% и 14,5% соответственно). При аномальной плацентации изменялись все углозависимые показатели.

При анализе обнаруженных нарушений кровотока в МА и артериях пуповины (у беременных из АРП) установлено достоверное отличие в суммарной оценке по индексу резистентности (ИР) лишь в маточном кровотоке ( $p < 0,05$ ). Нарушения по суммарным значениям ИР были равнозначно повышены.

Однако обращает внимание тот факт, что у беременных основной группы, ИР значительно больше мерой отличались от нормальных значений, и более частое нарушение кровотока подтверждалось всеми показателями. Данная особенность свидетельствует о более выраженных патологических процессах в маточно-плацентарно-плодовом кровотоке у данного контингента.

Интересно отметить, что патологический вариант кровообращения коррелирует с параметрами плацентометрии и в 29,8% случаев диагностика ПД по результатам оценки скорости кровотока опережает данные УЗИ и клинические проявления. Следовательно, раннее нарушение кровотока и его определение по показателям углозависимых индексов может быть критерием доклинической диагностики ПД на фоне АРП.

Суммарные показатели МПК у беременных из АРП статистически достоверно отображают частоту изменений ИР кровотока и свидетельствуют о соединенном повреждении ФПК с развитием ПД, связанных с гемодинамическими нарушениями на уровне МПК и ППК.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушениях в кровотоке матки, плаценты и плода при АРП. Эти изменения свидетельствуют о наличии ПД различной степени выраженности при данной патологии, при этом степень и частота находятся в прямой зависимости от расположения плаценты. По-видимому, причиной развития ПД является снижение МПК, зависящее, в свою очередь, от нарушений ППК при аномалиях плацентации. Самое частое нарушение гемодинамики и ЗРП плода наблюдаются при низком ее расположении. Установленный патологический вариант сопоставлялся с параметрами плацентометрии – в каждом третьем случае диагностика ПД по оценке скорости кро-

вотока опережала данные УЗАМ и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Вплив аномального розташування плаценти на зміни в системі мати–плацента–плід С.А. Куріцина

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення в кровотоку матки, плаценти і плода при АРП. Ці зміни свідчать про наявність ПД різного ступеня вираженості при даній патології, При цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Мабуть, причиною розвитку ПД є зниження МПК, залежне, у свою чергу, від порушень ППК при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і ЗРП плода спостерігаються при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант зіставлявся з параметрами плацентометрії – в кожному третьому випадку діагноста ПД за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані УЗД і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** аномальна плацентація, фетоплацентарний комплекс.

### Influence of an abnormal arrangement of a placenta on changes in system mother–placenta–born S.A. Kuritsina

Results spent functional researches testify to infringements of a blood-groove of a uterus, a placenta and a born at an abnormal arrangement of a placenta. These changes specify in presence of placental dysfunction of various degree of expressiveness at the given pathology, thus degree and frequency of complications are in direct dependence on a placenta arrangement. Thus the reason of development of placental dysfunction is decrease in a uterine-placental blood-groove depending on a born-placental blood-groove at anomalies placentation. More often infringements of haemodynamics and a born arrest of development are observed at a low arrangement of a placenta. The established pathological variant was compared with parameters placentometria - diagnostics of placental dysfunction according to speed of a blood-groove advanced the data of ultrasonic research and clinical displays in every third case. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** abnormal placentation, fetoplacental complex.

### ЛИТЕРАТУРА

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

## Влияние варикозной болезни у беременных на состояние эндокринологического статуса

Л.В. Манжула

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости комплексной оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с варикозной болезнью. Алгоритм диагностических мероприятий при данной экстрагенитальной патологии должен включать помимо данных ультразвукового исследования, доплерометрии и кардиотокографии, результаты оценки гормональной функции плаценты. Такой подход позволяет своевременно поставить диагноз плацентарной дисфункции и скорректировать алгоритм лечебно-профилактических мероприятий и тактику ведения беременности и родов. **Ключевые слова:** варикозная болезнь, эндокринологический статус.

Исследования последних лет показали, что нередким проявлением варикозной болезни (ВБ) у беременных является варикоз вен малого таза, определяемый в виде случайных находок при кесаревом сечении, а также варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов [1–3].

Ряд авторов [4–5] указывают на высокую частоту выявления у рожениц экстрагенитальных венозных сосудов малого таза, что, по их мнению, объясняет увеличение воспалительных осложнений после родов у женщин, страдающих сосудистой недостаточностью вен нижних конечностей. Наличие варикозно расширенных сосудов системы внутренней подвздошной вены может способствовать развитию кровотечений в третьем периоде родов, являться причиной тромбоэмболических осложнений, гнойно-септических процессов в послеродовом периоде; хронических воспалительных процессов матки и придатков, вторичного бесплодия [6–7].

Симптомокомплекс «плацентарная дисфункция» (ПД) сегодня занимает наиболее высокий удельный вес в структуре патологии перинатального периода, заболеваемости и летальности новорожденных. Разработка новых методов диагностики и лечения ПД представляется одним из перспективных научных направлений современного акушерства и перинатологии, так как нарушение функции плаценты является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1–7].

Таким образом, наличие у беременных симптомокомплекса «плацентарная дисфункция» и васкулярных нарушений отягощает течение гестационного процесса, неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, ухудшая показатели перинатальной заболеваемости. Не вызывает сомнений тот факт, что необходим комплексный подход к изучению артериального и венозного кровообращения малого таза во время беременности.

Использование оценки гормональной функции плаценты в сочетании с данными УЗИ, доплерометрии и КТГ позволяют получить исчерпывающую информацию о состоянии плода при данной экстрагенитальной патологии [1–7].

Учитывая изложенное выше, в нашем исследовании решено было проанализировать особенности гормональной функции плаценты при наличии ВБ, причем без и с наличием ПД.

**Цель исследования** – изучить влияние варикозной болезни у беременных на состояние эндокринологического статуса без и при наличии ПД.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно поставленной цели нами было проспективно обследовано в сроках 10–41 нед беременности, в родах и в ранний послеродовой период 100 пациенток с ВБ. Контрольную группу составили 50 пациенток с неосложненным течением беременности и родов.

На основании полученных результатов, при ретроспективном анализе, все пациентки были разделены на следующие группы:

I группа – контрольная (50 случаев). Беременность у пациенток данной группы протекала без осложнений, а также не было выявлено сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

По результатам функциональных методов исследования – УЗ-фетометрии (задержка развития плода (ЗРП), признаки преждевременного старения плаценты), УЗ-доплерометрии (нарушение маточно-плацентарного и/или плодово-плацентарного кровообращения), КТГ (признаки внутриутробной гипоксии плода) – была сформирована II группа, которую представили 50 беременных с ВБ и ПД. III группа – беременные с ВБ и без признаков ПД.

Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное обследование с применением функциональных и лабораторных методов.

Исследование гормональной функции плаценты проводилось иммуноферментным методом и включало определение следующих показателей функции плаценты: плацентарный лактоген (ПЛ), хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), прогестерон (ПГ), эстриола (ЕЗ) и альфа-фетопротеин (АФП).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ анамнестических данных, характера течения и осложненной беременности, родов, раннего послеродового периода, а также результатов дополнительных методов исследований выявил следующие моменты:

выделенные группы являются статистически сопоставимыми по следующим параметрам: возраст начала менструаций и их длительность, возраст начала половой жизни; структура экстрагенитальной патологии (вегето-сосудистая дистония по гипо- и гипертоническому типу, заболевания ЖКТ); структура гинекологических заболеваний (фоновые заболевания шейки матки, кисты яичников, эндометрит и дисфункция яичников); урогенитальная инфекция (кандидоз); число срочных родов в анамнезе. Течение настоящей беременности и родов у пациенток всех представленных групп осложнялось токсикозом первой половины гестации, аномалиями родовой деятельности.



достоверными различиями между женщинами с венозными нарушениями и здоровыми являются ( $p < 0,05$ ): длительность менструального цикла, средний рост пациенток, число самопроизвольных прерываний беременности, неразвивающихся и внематочных беременностей в анамнезе, частота бесплодия и преждевременных родов, отличающие пациенток с эктазией вен таза, течение гестации которых осложнилось ПД. В структуре экстрагенитальной патологии у данного контингента обследованных встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, хроническая артериальная гипертензия, анемия), мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь) и эндокринная патология (диффузный зоб, аутоиммунный тиреоидит); в структуре гинекологических заболеваний – лейомиома матки, эндометриоз. Среди выявленной урогенитальной инфекции отмечался хламидиоз.

Течение гестации осложнялось угрозой прерывания беременности в первом триместре, анемией второй половины беременности и преэклампсией. У беременных этой же группы выявлялись УЗ-признаки ПД и ЗРП.

Пациентки с эктазией венозных сосудов малого таза и осложненным течением беременности достоверно чаще, в сравнении с женщинами, беременность у которых была не осложнена, были родоразрешены путем операции кесарева сечения. У этого контингента женщин чаще встречались несвоевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. У родильниц этой же группы наблюдались дистресс плода и ЗРП.

Течение послеродового периода у пациенток с ВБ и ПД осложнялось развитием метроэндометрита и гематометры.

Перинатальные исходы в группе с ВБ и ПД представлены наличием дистресса плода и ЗРП, а также высокой частотой неврологических нарушений и уменьшением удовлетворительного состояния младенцев.

Послеродовый период у родильниц этой группы осложнился метроэндометритом (8,0%) и флебитом маточных вен (4,0%).

Перинатальные исходы представлены рождением здоровых детей более, чем в каждом втором случае, неврологическими нарушениями новорожденных - в каждом шестом наблюдении.

Внутри групп женщин с ВБ также выявлены достоверные различия. Беременные с ВБ и ПД отличались следующими характеристиками: число самопроизвольных абортотворений было в 2 раза больше, чем у женщин с изолированной эктазией вен малого таза, число неразвивающихся и внематочных беременностей в анамнезе, а также частота оперативного родоразрешения в анамнезе – в 3 раза. Дисфункция яичников в анамнезе встречалась в два раза чаще также среди пациенток с ВБ и ПД.

Диффузный зоб, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, аутоиммунный тиреоидит достоверно чаще выявлялись у женщин с ВБ, течение беременности которых осложнилось ПД. В структуре гинекологических заболеваний у беременных этой же группы в два раза чаще наблюдался сальпингофорит.

Течение беременности в группе с ВБ и ПД протекало на фоне анемии во втором триместре, осложнялось преэклампсией во втором-третьем триместре беременности. У женщин этой же группы выявлялись УЗ-признаки ПД и ЗРП.

Дистресс плода, ЗРП и асфиксия новорожденных характеризовали течение родов, послеродового периода пациенток с венозными нарушениями и ПД.

Результаты эхографических и доплерометрических исследований свидетельствуют, что для прогнозирования осложнений беременности и нарушений в фетоплацентарной системе у беременных с ВБ целесообразно измерение поперечного сечения боковой стенки матки и среднего диаметра маточной вены. Для постановки диагноза ПД и определения степени ее компенсации необходимо проводить, помимо эхографического исследования сосудов малого таза, доплерометрическую оценку венозного кровотока.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ВБ – является фактором риска по развитию дистресса плода. Надо отметить, что при сопоставлении данных КТГ с результатами доплерометрии были выявлены корреляционные связи между различными типами нарушения гемодинамики и патологией плода в основных группах. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

При оценке гормональной и биосинтетической функции плаценты было установлено, что содержание ПЛ у женщин основных групп (I и II) было достоверно ниже, чем в контрольной группе и в среднем составило  $2,8 \pm 0,3$  и  $2,7 \pm 0,7$  мг/мл соответственно, по сравнению с  $9,73 \pm 0,3$  мг/мл ( $p < 0,05$ ). Важно отметить, что между собой группы пациенток, имевшие ВБ с или без ПД по данному показателю не отличались. Интересно, что в группе контроля была лишь 1 (2,0%) пациентка с показателем ПЛ на нижней границе лабораторной нормы, тогда как в основных группах таких беременных было существенно больше: 84,0% и 66,0% в I и II группе соответственно. Ни в одной группе не выявлено повышение уровня ПЛ, что связано со строгими критериями исключения, описанными ранее. Обращает на себя внимание, что уровень снижения ПЛ в I группе напрямую коррелировал с выраженностью доплерометрических показателей и КТГ ( $r = 0,2$ ), при этом так же выявлялся у пациенток II группы без клиники ПД по УЗИ и КТГ.

Анализируя показатели ЕЗ в группах исследования была выявлена аналогичная картина. Так уровень свободного ЕЗ в среднем составил  $3,0 \pm 1,9$  и  $2,9 \pm 2,5$  нг/мл в I и II группе соответственно, что было достоверно ниже аналогичного показателя в контрольной группе –  $13,5 \pm 3,7$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Повышения уровня ЕЗ не было выявлено ни у одной из пациенток, включенных в исследование. При этом снижение ЕЗ диагностировано у 76,0% и 64,0% пациенток в I и II группе соответственно, и не выявлено в контрольной группе.

Также было отмечено снижение концентраций ХГЧ в сыворотке крови беременных основных групп. Его содержание было ниже нормы в 60,0% и 54,0% случаях у пациенток I и II групп соответственно, тогда как в контрольной концентрации ХГЧ у всех пациенток соответствовала лабораторной норме. При анализе средних показателей уровня ХГЧ выявлена аналогичная динамика, где I и II группы не отличались между собой и имели тенденцию к достоверному снижению ХГЧ по сравнению с контрольной группой, хотя изменения эти имели менее выраженный характер.

При анализе показателей АФП и ПГ была выявлена аналогичная картина, однако по ПГ и АФП эти изменения носили минимальный характер. Хотя все эти параметры не носили статистически достоверного характера.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости комплексной оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с ВБ. Алгоритм диагностических мероприятий при данной экстрагенитальной патологии должен включать помимо данных УЗИ, доплерометрии и КТГ, результаты оценки гормональной функции плаценты. Такой подход позволяет своевременно поставить диагноз ПД и корректировать алгоритм лечебно-профилактических мероприятий и тактику ведения беременности и родов.

### Вплив варикозної хвороби у вагітних на стан ендокринологічного статусу Л.В. Манжула

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім даних ультразвукового дослідження, доплерометрії і кардіотокографії, результати оцінки гормональної функції плаценти. Такий підхід дозволяє своєчасно поставити діагноз плацентарної дисфункції і корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів і тактику ведення вагітності і пологів.

**Ключові слова:** варикозна хвороба, ендокринологічний статус.

### Influence of varicose illnesses at pregnant women on a condition endocrinological status L.V. Manzhula

Results of the spent researches testify to necessity complex estimations of a functional condition fetoplacental complex at women with varicose illness. The algorithm of diagnostic actions at given extragenital should include pathologies besides data of ultrasonic research, dopplerometry and cardiotocografia, results of an estimation of hormonal function of a placenta. Such approach allows to diagnose in due time to placental dysfunction and correction algorithm of treatment-and-prophylactic actions and tactics of conducting pregnancy and sorts.

**Key words:** varicose illness, endocrinological status.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М.: Видар, 2008. – 112 с.
2. Волков А.Е., Огороков А.А. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза //Ультразвук, диагн. – 2004. – № 2. – С. 24.
3. Газдиева З.М. Варикозная болезнь при беременности. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 1999. – 16 с.
4. Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 18 с.
5. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. – М.: Медицина, 2004. – 28 с.
6. Зубарев А.Р., Богачев И.Ю., Митьков В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей. – М., 2009. – 104 с.
7. Маркин Л.Б. Кардиотокографические исследования при плацентарной дисфункции // Здоровье женщины. – 2009. – № 2. – С. 16–18.
8. Проскуракова О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2009. – 133–144 с.

## Влияние йододефицита на развитие и клиническое течение анемии беременных

Н.М. Романенко

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

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, 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 у женщин, 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 было изучение особенностей 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, % насыщения трансферрина в сыворотке крови);

3) углубленная (трансформация эритроцитов, определение показателей свободно-радикального окисления, микроэлементного, гормонального состава крови).

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

1-я подгруппа – группа сравнения (контрольная) – все показатели соответствовали норме;

2-я подгруппа – латентное анемическое состояние (преданемия с нормальными показателями ферродинамики) – ЛАС;

3-я подгруппа – сидероахрестическая анемия (железонасыщенная) – САА;

4-я подгруппа – скрытый, латентный дефицит железа (преданемия) –ЛДЖ;

5-я подгруппа – железodefицитная 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% женщин в анамнезе отмечались различные кровотечения (носовые, гинекологические, пищеварительные).

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% пациенток.

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 патологий ЩЖ преобладал зоб (в 68,3% случаев), преимущественно 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 С4, 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±0,071 нмоль/л (p<0,01), Т<sub>4</sub> до 126,77±3,614 нмоль/л (p<0,01), снижение содержания СТ<sub>4</sub> до 12,1±0,362 пмоль/л (p<0,001).

Оценка гормонального статуса крови у беременных с анемическими состояниями показала, что ТТГ, регулирующий функцию ЩЖ, достоверно увеличен относительно показателей группы сравнения (1,3±0,144 мкЕд/мл) при САА (2,47±0,719 мкЕд/мл, p<0,05), ЛДЖ (1,85±0,239 мкЕд/мл, p<0,05), ЖДА (2,75±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 преанемических состояний, с максимальным подъемом при анемиях: САА – 2,53±0,167 нмоль/л (p<0,001); ЖДА – 2,7±0,187 нмоль/л (p<0,001); группа сравнения – 1,99±0,071 нмоль/л.

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

Определение уровня ТТГ является наиболее чувствительным тестом для оценки функции ЩЖ и качества компенсации первичного гипотериоза. В общей популяции распространены различные концентрации ТТГ в крови представлена 70–80% людей в пределах 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.

При анемических состояниях у беременных при САА в 11,4% случаев отмечен функциональный гипотериоз, при ЛДЖ – в 10%, при ЖДА – в 12,8%.

Гестационный транзиторный гиперттериоз 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 группы сравнения. У них интенсивность свободно-радикальных процессов коррелировала с количеством дискоцитов 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 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 ( $r=-0,7$ ), прямая связь 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 ( $r=-0,89$ ), прямая связь с соотношением лития в форменных элементах и сыворотке ( $r=+0,98$ ). Показатель *hI* 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* ( $r=+0,9$ ), *hI* ( $r=+0,9$ ), *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* ( $p=-0,39$ ,  $r=+0,41$ ,  $r=+0,38$  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-протеидов ( $r=-0,44$ ), соотношением лития в форменных 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 форменных элементах ( $r=+0,98$ ), марганца в сыворотке крови ( $r=+0,47$ ), а также соотношения в сыворотке и форменных элементах марганца ( $r=+0,46$ ) и кобальта ( $r=+0,55$ ).

В группе беременных 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 форменных 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 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 преанемиях показателей общего, восстановленного и окисленного глутатиона независимо от выраженности патологического процесса.

Статистическая обработка данных с использованием корреляционного анализа представлена следующими результатами. В группе сравнения 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. =  $23,01 \pm 1,48$  ( $p < 0,01$ ), 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 преанемиях 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 марганцу *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 марганцу *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 ( $r = +0,49$ ), эхиноцитов при воздействии никеля ( $r = +0,52$ ), деструктивных форм эритроцитов при воздействии никеля ( $r = -0,56$ ) и свинца ( $r = -0,68$ ).

У беременных 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 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, 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.

### Вплив йододефіциту на розвиток і клінічний перебіг анемії вагітних 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, 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.

### Influence of iododeficiency on development and clinical a current of an anaemia of pregnant women. 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 / О.Р. Баев // 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.

## Влияние показаний к операции кесарева сечения на морфологические особенности рубца

**И.М. Шлапак**

Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при исследовании рубцов матки при экстренном абдоминальном родоразрешении, по сравнению с плановым хирургическим вмешательством, было обнаружено значительно большее количество тканевых лейкоцитов в миометрии, в первую очередь, нейтрофильных гранулоцитов и клеток с признаками деструкции. Кроме того, возросло количество и размер лейкоцитарных инфильтратов и кровоизлияний как в рубцах, так и в самом миометрии. Следует отметить и резко расширенные сосуды и интерстициальные пространства в миометрии и рубцах матки. Разницы в состоянии тканей матки после использования различных методов ушивания данного органа в анамнезе, найдено не было. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма ведения родов у женщин с рубцом на матке.

**Ключевые слова:** *рубец на матке, морфология.*

**Н**а протяжении последних 15–20 лет в мире отмечается рост частоты кесарева сечения в 3–4 раза. Согласно данным литературы, частота операции составляет от 13 до 45% [1–5].

По данным ряда авторов [1–5] рубец на матке в настоящее время является одним из основных показаний к кесареву сечению, составляя от 18,2% до 37,0%. Основным мотивом для проведения повторного кесарева сечения служит опасность разрыва матки во время родов с неблагоприятным исходом для матери и плода.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме кесарева сечения, нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане морфологических особенностей рубца на матке после первой ургентной операции кесарева сечения.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение морфологических особенностей рубца на матке после первой ургентной операции кесарева сечения.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами проведено изучение морфологических особенностей рубца на матке после первой ургентной операции кесарева сечения у пациенток с ушиванием рубца 2-рядными кетгутowymi швами (1-я группа, n=50) и однорядным викриловым швом (2-я группа, n=50).

В процессе морфометрических исследований на срезе тканей определяли относительную площадь кровеносных и лимфатических сосудов, интерстициальных про-

пространств, клеток и межклеточного вещества в глубоких слоях эндометрия и миометрии, в рубце и пограничных к нему тканях; коркового плато, паракортекса, лимфоидных фолликулов без центров и с центрами размножения, мякотных тяжей и мозговых синусов в брыжеечных лимфатических узлах. Дифференцирование кровеносных и лимфатических сосудов проводили в соответствии с общепринятыми рекомендациями (Т.Д. Задорожная и соавт., 2008). В тканях матки вычисляли численную плотность лимфоцитов, иммуно- и плазмобластов, нейтрофилов, эозинофилов, эритроцитов, моноцитов, макрофагов, базофилов, плазматических, делящихся и ретикулярных клеток, клеток Мотта и клеток с деструктивными изменениями, при этом типы клеток верифицировали в соответствии с рекомендациями вышеуказанных авторов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При экстренной операции кесарева сечения в рубце матки после предыдущего хирургического родоразрешения отмечено полнокровие, склероз и расширение сосудов.

В миометрии при данном хирургическом вмешательстве по экстренным показаниям соединительная ткань расположена прослойками по ходу сосудов, но эти прослойки шире, чем в биоптатах при плановом кесаревом сечении, видимо, за счет расширения сосудов. Также были по размеру больше и встречались чаще в миометрии кровоизлияния.

У всех женщин всех исследуемых групп при проведении операции кесарева сечения по экстренным показаниям, в тканях рубца матки и в миометрии присутствовали различные по величине, вплоть до пропитывания форменными элементами крови обширных участков тканей, кровоизлияния, причем были как старые, так и свежие кровоизлияния.

При исследовании микроциркуляции и лимфотока в рубце матки после экстренной операции кесарева сечения было отмечено отсутствие достоверных различий между исследованными показателями после ушивания органа различными шовными материалами.

Однако, при сравнении этих показателей с аналогичными, при плановой операции, было найдено, что в данном случае, в ткани самой матки была больше объемная плотность лимфатических сосудов и межклеточных щелей в 2,4 и 2,3 раза, соответственно.

На фоне экстренного абдоминального родоразрешения после ушивания матки двухрядным кетгуттовым или однорядным викриловым швом была больше относительная площадь лимфатических сосудов на срезе рубца матки в 2,2 и 2,4 раза, соответственно, и больше площадь интерстициальных пространств в 2,7 раза.

В цитогамме тканевых лейкоцитов миометрия было меньше количество нейтрофильных лейкоцитов на 10 мкм площади среза зоны на 69,2% и 65,4%, соответственно, чем в рубце после использования двухрядного кетгуттового или однорядного викрилового шва.

При плановой операции кесарева сечения было найдено, что по сравнению состоянием при экстренном хирургическом вмешательстве, в ткани самой матки была меньше общее количество лейкоцитов на  $10^5$  мкм<sup>2</sup> площади среза миометрия в 3,6 раза. По-видимому, это произошло из-за возрастания при экстренном производстве операции, численной плотности нейтрофилов, эритроцитов и клеток с признаками деструктивных изменений в 4,6, 7,8 и 8,8 раза, соответственно.

Процентное количество эозинофилов и макрофагов уменьшилось в 4,1 и 2,3 раза, также соответственно (так как их абсолютная численность не изменилась, следовательно, снижение относительного числа этих клеток произошло из-за повышения численности других лейкоцитов в тканях).

На фоне экстренного проведения операции кесарева сечения после ушивания матки двухрядным кетгуттовым или однорядным викриловым швом была больше, по сравнению с показателями при плановой операции, численная плотность всех лейкоцитов на единицу площади среза рубца матки в 2,2 и 2,6 раза, соответственно, нейтрофилов – в 2,6 и 3,1 раза, соответственно, эритроцитов – в 6,4 и 6 раза, соответственно, и клеток с деструктивными изменениями – в 3,9 раза.

Процент эозинофильных лейкоцитов был ниже при экстренном хирургическом вмешательстве после ушивания матки кетгуттом или викрилом в 2,9 и 5,1 раза, соответственно, по сравнению с относительным количеством их в цитоархитектонике тканевых лейкоцитов рубца миометрия при плановом кесаревом сечении. Показатели макрофагов в рубцах при плановом или экстренной операции достоверно не отличались от соответствующих при любом шовном материале.

У всех родильниц (100%) в миометрии и в рубце матки после использования всех шовных материалов были обнаружены различные по величине (до 1500 мкм) лейкоцитарные инфильтраты.

У женщин из всех групп в клеточном составе инфильтратов преобладали нейтрофилы, достоверных отличий в цитогамме инфильтратов между сравниваемыми группами с использованием различных шовных материалов отмечено не было.

При экстренной операции кесарева сечения было обнаружено, что, по сравнению состоянием при плановом хирургическом вмешательстве, в лейкоцитарных инфильтратах миометрия было меньше относительное количество макрофагов в 3,3 раза.

При экстренной операции кесарева сечения после ушивания матки двухрядным кетгуттовым или однорядным викриловым швом были больше, по сравнению с показателями при плановой операции, относительное число эритроцитов в инфильтратах в рубце матки в 4,8 раза и их абсолютная численность – в 5,4 и 6,4 раза, соответственно.

Граница рубца матки и миометрия при экстренной операции кесарева сечения характеризуется склерозом стенки сосудов и резким расширением самих сосудов преимущественно в зоне рубца, многочисленными разрывами по ходу границы разных тканей.

Как в рубце матки, так и в миометрии у всех женщин при проведении операции кесарева сечения по экстренным показаниям после использования всех, примененных нами, шовных материалов в анамнезе, на границе рубца и миометрия были обнаружены различные по величине и срокам возникновения кровоизлияния.

При исследовании микролимфогеомоциркуляции на границе рубца матки и миометрия после экстренной операции кесарева сечения было отмечено отсутствие достоверных различий между исследованными показателями после ушивания органа различными шовными материалами. Также не было найдено отличий исследованных показателей от соответствующих, полученных при изучении рубца.

Но, на фоне экстренного проведения операции кесарева сечения после ушивания матки двухрядным кетгуттовым швом или однорядным викриловым в анамнезе, была больше относительная площадь лимфатических сосудов на срезе рубца

матки в 2,9 и 3,2 раза, соответственно, а площадь интерстициальных пространств – в 3,1 и 2,8 раза, также соответственно. Объемная плотность вен при экстренной операции после наложения однорядного викрилового шва была больше, чем при плановой операции, в 3 раза.

При экстренной операции кесарева сечения после ушивания матки двухрядным кетгуттовым швом или однорядным викриловым в анамнезе, на границе рубца и миометрия была больше, по сравнению с показателями при плановой операции, численная плотность всех лейкоцитов на единицу площади среза рубца матки в 3,4 и 3 раза, соответственно, нейтрофилов – в 4,1 и 3,9 раза, соответственно, эритроцитов – в 9 и 6 раз, соответственно, и нежизнеспособных клеток – в 8,4 и 8,5 раза, также соответственно.

Процент эозинофильных лейкоцитов был ниже при экстренном хирургическом вмешательстве после ушивания матки кетгуттом или викрилом в 3,7 и 4,7 раза, соответственно, тканевых базофилов – в 3,7 и 3,4 раза, соответственно, и макрофагов – в 3,3 и 2,9 раза, также соответственно, по сравнению с относительным количеством их в цитоархитектонике тканевых лейкоцитов в пограничных между рубцом и миометрием тканях при плановом кесаревом сечении.

Как в миометрии и в рубце матки, у всех родильниц после использования всех шовных материалов на границе мышечного слоя и соединительной ткани рубца были обнаружены такие же по величине и клеточному составу (с преобладанием нейтрофилов) лейкоцитарные инфильтраты, достоверных отличий в цитограмме инфильтратов между сравниваемыми группами с использованием различных шовных материалов отмечено не было. Также не было найдено отличий цитограммы инфильтратов пограничных тканей, от цитограммы этих образований в рубце.

При экстренной операции кесарева сечения после ушивания матки двухрядным кетгуттовым швом или однорядным викриловым в анамнезе, были больше, по сравнению с показателями при плановой операции, относительное число макрофагов в инфильтратах на границе рубца и миометрия в 3,7 и 3,2 раза, соответственно.

При преждевременном излитии околоплодных вод происходит инфицирование плода и матки. Попадание антигенов из микроорганизмов и разрушенных тканей в организм индуцирует развитие острой септической воспалительной реакции.

Видимо, из-за развивающейся острой воспалительной реакции в тканях матки, в том числе и в рубцовой ткани этого органа при операции кесарева сечения по экстренным показаниям, по сравнению с плановым хирургическим вмешательством, было обнаружено значительно большее количество тканевых лейкоцитов, в первую очередь, нейтрофилов и клеток с деструктивными изменениями. Кроме того, были больше количество и размер лейкоцитарных инфильтратов и кровоизлияний как в рубцах, так и в самом миометрии. Следует отметить и резко расширенные лимфатические сосуды и интерстициальные пространства во всех исследованных тканях.

При исследовании пограничных тканей между рубцом матки и миометрием после экстренного проведения кесарева сечения, по сравнению с плановым хирургическим вмешательством, были обнаружены практически такие же изменения, как в самом миометрии и в самом рубце. Видимо, это произошло по тем же причинам (инфицирование при преждевременном излитии околоплодных вод и разрывы при длительной сократительной деятельности), что и в грубоволокнистой соединительной ткани рубца после предыдущего кесарева сечения.

Разницы в состоянии тканей матки после использования различных методов ушивания данного органа в анамнезе, найдено не было. По-видимому, выраженные значительные изменения исследованных показателей при экстренной операции кесарева сечения маскируют отличия в рубцах матки, конечно, если они есть, после применения различных способов ушивания данного органа.

По нашему мнению, все обнаруженные изменения связаны с длительной сократительной деятельностью матки и с преждевременным излитием околоплодных вод. Безводный период приводит к инфицированию тканей матки и увеличению, вследствие этого, количества тканевых лейкоцитов (нейтрофилов), размеров и количества лейкоцитарных инфильтратов, нарушению лимфотока. Безрезультатная сократительная деятельность приводит как к застою лимфы (нарушения лимфотока), так и к травматизации, отрыву мышечных волокон друг от друга и от соединительной ткани рубца, нельзя исключить и повреждение самого рубца. С разрывами тканей и с нарушениями микроциркуляции при воспалительной реакции связано наличие в миометрии и рубце кровоизлияний, возрастание численности эритроцитов. Так как после травматизации миометрия и рубца прошло какое-то время, возможно развитие микроциркуляторной и клеточной реакции на повреждение: нарушения лимфотока, возрастание числа тканевых лейкоцитов и образование лейкоцитарных инфильтратов.

Появление эритроцитов вне сосудов мы также (кроме непосредственных разрывов тканей) связываем с реакцией сосудистого русла на повреждение тканей при сократительной деятельности и инфицирование при преждевременном излитии околоплодных вод. При повреждении тканей организма и при лизисе фагоцитами выделяется большое количество антигенов и биологически активных веществ (гистерлейкины, гистамин, серотонин и т.п.), которые резко повышают проницаемость сосудистой стенки и способствуют появлению в тканях как единичных эритроцитов, так и кровоизлияний. Возможно и прямое повреждение эндотелия сосудов антигенными комплексами и токсическими веществами.

Расширение лимфатических сосудов и капилляров в миометрии и рубце при экстренной операции кесарева сечения, по-видимому, может быть связано, кроме повышения образования и, соответственно, тока лимфы при усиленной сократительной деятельности миометрия, с защитной реакцией лимфатической системы на попадание больших количеств антигена в ткани.

Как мы уже отмечали, любой патологический процесс в тканях организма привлекает многие разделы лимфатической системы, а ее дренажная функция наиболее значительно изменена при воспалении, сопровождающем повреждение тканей. При разрушении тканей при воспалительной реакции лимфатические капилляры, сосуды и лимфатические узлы оказываются наполненными некротическими массами, клетками красной и белой крови, сгустками фибрина, часто с высоким содержанием микрофлоры. Диссеминировано блокируется микролимфатический дренаж тканей и пассаж лимфы через лимфатические узлы.

В то же время распространение микроорганизмов и их токсинов из очага воспаления вызывает воспаление выносящих лимфатических сосудов. Кроме того, тканевые метаболиты и токсины грубо нарушают фибриллярный аппарат лимфатических капилляров и затрудняют транспорт жидкости из интерстиция.



Блокада лимфатических сосудов является одним из важнейших факторов при возникновении воспалительного отека, ограничивающим попадание бактерий и токсических веществ с места воспаления в кровь. Это, в определенной мере, следует рассматривать как целесообразный защитный механизм.

Транспорт микробных токсинов и метаболитов гнойно-воспалительного очага через дренирующие лимфатические сосуды осуществляется в регионарные и коллекторные лимфатические узлы, которые находятся на пути физиологического тока лимфы и представляют собой мощный биологический фильтр, способный задержать микробы и продукты распада. В случае прогрессирования процесса заинтересованными оказывается большая группа лимфатических узлов, лежащих на пути оттока лимфы из пораженного органа.

Барьерная функция лимфатических узлов при воспалении состоит в замедлении лимфооттока и создании оптимальных условий для фагоцитоза, накопления лимфоцитов и максимального сближения их с макрофагами.

Деструктивные процессы в лимфатическом узле ведут к активному образованию лимфовенозных анастомозов и шунтированию токсичной лимфы в венозную систему, что является одним из основных факторов, снижающих не только барьерную функцию лимфатического узла, но и способствующих лимфогематогенной генерализации токсикоза.

Изучение структуры и транспортной функции регионарных лимфатических узлов в условиях гнойного воспаления показало значительное снижение функциональной способности лимфатической системы, блокирование лимфатического узла, затруднение прохождения лимфы от дренирующей области, приводящие к изменению направления тока лимфы и формированию межрегионарных анастомозов.

Скорее всего, обнаруженное расширение лимфатических сосудов и капилляров в миометрии и рубце при экстренной операции кесарева сечения обусловлено блокадой компонентов регионарного лимфатического русла тканевым и клеточным детритом из мест разрывов тканей при длительной сократительной деятельности, и поступлением микробных метаболитов, антигенов и токсинов из-за инфицирования при преждевременном излитии околоплодных вод.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при исследовании рубцов матки при экстренном абдоминальном родоразрешении, по сравнению с плановым хирургическим вмешательством, было обнаружено значительно большее количество тканевых лейкоцитов в миометрии, в первую очередь, нейтрофилов и клеток с признаками деструкции. Кроме того, возросло количество и размер лейкоцитарных инфильтратов и кровоизлияний как в рубцах, так и в самом миометрии. Следует отметить и резко расширенные сосуды и интерстициальные пространства в миометрии и рубцах матки. Разницы в состоянии тканей матки после использования различных методов ушивания данного органа в анамнезе, найдено не было.

При исследовании пограничных тканей между рубцом матки и миометрием после экстренного проведения кесарева сечения, по сравнению с плановым хирургическим вмешательством, были обнаружены практически такие же изменения, как в самом миометрии и в самом рубце. Видимо, это произошло по тем же причи-

нам (инфицирование при преждевременном излитии околоплодных вод и разрывы при длительной сократительной деятельности), что и в грубоволокнистой соединительной ткани рубца после предыдущего кесарева сечения.

### Вплив показань до операції кесарева розтину на морфологічні особливості рубця І.М. Шлапак

Результати проведених досліджень свідчать, що при дослідженні рубців матки при екстремному абдоминальному розродженні, порівняно з плановим хірургічним втручанням, було виявлено значно більшу кількість тканинних лейкоцитів в міометрії, в першу чергу, нейтрофілних гранулоцитів і клітин з ознаками деструкції. Крім того, зросла кількість і розмір лейкоцитарних інфільтратів і крововиливів як в рубцях, так і в самому міометрії. Слід зазначити і різко розширені судини і інтерстиціальні простори в міометрії і рубцях матки. Різниця в стані тканин матки після використання різних методів ушивання даного органу в анамнезі знайдено не було. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму ведення пологів у жінок з рубцем на матці.

**Ключові слова:** рубець на матці, морфологія.

### Influence of indications to operation cesarean sections on morphological features of hem on uterus.

I.M. Shlapak

Results of the spent researches testify that at research of hems of uterus at emergency abdominal delivery, in comparison with planned surgical intervention, it was revealed considerably quantity of fabric leukocytes in myometrium, first of all, neutrofiles and cages with signs destruction leucocytaires infiltrates and hemorrhages both the quantity and the size besides, has increased in hems, and in most myometrium. It is necessary to note and sharply expanded vessels and intersteciale spaces in myometrium and uterus hems. Differences in a condition of fabrics of a uterus after use of various methods the given body in the anamnesis, it has not been found. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of conducting sorts at women with a hem on a uterus.

**Key words:** a hem on uterus, morphology.

### ЛИТЕРАТУРА

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

## Дискоординированная родовая деятельность и особенности эндокринологического статуса

С.Я. Ткачик

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что достоверно более низкие концентрации метаболитов прогестерона при самопроизвольном начале родовой деятельности связаны с физиологическим приостановлением синтеза прогестерона перед началом родов, а не являются этиологическим фактором развития гипертонических маточных сокращений. Причину данного осложнения родов, скорее всего, следует искать среди факторов, препятствующих созреванию шейки матки в конце беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** дискоординированная родовая деятельность, эндокринологический статус.

В настоящее время в структуре различных акушерских осложнений аномалии родовой деятельности (АРД) занимают одно из ведущих мест [1–4]. При этом АРД являются существенным фактором риска перинатальной патологии, особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом [2].

Анализ экскреции метаболитов стероидных гормонов в моче беременной женщины и роженицы представляет большую диагностическую ценность, так как предоставляет полную информацию не только о концентрации основного метаболита прогестерона – прегнандиола, но также позволяет оценить функциональное состояние плода по данным концентрации фетальных стероидов. Значительную информацию можно получить при изучении содержания холестерина, который, как известно, является основным предшественником всех стероидных гормонов в системе мать–плацента–плод.

Изучение стероидного профиля при дискоординированной родовой деятельности (ДРД) имеет ряд принципиальных особенностей. Можно предположить, что роженицы, у которых патология сократительной деятельности матки развилась после самопроизвольного начала родовой деятельности при целом плодном пузыре, могут иметь отличный стероидный профиль от такового у пациенток с родовым излитием околоплодных вод. Это может быть связано с тем, что родовое излитие околоплодных вод само по себе является пусковым фактором начала родов, но данный момент далеко не всегда совпадает со временем биологической готовности организма к родам, то есть с моментом физиологической перестройки гормонального фона. Однако для клинициста наиболее важно знать не столько сами из-

менения гормонального фона перед родами, сколько понять, влияют ли данные изменения на исход родов.

**Целью** настоящего научного исследования является изучение особенностей экскреции стероидных гормонов при дискоординированной родовой деятельности.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В подавляющем большинстве гормональных исследований выводы основаны на данных однократного определения гормонов в сыворотке крови радиоиммунным методом. Данный подход обладает рядом существенных недостатков, снижающих достоверность результатов. Это связано с тем, что при однократном определении стероида в крови не учитываются суточные ритмы колебания гормонов, которые имеют значительный разброс. Наше исследование направлено на определение метаболитов стероидных гормонов в моче роженицы в течение шести часов, а следовательно, лишено описанных выше недостатков. Кроме того, с целью снижения ошибок, связанных с циркадными ритмами, для хроматографического анализа использовали мочу, собранную в интервале с 9 ч до 15 ч.

Комплекс концентрации стероидов в моче роженицы при доношенной беременности представляет большой интерес, так как, только используя нормативные показатели и их варианты, можно оценить степень нарушения стероидного обмена при таких отклонениях от физиологической родовой деятельности, как слабость родовой деятельности (СРД) и дискоординированная родовая деятельность (ДРД).

С целью решения поставленной цели мы обследовали 46 рожениц, среди которых у 24 роды начались самопроизвольно (подгруппа 1), а у 22 (подгруппа 2) самостоятельно развилась родовая деятельность в ближайшие 2–3 ч после родового излития околоплодных вод. Все пациентки были первородящими. По возрасту, паритету, характеру осложнений беременности первая и вторая подгруппы были сопоставимы.

Среди основных показателей стероидных гормонов оценивали экскрецию в моче следующих параметров: прегнандиола, алло-прегнандиола, прегнанолонна, 16α-гидрооксипрегнандиола, 16α-гидрооксипрегнандиона, 16α-гидрооксипрегнандиона, эстрадиола и эстрогена.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сроки беременности обследованных рожениц колебались в пределах от 38 до 41 нед, возраст – от 19 до 29 лет. Первородящих было 34 (73,9%), повторнородящих – 12 (26,1%), у последних первая беременность была прервана по желанию женщины до 12 нед без осложнений. Среди наиболее значимых осложнений беременности у 8 (17,4%) пациенток диагностировали отеки беременных.

Степень «зрелости» шейки матки перед родами оценивали по шкале Е.Н. Bishop (1964). В первой подгруппе у 18 (75,0%) рожениц была недостаточно зрелая шейка матки, у 6 (25,0%) – «незрелая». Во второй подгруппе 2 (9,1%) женщины имели «незрелую» шейку матки, 11 (50,0%) – недостаточно зрелую, 9 (40,9%) – «зрелую» шейку.

После начала лечения у 20 (83,3%) пациенток первой подгруппы, среди которых 17 с недостаточно «зрелой» и 3 с «незрелой» шейкой матки, в первые 3 ч произошли положительные изменения ее состояния, которые выражались укорочением до

0,5–1 см, размягчением и расположением по оси таза. В этих случаях роды произошли через естественные родовые пути. Общая продолжительность родов составила 10 ч 40 мин ± 5 мин, длительность первого периода родов – 9 ч 30 мин ± 40 мин, второго периода – 1 ч 10 мин ± 30 мин, третьего периода – 10±3 мин. Кровопотеря в родах составила в среднем 170±15 мл. В 4 (16,7%) наблюдениях положительного эффекта от проведенной медикаментозной коррекции добиться не удалось, в связи с чем роженицы были родоразрешены при помощи кесарева сечения.

Во второй подгруппе у 20 (90,9%) женщин роды произошли через естественные родовые пути, и у 2 (9,1%) закончились кесаревым сечением. Показанием к абдоминальному родоразрешению в обоих случаях послужило отсутствие эффекта от терапии ДРД. Общая продолжительность родов *per vias naturales* составила 8 ч 30 мин ± 25 мин. Длительность первого периода родов составила 7 ч 45 мин ± 30 мин; второго периода – 45±20 мин; третьего периода – 10±5 мин. Кровопотеря в родах через естественные родовые пути составила 180±20 мл.

У женщин первой подгруппы родилось 24 ребенка. Средняя масса новорожденных составила 3450±120 г. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов была у 4 (16,7%) детей, рожденных *per vias naturales*, 7/8 баллов – у 14 (58,3%) и 8/9 баллов – у 6 (25,0%), четыре из которых рождены абдоминальным родоразрешением.

В раннем неонатальном периоде у 2 (8,3%) новорожденных выявлено гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы.

Во второй подгруппе родилось 22 ребенка. Масса новорожденных с средним была 3390±90 г. Оценка по шкале Апгар составила 7/8 баллов у 12 (54,5%) и 8/9 баллов у 10 (45,5%) детей.

Ранний неонатальный период у всех новорожденных протекал без особенностей.

При оценке концентрации стероидов в моче рожениц с самопроизвольным началом родовой деятельности и в подгруппе 2 с дородовым излитием околоплодных вод установлено, что при преждевременном разрыве плодных оболочек имело место достоверное увеличение экскреции прегнандиола (1 подгруппа – 11,6±3,4 мкмоль/6 ч и 2 подгруппа – 25,6±7,3 мкмоль/6 ч;  $p<0,01$ ) и прегнанола (1 подгруппа – 2,3±0,5 мкмоль/6 ч и 2 подгруппа – 12,7±3,9 мкмоль/6 ч;  $p<0,01$ ). Все остальные показатели были без достоверных различий по подгруппам.

При проведении корреляционного анализа выявлена статистически достоверная прямая корреляция продолжительности родов и оценки новорожденного по шкале Апгар с исходным индексом шейки матки по шкале Bishop.

Во второй подгруппе, где 50,0% рожениц имели «созревающую» (недостаточно зрелую) и 40,9% – «зрелую» шейку матки, средняя продолжительность родов составила 8 ч 30 мин ± 25 мин, что достоверно ниже, чем в первой подгруппе – 10 ч 40 мин ± 50 мин, где 75,0% рожениц имели «созревающую» и 25,0% «незрелую» шейку матки ( $p<0,05$ ).

Аналогичные результаты получены при сравнении суммы баллов по шкале Апгар с индексом Bishop: во второй подгруппе не было новорожденных с асфиксией и гипоксически-ишемическими поражениями центральной нервной системы в ранний неонатальный период.

Не было выявлено взаимосвязи между уровнем экскреции метаболитов, прогестерона и развитием ДРД, но исход родов был более благоприятным у родильниц с самопроизвольным началом родовой деятельности при целом плодном пузыре.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что достоверно более низкие концентрации метаболитов прогестерона при самопроизвольном начале родовой деятельности связаны с физиологическим приостановлением синтеза прогестерона перед началом родов, а не являются этиологическим фактором развития гипертонических маточных сокращений. Причину данного осложнения родов, скорее всего, следует искать среди факторов, препятствующих созреванию шейки матки в конце беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Дискоординована пологова діяльність і особливості ендокринологічного статусу С.Я. Ткачик

Результати проведених досліджень свідчать, що достовірно нижчі концентрації метаболітів Прогестерону при мимовільному початку пологової діяльності пов'язані з фізіологічним припиненням синтезу Прогестерону перед початком пологів, а не є етіологічним чинником розвитку гіпертонічних маткових скорочень. Причину даного ускладнення пологів, швидше за все, слід шукати серед чинників, що перешкоджають дозріванню шийки матки в кінці вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** дискоординована пологова діяльність, ендокринологічний статус.

### The dyscoordination patrimonial activity and features endocrinological status S.J. Tkachik

Results of the spent researches testify that authentically lower concentration of metabolites of progesterone at the spontaneous beginning of patrimonial activity are connected with physiological stay of synthesis of a progesterone before the beginning of sorts, instead of are etiological factor of development hypertensive uterine reductions., most likely, it is necessary to search for the reason of the given complication of sorts among the factors interfering maturing of cervix of uterus in the end of pregnancy. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** dyscoordination patrimonial activity, endocrinological status.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Капленко О.В. Адренергические средства в акушерской практике. – СПб.: Петрополис, 2008. – 272 с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Н.-Новгород: НГМА, 2007. – 282 с.
3. Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2006. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2008. – № 4. – С. 78–82.

## Роль эхографии в ранней диагностике фетальной патологии

**В.В. Артеменко**

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ультразвуковые маркеры занимают ведущее место в ранней диагностике врожденных пороков развития и хромосомных аномалий. При проведении анализа структуры ультразвуковых маркеров в 1,9 раза чаще отмечено сочетание нескольких по сравнению с изолированными изменениями, хромосомные аномалии выявлены в 13,3% при изолированных ультразвуковых маркерах и в 9,4% при сочетании нескольких. Наибольший удельный вес в структуре всех ультразвуковых маркеров принадлежит врожденным порокам сердца (11,7%), среди них отмечен высокий уровень хромосомных аномалий – 57,1% при изолированных врожденных пороках и 20,7% при сочетании их с другими ультразвуковыми маркерами. Высокий уровень хромосомной патологии отмечен при задержке развития плода (66,7%) и кистозной гигроме шеи (37,%) в сочетании с другими ультразвуковыми маркерами. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических мероприятий у женщин с факторами риска.

**Ключевые слова:** фетальная патология, эхография.

В последние десятилетия во всем мире отмечена тенденция к неуклонному росту распространенности наследственных болезней и врожденных аномалий (ВА) среди населения. По данным ВОЗ, наследственные болезни и врожденные пороки развития (ВПР) регистрируются у 5–5,5% новорожденных, в том числе, на ВПР приходится 2–3%. При этом 1,5% из них обусловлены действием неблагоприятных экзогенных факторов: во время беременности, остальные имеют преимущественно генетическую природу [1–3].

С медико-организационной точки зрения решающая роль в комплексе мероприятий по профилактике и предупреждению наследственной и врожденной патологии принадлежит пренатальной диагностике (ПД), позволяющей предотвратить рождение детей с тяжелыми, некорректируемыми пороками развития, с социально значимыми и смертельными генными и хромосомными болезнями [1–3].

Многие авторы считают, что одним из наиболее рациональных и перспективных направлений, способствующих снижению вероятности развития заболевания является его прогнозирование, которое позволяет определить наиболее рациональную тактику ведения пациента, учесть и использовать все возможные: профилактические и лечебные мероприятия [1–3].

Несмотря на опыт, накопленный некоторыми исследователями [1–3], возможности оценки роли ультразвукового скрининга в ПД ВПР и хромосомных аномалий (ХА) у плода изучены не полностью, что свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

Целью настоящей научной работы было изучение роли ультразвукового скрининга в ПД ВПР и ХА у плода.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели была сформирована исследуемая группа – 251 беременная женщина. Для изучения факторов риска формирования наиболее часто встречающихся ВПР и ХА у плода и определения возможности их прогнозирования беременные были подразделены на основную группу и группу сравнения. Основную группу составили женщины, отобранные согласно критериям включения: диагностированные ВА у плода во время беременности или сразу после родов (n=163). Группу сравнения составили пациентки, которые имели во время беременности риск рождения ребенка с ВА, но родили здоровых детей (n=88). Контрольная группа была сформирована из женщин, не имевших риска рождения детей с ВА, обратившихся за обследованием по собственному желанию (n=59). Разделение пациенток основной группы и сравнения на подгруппы проводилось с учетом конкретного варианта ВПР или ВА.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось трехэтапно в 10–14 нед, 20–24, 32–34 нед беременности. В первом триместре беременности исследование проводилось с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков и предусматривало биометрию плодного яйца, измерение копчико-теменного размера (КТР) эмбриона. Изучение анатомии эмбриона и оценка экстраамниальных образований проводилась в соответствии с протоколом УЗИ исследования для I триместра беременности МОЗ Украины. Основная цель исследований на этом этапе заключалась в выявлении ультразвуковых маркеров (УЗМ) хромосомной патологии и грубых ВПР (показаний для инвазивной пренатальной диагностики), а также диагностике акушерской патологии.

Во II и III триместре беременности определялось количество плодов, их положение и предлежание, проводились расширенная фетометрия, плацентография, измерение количества околоплодных вод, а также детальное изучение анатомии плода в соответствии с протоколом исследования для II–III триместра беременности МЗ Украины. Эхографические исследования на этом этапе позволяли уточнить характер ВПР, выявить и дифференцировать УЗМ хромосомной патологии плода и определить наличие показаний для проведения беременным инвазивных процедур с целью исключения или подтверждения хромосомной патологии плода.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для определения эффективности УЗ скрининга в отношении выявления ВПР и ХА на дородовом этапе были проанализированы результаты ультразвукового исследования пациенток во время беременности.

Среди врожденных пороков развития плода, выявленных в основной группе, преобладают ВПР нервной системы (НС) (23,1%), на втором месте – множественные врожденные пороки развития (МВПР) (20,7%), на третьем – ВПР системы кровообращения (СК) (20,4%). В составе МВПР ведущими являются ВПР СК, ВПР НС и костно-мышечной системы (КМС).

В группе женщин, родивших детей с врожденными аномалиями (n=163), в I триместре беременности ультразвуковое исследование отсутствовало у половины

пациенток (50,3%). В 33,4% при обследовании патологии не выявлено, в остальных случаях (16,3%) выявлены врожденные пороки развития или ультразвуковые маркеры хромосомной патологии у плода.

У 12,3% пациенток выявлены изолированные ВПР или УЗМ ХА, у 4,9% – изменения были сочетанными. В структуре врожденных пороков развития наиболее часто выявлялись ВПР НС (36,7%), ВПР ЖКТ (36,7%) и ВПР мочеполовой системы (МПС) (13,3%). Хромосомная патология выявлена при этом в 16,7% случаев, наибольшее количество ХА (75,3%) отмечено у плодов с кистозной гигромой шеи и неиммунной водянкой. В структуре хромосомной патологии наибольший удельный вес занимали синдром Эдвардса – (7,5%, синдром Шершевского–Тернера – 25,0%, по 12,5% пришлось на синдром Дауна и кариотипы – 47 XY+mar, 47 XX+C.

В группе сравнения (n=88) УЗ маркеры хромосомной патологии плода выявлены в 4,8%, у 54,8% беременных патологии, при ультразвуковом исследовании не выявлено, в 40,4% обследование не проводилось.

В группе контроля (n=59) обследованы на УЗИ в I триместре беременности 92,4% пациенток, патологии при обследовании не выявлено.

Во II и III триместрах беременности ультразвуковое исследование выполнено в основной группе в 77,9%. Нами изучены ВПР и УЗМ, выявленные у беременных в ходе ультразвукового скрининга. Для каждого маркера обозначено количество случаев, когда он встречался изолированно или в сочетании с другими и то, как часто при этом выявлялись хромосомные аномалии.

Кистозная гигрома шеи в сочетании с другими УЗМ обнаружена в 4,9% случаях, в 37,5% из них выявлены ХА. В 1,2% случаях – синдром Шершевского–Тернера и структурные изменения хромосом, при этом кистозная, гигрома сочеталась у 1,2% плодов с неиммунной водянкой (при моносомии X и с многоводием).

Изменения формы черепа плода (брахицефалия и долихоцефалия) как сочетанные признаки встретились в 1,8% и 1,2% случаях соответственно, брахицефалия отмечена как один из УЗМ при синдроме Эдвардса, кариотип во всех остальных случаях был нормальным.

Микроцефалия имела место как изолированный признак в 0,6% случаев, в сочетании с другими маркерами – в 1,8%, изменений кариотипа плода не выявлено.

Кисты сосудистого сплетения как изолированный маркер выявлены у 2 (1,2%) пациенток, при этом в обоих случаях в результате пренатального кариотипирования обнаружены хромосомные аномалии. У первого плода – синдром Эдвардса (после прерывания беременности у плода выявлен врожденный порок сердца и полидактилия, которые не были диагностированы при УЗИ во время беременности), у второго – структурные изменения хромосом (после родов у ребенка диагностирован синдром Тричера–Коллинза, проявляющийся МВПР, не выявленными во время беременности – врожденный порок сердца (ВПС), трахео-пищеводный свищ, атрезия слухового прохода, мандибуло-фасциальный дизостоз).

В сочетании с другими УЗМ кисты сосудистых сплетений выявлены в 3 (1,8%) случаях, в 1 из них (33,3%) был выявлен синдром Эдвардса, при этом у плода выявлены множественные стигмы дисэмбриогенеза (вентрикуломегалия, брахицефалия, аномалии ушных раковин, левосторонняя косолапость, агенезия мозолистого

тела, гипоплазия носовой кости) в сочетании с многоводием. У 2 (1,2%) плодов ХА не выявлены.

Вентрикуломегалия у 3 (1,8%) плодов отмечена в сочетании с другими маркерами (в 1 случае (0,6%) у плода с синдромом Эдвардса), кариотип у 2 плодов (1,2%) нормальный. Гидроцефалия изолированно наблюдалась в 9 случаях (5,5%), в 1 случае (0,6%) выявлена структурная хромосомная перестройка, у 5 плодов (3,1%) этот признак сочетался с другими УЗМ, при этом у одного из них отмечено изменение кариотипа – 46,XY,der(18)t(4; 18)(pl 5pl 1)mat; гидроцефалия в этом случае сочеталась с ВПР ЖКТ.

Анэнцефалия как изолированный УЗМ обнаружена, у 4 плодов (2,5%), у 2 (1,2%) – в сочетании с другими, голопроэнцефалия и акrania встречались только как сочетанные признаки в 2 (1,2%) и 1 (0,6%) случаях соответственно, аномалий кариотипа во всех случаях не выявлено. Гипотеларизм как сочетанный УЗМ имел место у 1 плода (0,6%) с нормальным кариотипом. Синдром Арнольда–Киари отмечался изолированно в 3 случаях (1,8%), в 2 случаях (1,2%) отмечено его сочетание с другими врожденными пороками в составе МВПР, причем у всех плодов кариотип был нормальным. Синдром Дэнди–Уокера отмечался у 2 плодов (1,2%), в первом случае изолированно, во втором – в сочетании с ВПР МПС, хромосомных, аномалий в обоих случаях не выявлено.

Расщелины лица в два раза чаще отмечались в сочетании с другими УЗ маркерами (4 случая – 2,5%), чем изолированно (2 случая – 1,2%), при этом изменений хромосом у плодов не наблюдалось.

Следующая группа УЗ маркеров хромосомных аномалий – это врожденные пороки сердца (ВПС). Как изолированный признак ВПС встречались у 4 плодов (2,5%), у 2 из них выявлены хромосомные аномалии (50,0%). В одном случае – это синдром Дауна, в другом – синдром Эдвардса. В сочетании с другими маркерами ВПС имели место в 15 случаях (9,2%), в 3 из которых (20,0%) отмечены ХА. Спектр этих ХА представлен следующим образом: синдром Дауна (1) в сочетании с гипоплазией легких; синдром Патау (1) в сочетании со срединной расщелиной лица, гипоплазией червя мозжечка, омфалоцеле; синдром Эдвардса (1) в сочетании с микроцефалией, синдактилией и маловодием. В 2 из 15 случаев (13,3%) были выявлены структурные изменения, хромосом, которые сочетались с увеличением шейной складки и атрезией 12-перстной кишки. Гиперэхогенные фокусы в желудочках сердца встречались как сочетанные УЗМ в 2 (13,3%) случаях, акардия – в 1 случае (6,7%) в виде изолированного маркера у плода из двойни, патологии хромосом при этом не обнаружено.

Диафрагмальная грыжа в виде изолированного признака выявлена у одного плода (0,6%) со структурными изменениями в хромосомах, у 2 (1,2%) плодов без хромосомной патологии этот маркер обнаружен в сочетании с другими. Атрезия ануса в 1 (0,6%) случае была отмечена как изолированный маркер и в 1 (0,6%) случае как сочетанный, в обоих случаях кариотипы не изменены. Атрезия 12-перстной кишки в сочетании с другими УЗМ выявлена дважды (1,2%), у одного из плодов (50%) кариотип – 45,XY,der(12;15),t(gl. 1)/46,XY, у второго плода с многоводием хромосомной патологии не выявлено.

Кишечная непроходимость, как изолированный УЗ маркер, отмечена в 2 (1,2%) случаях у плодов без хромосомных аномалий; в обоих случаях этот маркер сочетался

ся с другими, у одного плода с многоводием выявлены структурные изменения хромосом.

Омфалоцеле, как УЗ маркер, отмечался дважды (1,2%) изолированно, а также в сочетании с другими маркерами (1,2%), причем у одного из плодов с синдромом Патау выявлен в комплексе с другими УЗМ, у второго – ХА не отмечено.

Гастрошизис в 3 (1,8%) случаях встречался изолированно, в таком же количестве (3 – 1,8%) – как сочетанный маркер. У одного плода с гастрошизисом выявлен кариотип 47,XY+mar/47,XY, у второго при сочетании гастрошизиса с косолапостью кариотип 47DX,9p+шаг/47DX,9p. Асцит отмечался в сочетании с другими маркерами у 2 плодов (1,2%), у одного из них выявлен синдром Шершевского-Тернера.

Неиммунная водянка в 6 (3,7%) случаях сочеталась с другими УЗМ, у одного плода при этом выявлена хромосомная аномалия – мозаичный вариант моносомии X в сочетании с гипоплазией легких и гепатомегалией. Пиелоктазия как сочетанный маркер в 1 случае из 6 (16,7%) была связана с хромосомной патологией, у плода с мегацистиком и нарушением сердечного ритма выявлен синдром Эдвардса.

Гидронефроз изолированно отмечен 8 (4,9%) раз, у 1 плода выявлены нарушения структуры хромосом; в сочетании с другими УЗ маркерами отмечено 3 случая гидронефроза, в 1 из них при кариотипировании плода выявлены следующие изменения: 46,XY,der(15;21)(p10;p10)+21, гидронефроз в этом случае сочетался с гидротораксом. Мультикистозная дисплазия почек изолированно отмечалась в 6 (3,7%) случаях, в 2 – в сочетании с другими УЗ маркерами, ХА при этом не отмечено. Агенезия почек только однажды встретилась изолированно, в 3 (1,8%) случаях как сочетанный признак, мегацистик дважды изолированно и 1 раз в сочетании с другими УЗМ у плодов без хромосомной патологии.

Укорочение трубчатых костей чаще отмечалось как сочетанный признак (4 – 2,5%) и в 1 (0,2%) случае изолированно. Такие УЗМ ХА как полидактилия, косолапость, крестцово-копчиковая тератома, спинно-мозговая грыжа как изолированно, так и в сочетании с другими маркерами встречались в основном в единичных случаях вне связи с ХА.

Задержка внутриутробного развития плода трижды (1,9%) отмечена в сочетании с различными УЗМ, при этом в двух случаях у плодов с хромосомными аномалиями. У одного из них обнаружена хромосомная транслокация – 46;XY,t(4;17)(p1.4:g2.5) и многоводие, у другого – кариотип 47,XX+mar/46,XX в сочетании с маловодием и единственной артерией пуповины.

Маловодие в основном отмечалось как сочетанный маркер (7 – 4,3%), в том числе и при хромосомной патологии, и в единичном случае встретилось изолированно. Многоводие как единственный УЗ маркер имело место в двух случаях (1,2%) у плодов с синдромом Дауна (у 1 плода – мозаичный вариант); в сочетании с другими маркерами отмечено в 8 (4,9%) случаях.

Гипоплазия легких изолированно отмечена в одном случае, как сочетанный маркер – в 3 (1,8%), чаще всего отмечено сочетание с врожденными пороками сердца и неиммунной водянкой плода. Кистозно-аденоматозный порок развития легких изолированно встречался у 2 (1,2%) пациенток, при этом у одной из них выяв-

лена трисомия X, в сочетании с другими УЗМ данная ВА отмечалась в одном случае без хромосомной патологии.

Гипоплазия носовой кости отмечена в 2 (1,2%) случаях, в одном из них она явилась единственным УЗМ у плода с синдромом Дауна.

Такие УЗМ, как единственная; артерия; пуповины, аномалии ушных раковин, атрезия слухового прохода, инверсия внутренних органов; тератома перикарда, лимфангиома шеи, гидроторакс, кисты яичников, аномалия стебля тела встречались в единичных случаях как изолированно, так и в сочетании, с другими маркерами; в том числе и при хромосомных аномалиях.

При проведении анализа структуры УЗМ в 1,9 раза чаще отмечено сочетание нескольких УЗМ по сравнению с изолированными изменениями, хромосомные аномалии выявлены в 13,3% при изолированных УЗМ и в 9,4% при сочетании нескольких УЗМ. Наибольший удельный вес в структуре всех ультразвуковых маркеров принадлежит ВПС (11,7%), среди них отмечен высокий уровень хромосомных аномалий – 57,1% при изолированных ВПС и 20,7% при сочетании их с другими УЗМ. Немного меньше выявлено гидроцефалий (8,5%), однако хромосомная патология при этом не обнаружена. Такие маркеры, как кисты сосудистых сплетений, диафрагмальная грыжа, многоводие, гипоплазия носовой кости изолированно встречались в единичных случаях, однако в 100% при этом выявлены хромосомные аномалии. Атрезия 12-перстной кишки, кишечная непроходимость, кистозно-аденоматозный ВПП легких сочетались с хромосомными аномалиями в 50% случаев. Высокий уровень хромосомной патологии отмечен при ЗРП (66,7%) и кистозной гигроме шеи (37%) в сочетании с другими УЗМ.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ультразвуковые маркеры занимают ведущее место в ранней диагностике врожденных пороков развития и хромосомных аномалий. При проведении анализа структуры ультразвуковых маркеров в 1,9 раза чаще отмечено сочетание нескольких по сравнению с изолированными изменениями, хромосомные аномалии выявлены в 13,3% при изолированных ультразвуковых маркерах и в 9,4% при сочетании нескольких. Наибольший удельный вес в структуре всех ультразвуковых маркеров принадлежит врожденным порокам сердца (11,7%), среди них отмечен высокий уровень хромосомных аномалий – 57,1% при изолированных врожденных пороках и 20,7% при сочетании их с другими ультразвуковыми маркерами. Высокий уровень хромосомной патологии отмечен при задержке развития плода (66,7%) и кистозной гигроме шеи (37%) в сочетании с другими ультразвуковыми маркерами. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических мероприятий у женщин с факторами риска.

## Роль эхографії в ранній діагностиці фетальної патології В.В. Артеменко

Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукові маркери займають провідне місце в ранній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій.

При проведенні аналізу структури ультразвукових маркерів в 1,9 разу частіше відмічено поєднання декількох в порівнянні з ізольованими змінами, хромосомні аномалії виявлені в 13,3% при ізольованих ультразвукових маркерах і в 9,4% при поєднанні декількох. Найбільша питома вага в структурі всіх ультразвукових маркерів належить вродженим вадам серця (11,7%), серед них відмічений високий рівень хромосомних аномалій – 57,1% при ізольованих вроджених вадах і 20,7% при поєднанні їх з іншими ультразвуковими маркерами. Високий рівень хромосомної патології відмічений при затримці розвитку плода (66,7%) і кістозній гігромії шиї (37,%) у поєднанні з іншими ультразвуковими маркерами. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму прогностичних заходів у жінок з чинниками ризику.

**Ключові слова:** *фетальна патологія, ехографія.*

### Role ehografia in early diagnostics fetal pathologies V.V. Artemenko

Results of the spent researches testify that ultrasonic markers take a leading place in early diagnostics of congenital developmental anomalies and chromosomal anomalies. At carrying out of the analysis of structure of ultrasonic markers in 1,9 times the combination of several in comparison with the isolated changes is more often noted, chromosomal anomalies are revealed in 13,3% at the isolated ultrasonic markers and in 9,4% at a combination of several. The greatest relative density in structure of all ultrasonic markers belongs to congenital heart diseases (11,7%), among them high level of chromosomal anomalies – 57,1% is noted at the isolated congenital defects and 20,7% at their combination to other ultrasonic markers. High level of a chromosomal pathology is noted at a fetus arrest of development (66,7%) and cystes hygrome of neck (37,%) in a combination to other ultrasonic markers. The received results are necessary for considering by algorithm working out prognostical actions at women with risk factors.

**Key words:** *fetal pathologies, ehografia.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В.С. Внедрение алгоритма комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности. Опыт работы за 4 года / Е.С. Некрасова, Ю.А. Николаева, Т.К. Кашеева, Т.В. Кузнецова, В.С. Баранов // Журн. акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. LVI, вып. 1. – С. 28–34.
2. Галкина О.Л. Прогностическая значимость эхографических и биохимических маркеров хромосомных аномалий как критерий оценки тактики ведения пациенток, угрожаемых по рождению детей с врожденными и наследственными заболеваниями / О.Л. Галкина // Пренатальная диагностика. – 2007. – Т. 6, № 3. – С. 233–235.
3. Демидов В.Н. Ультразвуковая и иммуноферментная диагностика пороков развития передней брюшной стенки и диафрагмы плода / В.Н. Демидов, А.М. Стыгар, В.А. Бахарев // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 7. – С. 31–34.

## Шляхи зниження акушерської ранової інфекції

**Д.О. Багрій**

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

Отримані результати свідчать, що профілактика і лікування ранової інфекції в акушерстві є досить складним процесом і потребує обліку багатьох ендо- і екзогенних факторів. Пропонована нами методика сприяє адекватному очищенню ранової поверхні, а потім буде стимулювати процеси фагоцитозу і регенерації. В сукупності це дозволяє понизити частоту ранової інфекції з 23,3% до 6,7%, а також покращити результати лікування і скоротити на 4,2 дня перебування породіль в стаціонарі. Це дає нам підставу рекомендувати розроблену методіку в практичну охорону здоров'я.

**Ключові слова:** *акушерство, ранова інфекція, профілактика, лікування.*

У зв'язку з постійним зростанням частоти кесарева розтину недостатньо уваги приділяється найпоширенішим “неважким” травмам – розривам промежини, піхви і шийки матки. Разом з цим, навіть такі травми тазового дна і шийки матки призводять до несприятливих наслідків, значно підвищують ризик розвитку наступної гінекологічної захворюваності [1–5].

Перенесені травми шийки матки, особливо в разі їх інфікування, деформують її, залишаючи грубі рубцеві зміни, які збільшують ризик розвитку диспластичних і онкологічних процесів [2, 3]. Крім того, пологові травми піхви і промежини, які нагноювалися, часто є причиною опущення і випадання статевих органів, фістул і порушень функції м'язів тазового дна [4, 5].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по рановій інфекції в акушерстві, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані ефективності використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

**Метою роботи** було зниження частоти і підвищення ефективності лікування інфікованих травм промежини, піхви і шийки матки на підставі вивчення клініко-мікробіологічних і імунологічних особливостей, а також розробки і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження були проведені в два етапи. На 1-у – нами апробована профілактична методика ранової інфекції, а на 2-у – лікувальна.

Контрольну групу склали 30 породіль після самостійних пологів без акушерської і соматичної патології, а також без травм м'яких тканин пологових шляхів. Основну групу склали 90 жінок, яких було розподілено на 4 групи:

I – 30 породіль з травмами м'яких тканин пологових шляхів, які отримували загальноприйнятую профілактику.

II – 30 породіль з травмами м'яких тканин пологових шляхів з використанням нашої методики.

III – 15 породіль з нагноєнням травм м'яких тканин пологових шляхів, які отримували загальноприйнятую профілактику.

IV – 15 породіль з нагноєнням травм м'яких тканин пологових шляхів з використанням нашої методики.

Загальноприйнята профілактика і лікування акушерської ранової інфекції полягала у використанні антисептичних і антибактеріальних препаратів згідно протоколам МОЗ України.

Рекомендована нами лікувально-профілактична методика полягає у використанні лікувально-профілактичного комплексу з антисептичного препарату (мірамістин) і біологічно активного гетероглікозиду рослинного походження (панавір).

У комплекс проведених досліджень входили клінічні, мікробіологічні, імунологічні, цитологічні і статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику травм м'яких тканин родових доріг є високий рівень внутрішньо маткових втручань (90%), а також значна частота початкової генітальної патології, в основному запальні захворювання (43,7%) і патологічні зміни шийки матки запального генезу (33,3%).

При розродженні через природні пологові шляхи в структурі травм м'яких тканин пологових шляхів мимовільні розриви промежини складають 43,3%; епізіотомії – 30,0% і перинеотомії – 26,7% у поєднанні з розривами піхви – 73,3% і шийки матки – 70,0%.

Неускладнена акушерська рана характеризується високим рівнем штамів стафілокока (40,0%) і *Candida albicans* (23,3%), а також достовірним підвищенням кількості нейтрофілів ( $p < 0,05$ ) і макрофагів ( $p < 0,05$ ) на тлі зниження числа полібластів (до 5,2(0,4%).

Нагноєння травм м'яких тканин родових доріг відбувається на тлі високої частоти штамів стафілокока (73,3%) у поєднанні з *Candida albicans* (26,7%), штамами стрептокока (20,0%) і анаеробною флорою (13,3%).

Клітинний склад гнійної акушерської рани характеризується переважанням нейтрофільних гранулоцитів ( $p < 0,001$ ) при незміненому вмісті макрофагів ( $p > 0,05$ ) і різкому зниженні числа полібластів ( $p < 0,001$ ).

Вдосконалений нами лікувально-профілактичний алгоритм дозволяє знизити частоту нагноєння травм м'яких тканин пологових шляхів з 23,3% до 6,7%, а також підвищити ефективність лікування гнійної рани – зменшення перебування в стаціонарі на 4,2 дня.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать отримані результати, лікування ранової інфекції є досить таки складним процесом і потребує обліку багатьох енд- і екзогенних чинників. Пропонована нами методика сприяє адекватному очищенню ранової

поверхні, а потім стимулюватиме процеси фагоцитозу і регенерації. В сукупності це дозволяє поліпшити результати лікування і скоротити на 4,2 дня перебування породіль в стаціонарі. Це дає нам підставу рекомендувати розроблену методику в практичну охорону здоров'я.

### Пути снижения акушерской раневой инфекции

**Д.О. Багрий**

Полученные результаты свидетельствуют, что профилактика и лечение раневой инфекции в акушерстве является достаточно сложным процессом и требует оценки многих эндо- и экзогенных факторов. Предлагаемая нами методика способствует адекватному очищению раневой поверхности, а затем позволяет стимулировать процессы фагоцитоза и регенерации. В совокупности это позволяет снизить частоту раневой инфекции с 23,3% до 6,7%, а также улучшить результаты лечения и сократить на 4,2 дня пребывание женщин в стационаре. Это дает нам основание рекомендовать разработанную методику в практическое здравоохранение.

**Ключевые слова:** акушерство, раневая инфекция, профилактика, лечение.

### Decrease ways obstetrical wound infections

**D.O. Bagrij**

The received results testify, that preventive maintenance and treatment wound infections in obstetrics is difficult enough process and demands an estimation of many endo- and exogene factors. The technique offered by us promotes adequate clarification wound to a surface, and then allows to stimulate processes fagocytosis and regenerations. In aggregate it allows to lower frequency wound infections from 23,3% to 6,7%, and also to seize results treatment and to reduce to 4,2 days stay of women in a hospital. It gives us the basis to recommend the developed technique in practical public health services.

**Key words:** obstetrics, wound infection, preventive maintenance, treatment.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Башмакова М.А. Особенности акушерских инфекций / М.А. Башмакова, А.М. Савичева // Вестн. Росс. ассоц. Акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 78–81.
2. Брискин Б.С. Внутрибольничная инфекция и послеоперационные осложнения с позиций хирурга / Б.С. Брискин // Инфекции и антимикробная терапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – 237 с.
3. Буянов В.М. Проблемы профилактики нагноений послеоперационных ран / В.М. Буянов, Г.В. Родоман // Хирургия. – 2006. – № 9. – С. 132–135.
4. Вовк І.Б. Захворювання, що передаються статевим шляхом / І.Б. Вовк, Л.М. Новік // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 2. – С. 110–113.
5. Гельфанд Е.Б. Антибактериальная терапия абдоминальных хирургических инфекций / Е.Б. Гельфанд, С.З. Бурневич, Т.Б. Бражник // Независимое издание для практикующих врачей. – М., 2000. – 58 с.



## Пути снижения невынашивания беременности у женщин с патологией щитовидной железы

А.В. Бенеvский

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

Результаты проведенных исследований показали, что с целью снижения частоты невынашивания и недонашивания беременности, а также акушерских и перинатальных осложнений у женщин с гипотиреозом необходимо использовать предгравидарную подготовку с использованием гормональной контрацепции и антигомтоксической терапии, а в последующем – предлагаемый лечебно-профилактический комплекс, основанный на коррекции эндокринологических, метаболических и микробиологических нарушений. Существенное снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений на фоне улучшения перинатальных исходов родоразрешения позволяет рекомендовать разработанную методику для широкого применения в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** невынашивание, профилактика, патология щитовидной железы.

Невынашивание беременности представляет собой одну из наиболее важных проблем здравоохранения во всем мире. Частота преждевременного прерывания беременности колеблется в пределах 10–25% [1–4]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению невынашивания, частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 5–10% [3, 4].

Невынашивание беременности – это универсальный, интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной, внутриутробного плода, окружающей среды и многих других факторов. В условиях адаптации к беременности наиболее ярко проявляется единство нервной и гуморальной регуляции, контролируемое симпато-адреналовой системой, которая обеспечивает организм женщины созданием достаточных энергетических ресурсов в условиях изменившейся внутренней и внешней среды [1–4].

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретают различные заболевания щитовидной железы [3, 4]. Известно, что тиреоидные гормоны влияют на водный, жировой, углеводный и другие обмены, а также на функции центральной нервной системы (ЦНС). Кроме того, они активно принимают участие в процессах теплообразования. Заболевания щитовидной железы развиваются в результате изменений биосинтеза тиреоидных гормонов, нарушенный механизм регуляции и функции на уровне ЦНС, гипоталамуса, гипофиза и периферических регуляторных механизмов [1]. В структуре всей соматической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста патологии щитовидной железы

принадлежит до 20–25%, а в Автономной республике Крым этот показатель достигает 30–35%.

Несмотря на значительное число научных сообщений в отечественной и зарубежной литературе по проблеме невынашивания и тиреоидной патологии у беременных, нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь это касается невынашивания в этой группе больных, особенно в плане использования предгравидарной подготовки и эффективных лечебно-профилактических мероприятий, что свидетельствует об актуальности научной работы.

Все это в совокупности указывает на актуальность изучаемого научного вопроса в решении проблемы снижения перинатальной патологии у женщин с гипотиреозом.

**Целью** настоящего научного исследования было снижение частоты непланируемой беременности и невынашивания у женщин с гипотиреозом на основе изучения клинико-эндокринологических, функциональных, биохимических и микробиологических особенностей, а также разработки комплекса предгравидарной подготовки и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинико-функциональное и лабораторное обследование было проведено у 100 женщин с гипотиреозом и невынашиванием беременности в анамнезе, которые были разделены на две группы:

- I группа – 50 женщин с гипотиреозом и невынашиванием в анамнезе, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;
- II группа – 50 женщин с гипотиреозом и невынашиванием в анамнезе, проведенных по разработанной нами методике предгравидарной подготовки и профилактике невынашивания.

Все пациентки с гипотиреозом наблюдались совместно с врачом-эндокринологом.

Контрольную группу составили 50 первородящих без акушерской и соматической патологии, которые использовали до беременности механические и барьерные методы контрацепции.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали на предгравидарном этапе использование механических и барьерных способов контрацепции, а во время беременности – использование спазмолитиков (но-шпа, папаверин); метаболических препаратов (АТФ, кокарбоксилаза) и препарата L-тироксин, длительность и дозировка которого подбирались строго индивидуально под контролем содержания основных тиреоидных гормонов.

Предлагаемая нами методика основана на использовании на протяжении 2 лет до настоящей беременности следующих вариантов контрацепции: сначала изучали исходный уровень эстрогенов и при нормальных показателях назначали оральный контрацептив ярина, а при сниженных – нова-ринг на протяжении 1,5–2 лет, а за 3 мес до планируемой беременности назначали препарат фемастон. Дополнительно к этому использовали препарат тиреоида-композитум на протяжении 3 месяцев, после чего гормональная контрацепция продолжалась самостоятельно. Необходимость повторного назначения антигомтоксической терапии решалась индивидуально под контролем основных клинико-лабораторных данных.

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что эффективность разработанной методики предгравидарной подготовки составляет 98% при коэффициенте Перля –2,01. Среди различных побочных эффектов через 3 мес чаще всего имели место межменструальные кровомазания (14%); избыточная масса тела (12%); эмоциональная лабильность (10%) и тошнота (8%), а спустя 12 мес они наблюдались в единичных случаях (от 2% до 4%). Кроме того, за исследуемый период снизилась частота нарушений менструального цикла (от 18% до 8%); патологических изменений шейки матки (от 14% до 6%) и воспалительных процессов репродуктивной системы (от 18% до 6%).

Частота повторного невынашивания беременности у женщин с гипотиреозом составляет 18,0% при уровне угрозы ее прерывания 26,0%. Чаще всего беременность прерывается до 8 нед (44,4%) и проявляется маточным кровотечением за счет преждевременной отслойки хориона (55,6%); реже в 10–12 нед (33,3%) и 14–16 нед (22,2%) на фоне замершей беременности (44,4%).

Течение второй половины беременности и родов у пациенток с невынашиванием на фоне гипотиреоза характеризуется высокой частотой плацентарной недостаточности (51,2%); преэклампсии (34,1%); гестационной анемии (75,6%); преждевременных родов (29,3%); аномалий родовой деятельности (24,4%) и дистресса плода (26,8%).

Перинатальные исходы родоразрешения женщин с невынашиванием на фоне гипотиреоза характеризуются значительным уровнем асфиксии новорожденных (29,3%); респираторного дистресс-синдрома (24,4%) и интраамниального инфицирования (14,6%).

Использование предлагаемой методики позволяет снизить у женщин с гипотиреозом частоту невынашивания в 3,0 раза; угрозы прерывания в ранние сроки – в 2,6 раза; плацентарной недостаточности – в 2,0 раза; преэклампсии – в 2,3 раза; гестационной анемии – в 1,5 раза; преждевременных родов – в 2,3 раза; аномалий родовой деятельности – в 1,9 раза; дистресса плода – в 1,8 раза; асфиксии новорожденных – в 2,0 раза и интраамниального инфицирования – в 2,3 раза.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований показали, что с целью снижения частоты невынашивания и недоношивания беременности, а также акушерских и перинатальных осложнений у женщин с гипотиреозом необходимо использовать предгравидарную подготовку с использованием гормональной контрацепции и антигомтоксической терапии, а в последующем – предлагаемый лечебно-профилактический комплекс, основанный на коррекции эндокринологических, метаболических и микробиологических нарушений. Существенное снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений на фоне улучшения перинатальных исходов родоразрешения позволяет рекомендовать разработанную методику для широкого применения в практическом здравоохранении.

### Шляхи зниження невиношування вагітності у жінок з патологією щитоподібної залози А.В. Беневський

Результати проведених досліджень показали, що з метою зниження частоти невиношування і недоношування вагітності, а також акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з гіпотиреозом необхідно використовувати предгравидарну підготовку з використанням гормональної контрацепції та антигомтоксичної терапії, а в подальшому – запропонований лікувально-профілактичний комплекс, заснований на корекції ендокринологічних, метаболічних і мікробіологічних порушень. Істотне зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень на тлі поліпшення перинатальних результатів розродження дозволяє рекомендувати розроблену методику для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** невиношування, профілактика, патологія щитоподібної залози.

### Decrease ways of incompetent pregnancy at women with a thyroid gland pathology A. V. Benevskiy

Results of the lead researches have shown, that with the purpose of decrease in frequency incompetent pregnancy, and also obstetrical and perinatal complications at women with hypothyreosis it is necessary to use pregravidare preparation with use of hormonal contraception and antigomotoxic therapies, and in the subsequent – the offered treatment-and-prophylactic complex based on correction endocrinological, metabolic and microbiological infringements. Essential decrease in frequency obstetrical and perinatal complications on a background of improvement perinatal outcomes delivery allows recommend the developed technique for wide application in practical public health services.

**Key words:** incompetent, preventive maintenance, thyroid gland pathology.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). – М., 2007. – 188 с.
2. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні // Перинатологія та педіатрія. – 2009. – № 1. – С. 3–4.
3. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
4. Andrews W.W., Goldenberg R.L., Hauth J.C. Preterm labor: emerging role of genital tract infections // Infect. Agents Dis. – 2010. – V. 4, № 4. – P. 196–211.

## Порівняльні аспекти клінічного перебігу гестаційного періоду після допоміжних репродуктивних технологій

**Я.І. Вінніченко**

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

Проведене дослідження особливостей перебігу вагітності у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило високу частоту ускладнень вагітності, що може призводити до репродуктивних втрат вже на ранніх термінах. Значна частота різної патології серед пацієнток даної групи диктує необхідність ретельного спостереження за ними впродовж всієї вагітності, а сама проблема перебігу вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій вимагає глибокого вивчення для розроблення ефективних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** вагітність, допоміжні репродуктивні технології.

Не дивлячись на ряд крупних досягнень в акушерстві, проблема плацентарної недостатності (ПН), як частого ускладнення вагітності, є однією з актуальніших [1–2]. Частота виявлення ПН коливається в широких межах і складає 22–70% [1–5].

Як грізне ускладнення вагітності ПН супроводжується порушенням трофічної, ендокринної і метаболічної функцій в системі мати–плацента–плід з високими показниками перинатальної захворюваності, інколи до 60% [1–2].

Найчастіше плацентарна недостатність виникає у вагітних, що входять до групи високого перинатального ризику і особливо у тих жінок, у яких вагітність настала в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Пацієнтки, в яких вагітність настала в результаті застосування ДРТ, складають особливу групу, що відрізняється не лише від пацієнток з нормальною репродуктивною функцією, але і від жінок з тривалим безпліддям в анамнезі. Порівняльний аналіз показав, що вагітні групи ДРТ старше за віком, триваліший термін страждали безпліддям і безуспішно лікувалися від нього, їх соматичний статус більш обтяжений і частіше має характер поєднаної патології, серед якої переважали хронічні інфекції різної локалізації. У всіх вагітних групи ДРТ мав місце хоч би один, а у багатьох і декілька чинників, що обтяжують прогноз справжньої вагітності.

Не дивлячись на значну кількість публікацій з проблеми ПН, її не можна вважати до кінця вивченою, особливо в плані прогнозування даної патології у жінок після застосування ДРТ.

**Метою дослідження** було визначення частоти виникнення плацентарної недостатності у вагітних після ДРТ на підставі вивчення особливостей формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був вироблений комплексний аналіз зв'язку між клініко-анамнестичними, лабораторними, доплерографічними і плацентометричними даними у вагітних після ДРТ.

Дослідження були проведені у 90 вагітних без і з ПН, яких було розподілено на наступні групи:

- I контрольна група – 30 вагітних, у яких вагітність настала в результаті застосування ДРТ, але протікала фізіологічно.
- Основна група – 30 вагітних з ПН, у яких вагітність настала в результаті застосування ДРТ.
- II контрольна група – 30 вагітних з ПН і необтяженим репродуктивним анамнезом.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі комплексу вказаних досліджень встановлювався діагноз ПН в основній і II контрольній групах.

Вік спостережуваних жінок коливався в межах від 21 до 45 років і склав в середньому: у основній групі  $26,7 \pm 2,3$  року, а в контрольних –  $30,2 \pm 2,5$  року.

Пацієнтки з ДРТ мали наступні форми безпліддя:

- Трубно-перитонеальне – 10 жінок (33,3%).
- Поєднане (2 і більше чинників) – 9 жінок (30%).
- Ендокринне – 2 жінок (6,6%).
- Імунологічне – 5 жінок (16,6%).
- Діопатичне – 4 жінок (13,3%).

Первинне безпліддя виявлене в 20 (33,3%) випадках, вторинне – в 35 (58,3%) і в 5 (8,4%) випадків була відсутня патологія репродуктивної системи, а мав місце чоловічий чинник безпліддя.

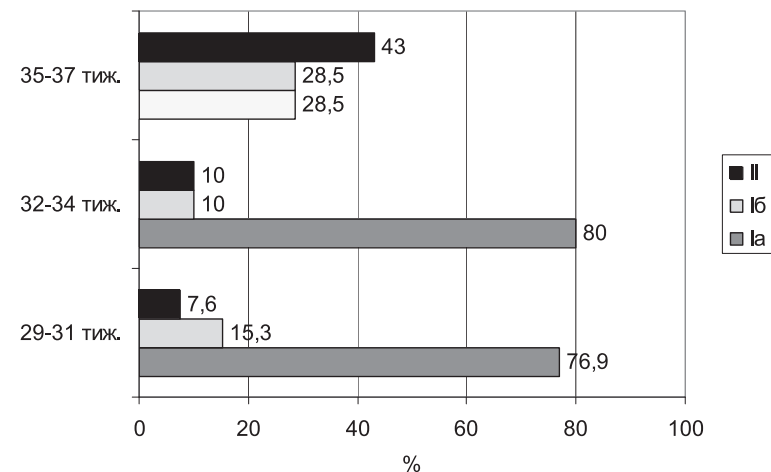
Інфертильність була обумовлена наступними причинами:

- Відсутністю придатків або порушенням їх функцій – 9 випадків (30%).
- Ендометріозом – 4 випадки (13,5%).
- Спайковим процесом органів малого тазу – 12 випадків (40%).
- Чоловічий чинник безпліддя – 5 випадків (16,6%).
- Тривалість безпліддя складала в середньому від 4 до 20 років.

У більшості жінок вагітність розвивалася на тлі екстрагенітальної патології, серед якої основне місце займала залізодефіцитна анемія – 23 (38,1%); захворювання серцево-судинної системи – 6 (9,8%) і захворювання сечостатевої системи – 19 (30,9%).

Ускладнене протікання вагітності спостерігалось у 47 (78%) жінок, серед яких основне місце займали наступні: загроза переривання вагітності – 41 випадок (68,3%), з них в I половині вагітності – 24 (39,4%) випадків і 17 (28,9%) випадків в II половині вагітності; прееклампсія – 26 (42,9%) випадків.

Під спостереженням знаходилося 30 жінок з ПН, в яких вагітність настала в результаті застосування ДРТ, причому в 20 (68,2%) вагітних мали місце друга та третя спроба ЕКЗ, в 5 (16,6%) – багатоплідна вагітність. По термінах розвитку ПН ми виділили три підгрупи:



Мал. 1. Розподіл ступеня ПН в основній групі по термінах вагітності (%)

I підгрупа – 13 (43,3%) жінок, в яких в терміні 29–31 тиж вагітності розвинулася ПН.

II підгрупа – 10 (33,3%) жінок, в яких ПН розвинулася в терміні 35–37 тиж вагітності.

III підгрупа – 6 (20%) жінок, в яких ПН розвинулася в терміні 38–40 тиж вагітності.

У основній групі за результатами доплерометрії встановлені наступні особливості (мал. 1):

- у терміні 29–31 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. спостерігалися у 10 (76,9%), I6 – у 2 (15,3%), II ст. – у 1 (7,6%) вагітних;

- у терміні 32–34 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. були у 8 (80%), I6 – у 1 (10%), II ст. – у 1 (10%) вагітних;

- у терміні 35–37 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. спостерігалися у 2 (28,5%), I6 – у 2 (28,5%), II ст. – у 3 (43%) вагітних.

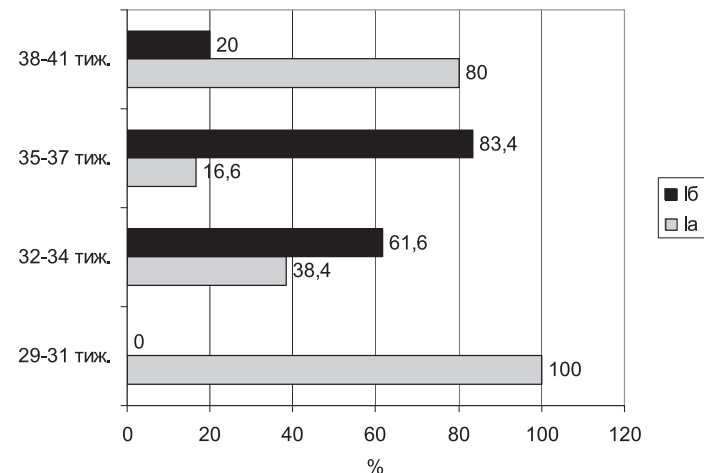
У контрольній групі за результатами доплерометрії встановлені наступні особливості (мал. 2):

- у терміні 29–31 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. спостерігалися у 6 (100%) вагітних;

- у терміні 32–34 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. були у 5 (38,4%), I6 – у 8 (61,6%) вагітних;

- у терміні 35–37 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. спостерігалися у 1 (16,6%), I6 – у 5 (83,4%) вагітних;

- у терміні 38–41 тиж порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку Ia ст. були у 4 (80%), I6 – у 1 (20%) вагітних.



Мал. 2. Розподіл ступеня ПН в контрольній групі по термінах вагітності (%)

Всім вагітним основної і контрольної групи з метою оцінки локалізації, розмірів, структури, наявності патологічних змін виконували ультразвукову плацентометрію.

У основній групі за результатами плацентометрії і оцінок стану плода були отримані наступні результати.

Локалізація плаценти по передній стінці матки спостерігалася в 14 (6,8%), по задній стінці матки – в 8 (26,6%), у дна матки – в 8 (26,6%) випадків.

При терміні вагітності 29–31 тиж середня товщина плаценти складала:

- при ПН Ia ст. –  $32,8 \pm 2,3$  мм;

- при ПН I6 ст. –  $34,2 \pm 2,5$  мм;

- при ПН II ст. –  $37,6 \pm 2,9$  мм.

При ПН Ia ст. маловоддя спостерігалася у 4 (30,7%) вагітних, багатоводдя – у 4 (30,7%), у 5 (38,6%) кількість навколоплідних вод нормальна.

При ПН Ia ст. у 2 (15,3%) вагітних виявлено синдром затримки внутрішньоутробного розвитку (СЗВУР) плода – симетрична форма I ст.

При ПН I6 ст. в 1 (7,7%) випадку виявлене СЗВУР плода – асиметрична форма II ст.

При терміні вагітності 32–34 тиж середня товщина плаценти складала:

- при ПН Ia ст. –  $32,1 \pm 2,3$  мм;

- при ПН I6 ст. –  $34,7 \pm 2,7$  мм;

- при ПН II ст. –  $38,1 \pm 2,5$  мм.

При ПН Ia ст. маловоддя спостерігався у 7 (70%) вагітних, багатоводдя не відмічене, у 3 (30%) кількість навколоплідних вод нормальна.

При ПН I6 ст. маловоддя спостерігалася у 1 (10%) вагітної.

При ПН Іа ст. у 3 (30%) вагітних виявлено СЗВУР плода – симетрична форма І ст.  
 При ПН Іа ст. у 1 (10%) вагітних виявлено СЗВУР плода – симетрична форма ІІ ст.  
 При ПН Іа ст. у 1 (10%) вагітних виявлено СЗВУР плода – асиметрична форма І ст.

При терміні вагітності 35–37 тиж середня товщина плаценти склала:

- при ПН Іа ст. –  $36,4 \pm 2,3$  мм;
- при ПН Іб ст. –  $39,5 \pm 3,3$  мм;
- при ПН ІІ ст. –  $38,6 \pm 2,9$  мм.

У 2 (28,5%) вагітних спостерігалася затримка дозрівання плаценти.

При ПН Іа ст. маловоддя спостерігалася в 1 (50%) випадку, багатоводдя не відмічене, в 1 (50%) – кількість навколоплідних вод нормальна.

При ПН Іб ст. спостерігалася ідентична картина.

При ПН ІІ ст. маловоддя спостерігалася у 3 (100%) вагітних.

При ПН Іа і Іб ст. у 2 (66,6%) вагітних виявлено СЗВУР плода – симетрична форма І ст.

При ПН ІІ ст. у 1 (33,3%) вагітних виявлено СЗВУР плода – асиметрична форма І ст.

У контрольній групі за результатами плацентометрії і оцінок стану плода були отримані наступні результати.

Локалізація плаценти по передній стінці матки спостерігалася в 11 (36,6%), по задній стінці матки – в 6 (20%), у дна матки – в 13 (43,4%) випадках.

При терміні вагітності 29–31 тиж середня товщина плаценти склала:

- при ПН Іа ст. –  $30,8 \pm 2,3$  мм.

У 5 (83,3%) вагітних встановлено ІІІ ст. зрілості плаценти, у 1 (16,7%) – ІІ. При ПН Іа ст. маловоддя спостерігалася у 5 (83,3%) вагітних, багатоводдя не відмічене, у 1 (16,7%) кількість навколоплідних вод нормальна.

При ПН Іа ст. у 4 (66,6%) вагітних виявлено СЗВУР плода – симетрична форма І ст. При ПН Іа ст. в 1 (16,6%) випадку виявлено СЗВУР плода – симетрична форма ІІ ст. При ПН Іб ст. в 1 (16,6%) випадку виявлене СЗВУР плода – асиметрична форма ІІ ст.

При терміні вагітності 32–34 тиж середня товщина плаценти склала:

- при ПН Іа ст. –  $35,8 \pm 2,3$  мм;
- при ПН Іб ст. –  $36,2 \pm 2,5$  мм.

У 5 (38,4%) вагітних встановлено ІІІ ст. зрілості плаценти, у 6 (46,1%) – ІІ, у 1 (7,6%) – І. При ПН Іа ст. маловоддя спостерігалася у 5 (38,4%) вагітних, багатоводдя – у 1 (7,6%), у 7 (53,8%) кількість навколоплідних вод нормальна.

При ПН Іа ст. в 2 (15,3%) випадках виявлено СЗВУР плода – симетрична форма І ст. При ПН Іа ст. в 1 (7,6%) випадку виявлено СЗВУР плода – симетрична форма ІІ ст.

При ПН Іа ст. в 1 (7,6%) випадку виявлене СЗВУР плода – асиметрична форма І ст.

У терміні вагітності 35–37 тиж середня товщина плаценти склала:

- при ПН Іа ст. –  $39,3 \pm 2,3$  мм;
- при ПН Іб ст. –  $39,3 \pm 3,3$  мм.

В 4 (66,6%) вагітних встановлено ІІІ ст. зрілості плаценти, в 2 (33,3%) – ІІ. При ПН Іа ст. маловоддя спостерігали в 3 (50%), багатоводдя – в 2 (33,3%) випадках, в 1 (16,6%) кількість навколоплідних вод була нормальна.

При ПН Іа ст. в 3 (50%) вагітних виявлено СЗВУР плода симетрична форма І ст.  
 У терміні вагітності 38–41 тиж середня товщина плаценти склала:

- при ПН Іа ст. –  $37,6 \pm 2,3$  мм;
- при ПН Іб ст. –  $37,6 \pm 2,8$  мм.

В 4 (80%) вагітних встановлено ІІІ ступінь зрілості плаценти, в 1 (20%) – ІІ.

При ПН Іа ст. маловоддя спостерігали в 3 (60%) вагітних, багатоводдя – в 1 (20%), в 1 (20%) кількість навколоплідних вод нормальна. При ПН Іа ст. в 2 (40%) вагітних виявлено СЗВУР плода – симетрична форма І ст.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження особливостей перебігу вагітності у жінок після застосування ДРТ виявило високу частоту ускладнень гестації, що може призводити до репродуктивних втрат вже на ранніх термінах. Значна частота різної патології серед пацієнток даної групи диктує необхідність ретельнішого спостереження за ними впродовж всієї вагітності, а сама проблема перебігу вагітності після застосування ДРТ вимагає глибшого вивчення для розроблення ефективних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Сравнительные аспекты клинического течения гестационного периода после вспомогательных репродуктивных технологий Я.И. Винниченко

Проведенное исследование особенностей течения беременности у женщин после применения вспомогательных репродуктивных технологий выявило высокую частоту осложнений беременности, нередко приводящих к репродуктивным потерям уже на ранних сроках. Значительная частота различной патологии среди пациенток данной группы диктует необходимость более тщательного наблюдения за ними на протяжении всей беременности, а сама проблема течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий требует более глубокого изучения для разработки эффективных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** беременность, вспомогательные репродуктивные технологии.

### Comparative aspects of a clinical current gestational period after the auxiliary reproductive technologies. J.I. Vinnichenko

The carried out research of features of a current of pregnancy at women after application of auxiliary reproductive technologies has revealed high frequency of complications of the pregnancy quite often leading to reproductive losses already on early terms. Considerable frequency of a various pathology among patients of the given group dictates necessity of more careful supervision over them throughout all pregnancy, and the problem of a current of pregnancy after application of auxiliary reproductive technologies demands deeper studying for working out of effective diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** pregnancy, auxiliary reproductive technologies.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Артамонов В.С., Горбатиук І.С., Сольский С.Я. Оцінка плода у вагітних жінок з високим ступенем перинатального ризику з застосуванням ультразвукового дослідження і фетального моніторинга // Ехографія в перинатології, гінекології та педіатрії. Зб. наук. праць. – Дніпропетровськ:Січ, 1995. – 383 с.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. – СПб, 2002. – 421 с.
3. Медведев М.В. Клиническое значение доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях при физиологическом и осложненном течении беременности // Акуш. и гин. – 2001. – № 10. – С. 3–6.
4. Леонов Б.В., Кулаков В.И. Общая характеристика программы ЭКО и ПЭ. В кн.: Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы). Руководство для врачей. Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – С. 4–14.
5. Сидельникова В.М., Стрельченко М.Б., Ходжаева З.С. Вопросы подготовки, особенности течения и тактика ведения беременности, возникшей в программе ЭКО и ПЭ. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы). Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – С. 574–579.

## Пути снижения гестационных осложнений у женщин с патологией шейки матки во время беременности

*И.Е. Злочевская*

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика МОЗ Украины, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что тактика ведения беременности и родов у женщин с доброкачественными новообразованиями шейки матки зависит от конкретного варианта изучаемой патологии. Использование дифференцированного подхода с учетом клинко-функциональных, микробиологических и морфологических особенностей позволяет обеспечить благоприятное течение беременности и родоразрешения у женщин группы высокого риска.

*Ключевые слова:* патология шейки матки, беременность, тактика ведения.

Патология шейки матки является одной из важнейших проблем в акушерстве и гинекологии, несмотря на современные достижения в диагностике и лечении [1, 2]. Причем особенную актуальность представляет проблема заболеваний шейки матки у беременных женщин [3, 4].

Растущая частота патологических изменений шейки матки обусловлена ростом распространенности папилломавирусной инфекции, а также клинической активацией герпетической и цитомегаловирусной инфекции во время беременности [5, 6]. Повышенная чувствительность эпителия шейки матки к вирусной инфекции во время беременности связана с гормональной перестройкой, растущим влиянием эстрогена и прогестерона, которые увеличивают экспрессию вирусов в несколько раз в цервикальном эпителии, а также особенностями иммунного гомеостаза во время беременности [1, 7].

На фоне увеличения числа первородящих в возрасте старше 30–35 лет мысль о том, что лечение доброкачественных заболеваний шейки матки следует проводить женщинам после родов, наводит к тому, что большинство беременных раннего и среднего репродуктивного возраста имеют патологию шейки матки [2, 3]. Однако в настоящее время отсутствующая система цитологического и кольпоскопического скринингу беременных, отсутствуют также алгоритм их обследования и ведения при наличии патологии шейки матки.

Все вышеизложенное появилось для нас основанием к проведению научных исследований в данном направлении.

**Целью работы** было повышение эффективности диагностики и лечение патологических изменений шейки матки у беременных женщин на основе изучения клинко-функциональных особенностей, а также разработки дифференцированного подхода к тактике ведения этих пациенток.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью разработки тактики ведения беременных с патологией шейки матки, а также определение гестационных изменений шейки матки было проведено обследование 300 беременных, которые были распределены на три группы:

1-ю группу составили 150 беременных, которым было проведено скрининговое обследование с целью определения частоты и структуры заболеваний шейки матки;

2-ю группу составили 50 беременных с неизменной шейкой матки, которые наблюдались с I триместра гестации для выявления гестационных изменений шейки матки;

3-ю группу составили 100 беременных с доброкачественными заболеваниями шейки матки, которые находились под наблюдением с I триместра гестации для выявления особенностей их течения и влияния на гестационный процесс, которые в зависимости от вида патологических изменений шейки были распределены на три подгруппы:

3.1 подгруппа – 52 пациенток с эктопией и эктропионом шейки матки;

3.2 подгруппа – 35 беременных с полиповидными образованиями цервикального канала;

3.3 подгруппа – 13 беременных с лейкоплакией шейки матки.

Для выполнения поставленных в работе задач при обследовании женщин были использованы следующие методы: общеклинические, бактериологические, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса, ультразвуковое исследование, морфологический, иммунологический и статистический.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что средний возраст обследуемых пациенток достоверно не отличался по группам и составил в 1-й –  $27,7 \pm 5,5$ , во 2-й –  $29,9 \pm 5,3$  и в 3-й группе –  $27,8 \pm 5,4$  года ( $p > 0,05$ ).

В последнее время некоторые авторы отмечают существенную роль сексуального поведения в развитии патологии шейки матки [1, 6]. При анализе сексуального поведения было отмечено, что раннее начало половой жизни (до 16 лет) наблюдалось в 1-й группе – в 23,0%; во 2-й группе – в 18,0% и в 3-й группе – в 21,0% пациенток. Возраст начала половой жизни колебался от 15 до 26 лет, в среднем составляя  $19,7 \pm 1,2$  года.

При анализе репродуктивной функции было обнаружено, что данная беременность была первой у 29,3% пациенток в 1-й группе, во 2-й – у 54,0% пациенток и у 29,0% пациенток – в 3-й группе. Первые роды ожидали 38,6% пациенток 1-й группы, 79,0% – 2-й группы и 41,0% – 3-й группы. Ранние репродуктивные потери в анамнезе были у каждой третьей женщины в 1-й и 3-й группах (29,0% и 33,0%) и в 24,0% – во 2-й группе. У каждой третьей женщины в анамнезе были искусственные аборты (37,3%, 28,0%, 40,0%), а внематочная беременность встречалась в единичных случаях у пациенток всех групп (3,0%, 4,0%, 2,0%), также как и абдоминальное родоразрешение (4,0%, 3,0% и 3,0% соответственно). Первичным бесплодием страдали преимущественно пациентки 2-й группы (24,0%), вторичное бесплодие встречалось с одинаковой частотой во всех группах (7,0%, 7,0% и 6,0%).

Полученные результаты подтверждают мнение многих исследований о наличии взаимосвязи между репродуктивным анамнезом и патологией шейки матки [2, 7].

При оценке гинекологических заболеваний обращает на себя внимание высокая частота заболеваний, которые передаются половым путем у пациенток всех групп (63,0%, 68,0% и 59,0%). Кроме того отмечен значительный уровень патологии шейки матки в анамнезе у обследуемых беременных. В 1-й группе доброкачественные заболевания шейки матки наблюдались у 66,0% пациенток. Из них получили лечение лишь 18,6% пациенток, в т.ч. лазервапоризация – 1,2%, криодеструкция – 8,7%, диатермокоагуляция – 2,7%, а 47,3% пациенток 1-й группы лечения не проводилось. В 4,0% пациенток 2-й группы была обнаружена средне тяжелая дисплазия шейки матки, в связи с чем 2,7% из них была выполнена конизация шейки матки, без лечения остались 1,2% пациентки. По поводу деформации шейки матки после родовыми разрывами 3,6% пациенткам была выполнена пластика шейки матки методом расслоения.

Среди пациенток 2-й группы доброкачественные заболевания шейки матки наблюдались в 44,0% пациенток, по поводу которых все они получили лечение: криодеструкция – 34,1%, радиокоагуляция – 38,6%, лазервапоризация – 11,4%, химическая коагуляция солковагином – 15,9% пациенток.

В 3-й группе доброкачественные заболевания шейки матки в анамнезе наблюдались у 67,0% пациенток. Лечение получили лишь 26,0%, из них диатермокоагуляция была выполнена 7,3%, криодеструкция – 12,0%, лазеркоагуляция – 3,3% и лечение солковагином – 3,3%, то есть в 3-й группе без лечения остались 41,3% пациентки с доброкачественными заболеваниями шейки матки.

Анамнестические данные о методах лечения предыдущих заболеваний шейки матки свидетельствуют о неадекватном проведенном лечении заболеваний шейки матки на этапе планирования беременности [3, 4].

Следовательно, проведенный анализ свидетельствует о наличии обремененного акушерского и гинекологического анамнеза у большинства обследуемых беременных, а также высокой частоты патологии шейки матки, у пациенток к наступлению беременности, некорректной тактике ведения пациенток с патологией шейки матки, которая заключается в длительном наблюдении пациенток без проведения адекватного лечения к наступлению беременности.

Нами установлено, что частота патологических изменений шейки матки у беременных женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом составляет 76,0%. Среди разных нозологических форм преобладают эктопия шейки матки (24,0%), рубцовая деформация (22,0%), эктропион (22,0%) и гипертрофия шейки матки (21,3%) по сравнению с полиповидными образованиями в цервикальном канале (9,3%), деформацией после родовыми разрывами (6,0%) и экзофитными образованиями с подозрением на малигнизацию (2,0%).

При цитологическом обследовании пациенток с патологией шейки матки во время беременности установлено преобладание II типа мазка (60,7%) в виде увеличения ядер и появлению клеток метаплазированного эпителия по сравнению с III типом (34,0%), I (5,3%) и IV–V типами (1,3%), а также значительный уровень гиперпаракератоза (37,3%) шейки матки.

Результаты кольпоскопических исследований у беременных с патологией шейки матки свидетельствуют о высокой частоте аномальной картины: лейкоплакия, пунктация, мозаика, ацетобелый эпителий и йоднегативные участки (58,0%), очагов децидуоза (53,3%) и ацетобелого эпителия (27,3%).

Клиническое течение беременности у женщин с разной патологией шейки матки характеризуется высокой частотой угрозы невынашивания (32,7%) и нарушения микробиоты половых путей (30,0%), который приводит к значительному уровню репродуктивных потерь (неразвивающаяся беременность, непроизвольное ее прерывание), – 8,2%.

При наличии у беременных женщин эктопии и эктропиона шейки матки имеет место высокая частота угрозы прерывания беременности в I (29,6%) и II–III триместрах (33,3%), причем уровень истмико-цервикальной недостаточности составляет 6,5%. Полипы шейки матки у беременных женщин приводят к высокой частоте угрозы невынашивания лишь в I триместре (51,4%), при этом частота вынужденной полипэктомии составляет 51,4% (22,2% – в I и 77,8% – в II и III триместрах). Наиболее благоприятное течение беременности отмечается у женщин с лейкоплакией шейки матки, при этом основным осложнением является угроза прерывания – I триместра – 16,7%; II – 24,3% и III – 12,3%.

На основе полученных результатов мы усовершенствовали тактику ведения пациенток с патологией шейки матки во время беременности:

- неблагоприятным фоном для развития доброкачественных полиповидных образований шейки матки при беременности являются хронические воспалительные процессы и гормональные нарушения, которые обуславливают угрозу невынашивания;
- полиповидные образования цервикального канала во время беременности подразделяются на действительные полипы с децидуализацией и децидуальные псевдополипы. Для дифференциальной диагностики полиповидных образований эндоцервикса у беременных необходимо проводить расширенную кольпоскопию и трансвагинальное УЗИ с оценкой показателей кровотока;
- ведение беременных с доброкачественными полиповидными образованиями цервикального канала должно включать противовоспалительную терапию и лечение угрозы невынашивания с применением гестагенов;
- полипэктомия может проводиться в любом сроке гестации радиохирургическим методом под местной анестезией в условиях акушерского отделения или дневного стационара;
- показаниями для проведения полипэктомии во время беременности является: величина больше 1 см; рост полиповидного образования; нарушение целостности полиповидного образования; деструктивные и некротические изменения и III тип цитологического мазка;
- применение усовершенствованной тактики ведения беременных с патологией шейки матки способствует уменьшению частоты гестационных осложнений и репродуктивных потерь.

## Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что тактика ведения беременности и родов у женщин с доброкачественными новообразованиями шей-

ки матки зависит от конкретного варианта патологии, которая изучается. Использование дифференцированного подхода с учетом клинико-функциональных, микробиологических и морфологических особенностей позволяет обеспечить благоприятное течение беременности и результаты родоразрешения у женщины группы высокого риска.

## Дороги зниження гестаційних ускладнень у жінок з патологією шийки матки під час вагітності I.E. Злочевська

Результати проведених досліджень свідчать, що тактика ведення вагітності і пологів у жінок з доброякісними новоутвореннями шийки матки залежить від конкретного варіанту патології, що вивчається. Використання диференційованого підходу з врахуванням клініко-функціональних, мікробіологічних і морфологічних особливостей дозволяє забезпечити сприятливий перебіг вагітності і результати розродження у жінки групи високого ризику.

**Ключові слова:** патологія шийки матки, вагітність, тактика ведення.

## Decrease ways gestational complications at women with a pathology of cervix of uterus during pregnancy I.E. Zlochevskaja

Results of the spent researches testify, that tactics of conducting pregnancy and sorts at women with good-quality new growths of cervix of uterus depends on a concrete variant of a studied pathology. Use of the differentiated approach taking into account clinical-functional, microbiological and morphological features allows to provide a favorable current of pregnancy and delivery at women of group of high risk.

**Key words:** a pathology of cervix of uterus, pregnancy, conducting tactics.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы в акушерстве и гинекологии: Руководство / Под ред. В.А. Бенюка. – К.: Доктор-медиа, 2009. – 425 с.
2. Бакшеев С.Н. Применение пролонгированного режима КОК при лечении заболеваний шейки матки / С.Н. Бакшеев, С.Ю. Пустоваров // Здоровье женщины. – 2005. – № 4. – С. 130–133.
3. Боднар Я.Я. Морфометричні особливості епітелію шийки матки при цитологічному дослідженні дисплазії / Я.Я. Боднар, Т.В. Дацко, О.М. Березький //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – ISSN 1811–2471. – 2008. – № 2. – С. 112.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Из-во Фолиант, 2002. – 542 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Особливості папіломавірусної інфекції і дисплазії шийки матки у дівчат-підлітків / Ю.П. Вдовиченко, В.В. Станкевич // Перинатологія та педіатрія. – 2002. – № 3. – С. 11–13.
6. Воробьева Л.И. Актуальность проблемы и пути усовершенствования диагностики и лечения визуальных форм генитального рака / Л.И. Воробьева // Злоякісні новоутворення. – Київ: Телеоптик, 2008. – С. 7–10.
7. Габорець Ю.Ю. Лікування дисплазії епітелію шийки матки, поєднаної з внутрішнім ендометріозом / Ю.Ю. Габорець, Є.В. Коханевич // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2009. – № 5. – С. 150–152.



## Пути снижения перинатальной патологии при синдроме фето-фетальной трансфузии

**Е.В. Игнатенко**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что патофизиология СФФТ является многофакторной с сосудистыми анастомозами в монохориальной плаценте как анатомической основой, гемодинамическими и гормональными факторами, которые приводят к различной клинической картине этого синдрома.

Полученные результаты позволяют повысить эффективность прогнозирования и ранней диагностики СФФТ, что способствует своевременному изменению тактики ведения беременности и родов с целью снижения частоты перинатальной патологии.

**Ключевые слова:** синдром фето-фетальной трансфузии, перинатальная патология.

В настоящее время многоплодную беременность считают фактором высокого риска относительно развития перинатальной патологии в связи с большим количеством осложнений, особенностями развития плодов и повышенными требованиями к материнскому организму [1, 8]. По данным ряда авторов [2, 9] при многоплодной беременности отмечают увеличение в 2–3 раза частоты внутриутробной гибели плодов, неонатальной и перинатальной смертности, а также частоты неврологических и кардиологических осложнений у детей.

При непроизвольном наступлении многоплодной беременности основным фактором, что влияет на перинатальные результаты, является тип плацентации [3, 10]. По данным литературы, наиболее неблагоприятное течение беременности наблюдается при монохориальном типе плацентации, когда возможно развитие такого осложнения, как синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ) [4, 8]. СФФТ встречается с частотой 26% и характеризуется высокой перинатальной смертностью – 15–17% от всех перинатальных потерь при многоплодной беременности [1, 9]. Развитие СФФТ связано с наличием сосудистых анастомозов в монохориальной плаценте, приводящих к патологическому сбросу крови от одного плода к другому, при этом один плод становится донором, а другой реципиентом [8–10].

В современной литературе есть небольшое количество работ, посвященных изучению прогностических критериев развития СФФТ, однако существующие подходы не всегда способствуют ранней диагностике данного синдрома и определению оптимальной тактики ведения беременности при монохориальных двойнях [1, 10].

В литературе мы встретили единичные сообщения об изучении функции диастолы левого желудочка при многоплодной беременности, а также о сопоставлении показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы плода и СФФТ, что и послужило основанием для проведения настоящего научного исследования.

**Все вышеизложенное является обоснованием для проведения этого научного исследования.**

Целью исследования было повышение эффективности прогнозирования и ранней диагностики синдрома фето-фетальной трансфузии при многоплодной беременности на основе динамического изучения доплерометричных и эхографических показателей и их сопоставления с результатами морфологических исследований плаценты.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были исследованы анализ течения беременности, родов, состояние здоровья новорожденных у 100 женщин с многоплодной беременностью двойнями, которые были распределены на следующие группы:

1 группа (n=25) – беременные с двойнями и монохориальным типом плацентации, у которых родились близнецы без синдрома фето-фетальной трансфузии (СФФТ);

2 группа (n=25) – беременные с двойнями и монохориальным типом плацентации, у которых СФФТ был определен при ультразвуковом исследовании и близнецы были рождены с признаками СФФТ.

Группу сравнения составили 50 беременных женщин с двойнями и бихориальным типом плацентации.

В зависимости от тяжести СФФТ 2 группа была распределена на две подгруппы: в подгруппу 2.1 вошли 15 женщин с монохориальной беременностью и СФФТ, который был представлен начальными ультразвуковыми признаками СФФТ [5, 6] и подтвержден после рождения близнецов; в подгруппу 2.2 – 10 пациенток с монохориальной беременностью, у которых СФФТ был представлен развернутой клинической картиной при ультразвуковом исследовании и обследовании новорожденных близнецов. Данное распределение на подгруппы было сделано с целью изучения изменения возможных прогностических ультразвуковых критериев СФФТ при разной степени выраженности этого синдрома. Кроме того 100 беременных женщин с нормально протекающей одноплодной беременностью (3 группа) и 30 женщин (4 группа) с диагностированным при ультразвуковом исследовании синдромом задержки развития плода (СЗРП) мы включили в исследование, результаты которого отображены в дальнейшем. На основании исследования женщин с нормально протекающей одноплодной беременностью были разработаны нормативные показатели ультразвукового критерия времени извольного расслабления левого желудочка сердца плода в разные сроки гестации. Группу женщин с одноплодной беременностью и синдромом задержки развития плода мы рассматривали как модель патологии системы мать–плацента–плод в результате снижения перфузии плаценты в условиях гипоксии.

Обследования всех беременных проводили согласно общепринятых рекомендаций [1, 3]. Тип плацентации во всех исследуемых группах был определен в сроке беременности 12–14 нед по совокупности ультразвуковых признаков [5, 6].

Оценка общесоматического статуса основывалась на данных клинического осмотра, общепринятых лабораторных анализов и функциональных исследований.

Рядом с общеклиническим обследованием проводились ультразвуковые, доплерометрические исследования беременных. Ультразвуковые исследования выполнялись на аппарате «Siemens Sonoline G40» и «Aloka – SSD 2000» с использованием конвексного датчика 3,5 Мгц и употреблением цветного доплеровского картирования на аппарате «Siemens GM – 650042E00».

Для неинвазивной оценки величины систолы артериального давления было прове-

дено измерение показателя времени изоволюмического расслабления (ВИР) в левом желудочке (ЛЖ) плодов, непосредственно связанного с величиной обычного систолического давления. Для измерения ВИР в ЛЖ плода визуализировали четырехкамерный срез сердца при поперечном сканировании. Доплеровский пробный объем помещали в полость ЛЖ непосредственно под створками клапана митры. Низкочастотный фильтр был установлен на 100 Гц. Записи кровотока оценивали как удовлетворительные, если угол между направлением курсора и кровотока не превышает 10 градусов. Регистрацию кривых скорости кровотока осуществляли в условиях двигательного покоя и апноэ плодов. Доплерометрический показатель рассчитывался из трех последовательных сердечных циклов при скорости записи 100 см/с. На записи ВИР измеряли как расстояние между артефактом закрытия аортального клапана и моментом начала трансмитрального тока крови.

С помощью цветного доплеровского картирования в плаценте были определены сосудистые анастомозы, относящиеся к группе компенсаторных [5, 6].

Патоморфологическое исследование включало визуальную оценку, органометрию, обзорную микроскопию и морфометрию по общепринятым методикам [7]. Все изученные плаценты распределены на группы, соответствующие группам обследованных женщин.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение многоплодной беременности зависит от типа плацентации, причем при монохориальном варианте выше частота таких осложнений, как угроза прерывания на протяжении всей гестации (76,0% по сравнению с 64,0%), плацентарная дисфункция (74,0% против 42,0%), преждевременные роды (88,0% по сравнению с 54,0%) и суммарная частота перинатальной патологии (92,0% против 56,0%). При этом наличие фето-фетальной трансфузии при монохориальном типе плацентации является дополнительным фактором риска развития плацентарной дисфункции и преждевременных родов.

У новорожденных при монохориальных двойнях, которые родились с синдромом фето-фетальной трансфузии, наблюдается большее число осложнений в ранний неонатальный период: тяжелая гипоксия (62,0% по сравнению с 40,0%), неонатальная гипербилирубинемия (68,0% против 40,0%); повреждение центральной нервной системы (76,0% по сравнению с 42,0%), нарушения ритма сердца (72,0% против 36,0%), которое требует более длительной интенсивной терапии (на  $12,1 \pm 1,2$  дня) и постнатальной реабилитации (на  $31,4 \pm 2,8$  дня).

Для ранней диагностики фето-фетального синдрома необходимо после 18 нед определять разницу давления между двумя фетальными системами по значению ВИР. При этом разница этого показателя у донора и реципиента больше 14 мм является признаком начала фето-фетальной трансфузии.

Развитие фето-фетального синдрома зависит от расстояния между прикреплением пуповины к плаценте, при этом сеть компенсаторных (поверхностных) анастомозов при патологическом прикреплении пуповины не обеспечивает стойкость между двумя системами кровообращения и приводит к развитию данной патологии что позволяет прогнозировать развитие фето-фетального синдрома с 18 нед беременности.

При фето-фетальном синдроме у плодов-доноров наблюдается снижение сокра-

тительной способности миокарда и падение артериального давления, которое проявляется в гипотонии донора при декомпенсации данной патологии. Позитивная корреляция между ВИР и гестационным сроком плодов с клиникой фето-фетального синдрома отображает прогрессивное нарушение функции диастолы левого желудочка в результате тяжелой гипоксии.

Неблагоприятным прогностическим критерием развития декомпенсированного синдрома фето-фетальной трансфузии является снижение показателя ВИР и повышения резистентности кровотока в артерии пуповины у плода-донора, а также увеличения размера правой доли печени у плода-реципиента, который может служить показанием для досрочного родоразрешения.

Патогенез фето-фетального синдрома является многофакторным с разной выраженностью сосудистых анастомозов в монохориальной плаценте как анатомической основой, гемодинамическими и гормональными факторами, которые приводят к разному уровню клинической картины данной патологии.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать следующие моменты:

- монохориальный тип плацентации многоплодной беременности является фактором риска фето-фетального синдрома, который требует индивидуального эхографического и доплерометрического наблюдения во время беременности и при родоразрешении.
- прогностическими критериями развития фето-фетального синдрома являются расстояния между прикреплением пуповины к плаценте, число поверхностных анастомозов, снижения показателя ВИР, повышения резистентности кровотока в артерии пуповины у плода-донора, а также увеличения размера правой доли печени у плода-реципиента.
- беременным с многоплодной беременностью и монохориальным типом плацентации должна быть предусмотрена госпитализация в критические сроки (21–24, 28–32 нед) и в сроке 34–35 нед в перинатальный центр с выбором индивидуальной тактики ведения родов и раннего неонатального периода.
- наличие объективных диагностических критериев фето-фетального синдрома является показанием для досрочного абдоминального родоразрешения.
- при ведении новорожденных с фето-фетальным синдромом необходимо динамическое ультразвуковое исследование центральной и церебральной гемодинамики и готовность к возможному проведению частичного заменного переливания крови с последующим заполнением объема циркулирующей крови, как у донора, так и у реципиента.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, нами было показано, что патофизиология СФФТ является многофакторной с сосудистыми анастомозами в монохориальной плаценте как анатомической основой, гемодинамическими и гормональными факторами, которые приводят к различной клинической картине этого синдрома.

Полученные результаты позволяют повысить эффективность прогнозирования и ранней диагностики СФФТ, которая способствует своевременному изменению тактики ведения беременности и родов с целью снижения частоты перинатальной патологии.

### Шляхи зниження перинатальної патології при синдромі фето-фетальної трансфузії Є.В. Ігнатенко

Результати проведених досліджень свідчать, що патофізіологія СФФТ є багатофакторною з судинними анастомозами в монохоріальній плаценті як анатомічною основою, гемодинамічними і гормональними чинниками, призводячи до різної клінічної картини синдрому. Отримані результати дозволяють підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики СФФТ, що сприяє своєчасній зміні тактики ведення вагітності і пологів з метою зниження частоти перинатальної патології.

**Ключові слова:** синдром фето-фетальної трансфузії, перинатальна патологія.

### Decrease ways of perinatal pathologies at syndrome feto-fetal transfusions E.V. Ignatenko

Results of the spent researches testify, that patophysiology of SFFT is multifactorial with vascular anastomosis in monochorial placenta as an anatomic basis, haemodynamic and hormonal factors, which result to a various clinical picture of this syndrome. The received results allow to raise a forecasting effectiveness and early diagnostics SFFT that promotes timely change of tactics of conducting pregnancy and sorts for the purpose of frequency decrease perinatal pathology.

**Key words:** a syndrome feto-fetal transfusions, pregnancy, forecasting.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Василевская Л.П. Многоплодная беременность: Метод. рекомендации / Л.П. Василевская, М.А. Фукс, Е.А. Чернуха. – М.: Медицина, 2007. – С. 32.
2. Воробей В.О. Профілактика прееклампсії та анемії при багатоплідній вагітності : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / В.О. Воробей. – К., 2008. – 19 с.
3. Егорова О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием / О.А. Егорова // Вестник Рос. Ассоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 1. – С. 34–35.
4. Завадська О.Ю. Плацентарна недостатність при багатоплідній вагітності: автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / О.Ю. Завадська. – К., 2008. – 19 с. 5. Медведев М.В. Доплерометрия в акушерской практике / М.В. Медведев // Ультразвук, диагн. акуш. гин. педиат. – 2002. – № 1. – С. 101–109.
6. Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / М.В. Медведев. – М.: Видар, 2006. – С. 78–79.
7. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод /А.П. Милованов. – М.: Медицина, 2008. – С. 30.
8. Aghajanian P. Fetal middle cerebral artery Doppler fluctuations after laser surgery for twin-twin transfusion syndrome / P. Aghajanian, S.A. Assaf, L.M. Korst, D.A. Miller // J Perinatol. – 2010. – Vol. 9. – P. 463–475.
9. Alexander J. Outcome of twin gestations with a single anomalous fetus / J. Alexander, R. Ramus, S. Cox, L. Gilstrap // J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 47. – P. 849–852.
10. Angel J. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? / J. Angel, C. Kalter, W. Morales, C. Rasmussen // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 181. – P. 253–259.

## Функциональное состояние шейки матки после различных методов лечения на прегравидарном этапе

П.Н. Баскаков, Е. Игонина

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Данные кольпоскопии, бактериоскопии, цитологического и гистологических исследований свидетельствуют о высоком инфекционном индексе инфекций передающихся половым путем при использовании общепринятых лечебно-профилактических мероприятий. Использование усовершенствованного алгоритма позволяет улучшить функциональное состояние шейки матки у беременных женщин, что имеет большое значение в клиническом течении гестационного периода.

**Ключевые слова:** шейка матки, различные методы лечения.

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретают исходные гинекологические заболевания, особенно патология шейки матки. Успехи современной эндокринологии к настоящему времени создали предпосылки к пониманию генеза нарушений репродуктивной системы и обеспечили возможность более глубокого понимания механизмов невынашивания беременности на фоне различных патологических изменений шейки матки [1–4].

В последние годы в структуре генитальной патологии ведущее место занимают различные патологические изменения шейки матки, диагностика и лечение которых на современном этапе вызывают серьезные трудности, особенности в ранние сроки беременности [1–4]. Вместе с тем, беременные женщины с патологией шейки матки повышенный риск развития различных акушерских и перинатальных осложнений, а существующие лечебно-профилактические мероприятия не всегда эффективны.

Вместе с тем, не все вопросы функционального состояния шейки матки после различных методов лечения на прегравидарном этапе изучено, что и явилось целью настоящего научного исследования.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе представлены результаты комплексного обследования (кольпоскопия, микробиоценоз половых, цитологические и морфологические исследования) 102 беременных, которые были распределены на следующие группы:

1-я группа – 42 беременные с доброкачественной патологией шейки матки в анамнезе. Все женщин были пролечены к данной беременности стандартными методами (криодеструкция (КД) – 18 (42,9%) женщин, диатермоэлектроэксцизия (ДЭЭ) – 11 (26,2%) женщин и обработка Солковагином – 13 (30,9%) женщин). Все женщины получали общепринятую прегравидарную подготовку и профилактику невынашивания.

2-я группа – 30 беременных, которым раньше было проведено радиоволновое хирургическое лечение (РВХЛ) аналогичной патологии шейки матки, при этом эти пациентки получали усовершенствованную нами методику прегравидарной подготовки и профилактики невынашивания.

Контрольную группу (КГ) представили 30 беременных, которые не имели в анамнезе патологии шейки матки.

Общепринятая прегравидарная подготовка после ДЭЭ и КД включала следующие моменты:

1. Лечение доброкачественной патологии ШМ стандартными методами (ДЭЭ, КД, химическая коагуляция).

2. Питание:

- полноценное питание на этапе планирования беременности;
- ограничение употребления жиров и углеводов;
- ежедневное употребление овощей, фруктов, фруктовых соков.

3. Отдых и физическая нагрузка

- не допускать физической нагрузки, связанной с поднятием тяжелых предметов, длительного нахождения в вертикальном положении;

- избежание переутомления;

- при условии отсутствия противопоказаний рекомендуются физические упражнения, специальные курсы аэробики.

4. Витаминные и другие добавки при планировании беременности

- фолиевая кислота. Рекомендуется ежедневный прием 400 мг фолиевой кислоты за 3 мес до наступления беременности и в ранние сроки до 16 нед беременности для профилактики пороков развития центральной нервной системы плода.

- профилактика йодного дефицита – йод в дозе 200 мкг/день

5. Отказ от вредных привычек.

6. Нормализация психоэмоционального состояния (при потребности – психотерапия, седативные средства).

7. Санация половых путей и ШМ: по показаниям – лечение протозойно-бактериальных инфекций с использованием антибактериальной терапии согласно протоколов.

Предложенные нами мероприятия включали следующие моменты:

- хирургическое лечение доброкачественной патологии ШМ – радиоволновая терапия аппаратом «Сургитрон ТМ» фирмы Ellman International (США);

- добавление препарату Гинофлор на этапе эпителизации и при прегравидарной подготовке.

Лечение патологии ШМ проводилось на аппарате «Сургитрон ТМ» фирмы Ellman International (США) и включало добавление препарату Гинофлор на этапе эпителизации. Мы также добавляли препарат Гинофлор на этапе прегравидарной подготовки.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении возрастного состава установлено, что возраст беременных колебался от 18 до 44 лет. Большинство пациенток ( $p < 0,001$ ), которым проводилось ДЭЭ и КД шейки матки были в возрасте 26–35 лет (76,7%), после РВХЛ и КГ – от 18 до 25 лет (соответственно 58,6% и 56,7%). Средний возраст беременных 1-й группы составил

29,5±0,7 года, ( $p < 0,001$ ); 2-й группы – 25,6±0,5 года и женщин КГ – 25,1±0,6 года. Проведенный анализ свидетельствует о том, что лечение шейки матки ДЭЭ и КД достоверно чаще встречается в более позднем репродуктивном возрасте (около 30 лет).

Полученные нами результаты свидетельствуют, что у большинства беременных при неизменной ШМ слизистая оболочка эктоцервикса выглядит цианотичной, отечной, с утолщенным рыхлым многослойным эпителием. Наблюдались гипертрофия и отек стромы, метаплазия эпителия, полнокровия субэпителиальных сосудов. При обработке раствором уксусной кислоты реакция сосудов хорошо выражена. После проведения пробы Шиллера шейка матки равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет.

Эктопия во время беременности имеет некоторые особенности: в результате усиленной васкуляризации цвет ее насыщен красный, соски эктопии продлены, отечные, иногда приобретают схожесть с полипами или становятся похожими на кондиломы; по краю располагаются крупные сосуды, которые ветвятся, нередко с гипертрофированными капиллярами. При железисто-папиллярных псевдоэрозиях наблюдаются зоны трансформации с открытыми проливами и богатой васкуляризацией. Эктопия образует валикоподобные складки, которые возвышаются над поверхностью слизистой оболочки. При обработке раствором уксусной кислоты сосудистая реакция выражена хорошо; зона эктопии слабо окрашивающаяся раствором Люголя.

При эктоцервиците слизистая оболочка ШМ выглядит отечной с неравной, местами сосковой, поверхностью, на которой определяется множество мелких красных точек, расположенных диффузно или в виде очаговых скоплений. Конечные петли расширенных субэпителиальных капилляров имеют вид коротких стволов с дихотомическими веточками или ясных петель, расположенных в гипертрофированных сосках соединительной ткани. Создается впечатление, что сосуды располагаются в самой поверхности эпителия. Есть разной степени интенсивности гиперемия и отек слизистой шейки матки и влагища при вагините, слизевые или слизисто-гнойные выделения. При обработке раствором Люголя слизистая оболочка влагищной части шейки матки окрашивающаяся неравномерно с характерными мелкими йоднегативными вкраплениями.

В наших исследованиях у 2 (1,2±0,5%) беременных обнаружена кольпоскопическая картина децидуоза. Опухолевидные очаги децидуоза были представлены полиморфными экзофитными разрастаниями с гладкой, молниеносной поверхностью белесого цвета ровного или мелкодольчатого рельефа; овальные или округлые подъямы вблизи внешнего зева шеечного канала и по их краю сопровождалась короткими, дихотомными стволами, которые ветвятся, радиальными, ветви которых анастомозировали между собой. Прозрачная ткань очагов имела желтоватый, розовый или белесоватый оттенок.

Во время беременности в контрольной группе эктопия возникла у 2 (6,7±2,5%) пациенток, во 2-й группе рецидив возник в одном случае (3,3±1,8%), в 1-й – в восьми наблюдениях (19,0±2,5%,  $p < 0,01$ ). На фоне общепринятых мероприятий неосложненная эктопия диагностирована у 2 (4,8±0,5%) беременных, осложненная эктопия – у 6 (14,3±1,7%). Кольпоскопични картины эктоцервицита и вагинита обнаружены у 43,1±6,2% беременных в 1-й группе и у 21,5±4,6% при использовании предлагаемой методики ( $p < 0,01$ ). Частота децидуоза была также достоверно выше при использовании

общепринятых лечебно-профилактических мероприятий (1-я группа –  $14,3 \pm 3,5\%$  и 2-я –  $3,3 \pm 0,6\%$ ;  $p < 0,01$ ).

Кольпоскопическая картина слизистой оболочки эктоцервикса у беременных 1 группы (после ДЭЭ) имела свои особенности: слизистая оболочка была бледнее; внешний зев – точечным, иногда с радиальными складками от центра к периферии; короткие и относительно толстые петли кровеносных сосудов имелись в своем расположении радиальными рядами. При обработке раствором уксусной кислоты зона ДЭЭ имела белесый оттенок; в сравнении с последней слизистой оболочкой; раствором Люголя окрасившаяся в коричневый цвет.

Следовательно, результаты проведенных кольпоскопических исследований свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемого нами алгоритма на кольпоскопические изменения ШМ.

Исследование бактериоскопии позволило определить степень чистоты и уровень лейкоцитарной реакции отделяемого цервикального канала и содержимого влагалища, а также особенности влагалищного биоценоза у беременных с заболеваниями шейки матки. Изученные картины микробной флоры цервикального канала и содержимого влагалища у 42 беременных 1-й группы, у 30 – 2-й группы и у 30 – контрольной.

Исследования показали, что у  $23,3 \pm 6,4\%$  беременных контрольной группы обнаружена IV степень чистоты влагалищного содержимого, в 1-й – у  $45,2 \pm 6,9\%$  и во 2-й – у  $26,7 \pm 5,6\%$  ( $p < 0,05$ ).

При подсчете лейкоцитов в мазках из цервикального канала выделяли три уровня лейкоцитарной реакции: первый уровень – 0–10 лейкоцитов в мазке; второй уровень – 10–25 лейкоцитов в мазке; третий уровень – больше 25 лейкоцитов в мазке.

При микроскопическом исследовании мазков отделяемого цервикального канала третий уровень лейкоцитарной реакции установлен в 1-й группе у  $32,3 \pm 6,4\%$  беременных, второй уровень – у  $45,1 \pm 6,9\%$  и первый – у  $22,6 \pm 5,5\%$  пациенток. При использовании предлагаемого алгоритма соответственно – у  $33,3 \pm 5,3\%$ ,  $43,3 \pm 5,5\%$  и у  $26,7 \pm 4,8\%$ . В контрольной группе обследуемых у  $33,3 \pm 6,2\%$  беременных установлен третий уровень лейкоцитарной реакции, у  $43,3 \pm 6,4\%$  – второй и у  $23,3 \pm 5,5\%$  – первый уровень лейкоцитарной реакции.

При изучении биоценоза влагалищного содержимого обнаружено: картина, свойственная физиологии влагалищного содержимого, обнаружена у  $56,7 \pm 6,4\%$  беременных, которые не имеют заболеваний ШМ, у  $34,8 \pm 6,9\%$  пациенток 1-й группы и у  $53,3 \pm 5,6\%$  2-й группы ( $p < 0,05$ ). Встречаются и патологические виды микробной флоры: микробная флора влагалища, характерная для неспецифического кольпита, определялась у  $6,7 \pm 2,9\%$  обследованных в контрольной группе, у  $12,5 \pm 2,1\%$  – в 1-й и у  $6,7 \pm 2,5\%$  – во 2-й группах; характерная картина для мочеполювого трихомоноза соответственно – у  $3,3 \pm 0,8\%$ ,  $5,2 \pm 1,1\%$  и у  $3,3 \pm 1,2\%$  беременных; генитальный кандидоз – у  $6,7 \pm 2,5\%$ ,  $12,5 \pm 2,1\%$  и  $6,7 \pm 2,1\%$  соответственно; бактериальный вагиноз – у  $3,3 \pm 1,6\%$ ,  $5,2 \pm 1,1\%$  и  $3,3 \pm 1,8\%$ . Сочетанные картины влагалищного биоценоза диагностированы у  $23,3 \pm 5,5\%$  обследованных в контрольной группе, у  $45,8 \pm 7,5\%$  в 1-й и у  $26,7 \pm 5,0\%$  во 2-й группе.

При исследовании материала соскоба цервикального канала в 1-й группе у  $34,9\%$  беременных методом ПЦР обнаружен позитивный результат: ЦМВ и ВПГ I – у  $16,3\%$ ; у  $6,2\%$  – уреаплазма, ВПГ II и ЦМВ; у  $6,2\%$  – ВПГ I и хламидии; у  $6,2\%$  – уреаплазма

и хламидии. Во 2-й группе при исследовании соскоба позитивный результат обнаружен у  $23,3\%$ : ЦМВ и ВПГ I – у  $6,7\%$ ; у  $3,3\%$  – хламидии, уреаплазма, микоплазма, ВПГ I и II типа; у  $3,3\%$  – уреаплазма, ВПГ II и ЦМВ; у  $3,3\%$  – ВПГ I и хламидии; у  $3,3\%$  – уреаплазма и хламидии. В контрольной группе обследованных из всего соскоба, позитивный результат обнаружен у  $13,3\%$  беременных: ЦМВ и ВПГ I – у  $6,7\%$ ; у  $3,3\%$  – ВПГ I и хламидии. Во всех наблюдениях инфекция была сочетанной.

Следует отметить, что во всех наблюдаемых с оппортунистическими инфекциями клинической картины заболевания не было, в момент обследования имел место бессимптомное течение ИППП. Известно, что в 60–70% наблюдений даже первичная генитальная инфекция протекает без клинических проявлений.

Следовательно, результаты проведенного исследования свидетельствуют об отсутствии отличий лейкоцитарной реакции отделяемого цервикального канала, степень чистоты содержимого влагалища и патологических картин влагалищного биоценоза у беременных на фоне лечения патологии ШМ разными методами, но при исследовании соскоба цервикального канала методом ПЦР обнаружен высокий инфекционный индекс ИППП в виде сочетанных форм с преобладанием герпетической, цитомегаловирусной и хламидийной инфекций на фоне общепринятых лечебно-профилактических мероприятий.

При изучении данных поверхностного соскоба эпителия влагалищной части ШМ и нижней трети цервикального канала у  $60,0 \pm 3,8\%$  беременных контрольной группы клеточный состав мазков особенностей не представлял и отвечал первому типу (по классификации Папаниколау). В цитологических препаратах этой группы беременных оказывались клетки поверхностного слоя плоского эпителия полигональной формы с четкими контурами, пикнотическим ядром и розовой цитоплазмой, клетки промежуточного слоя круглой или чешуеобразной формы с крупными ядрами и светлой мелкозернистой цитоплазмой.

В  $38,3 \pm 3,8\%$  беременных 1-й группы обнаружена цитограмма воспалительного процесса, соответствующая второму типу цитограмм. Для нее характерным было наличие клеток плоского эпителия, в основном поверхностного и промежуточного слоев, большого количества нейтрофильных лейкоцитов, дегенеративных и реактивноизмененных клеток. К дегенеративным клеткам относили клетки с зернистой или замутненной в виде «гуч» цитоплазмой, размытыми границами, вакуолизацией, к реактивноизмененным – с карнопикнозом или фрагментами ядра, которое распалось, метахромазией. Увеличенное количество лейкоцитов и воспалительно-измененных клеток свидетельствовало о степени выраженности процесса. В мазках-отпечатках вместе с поверхностными и промежуточными клетками плоского эпителия, встречались кубические и бокаловидные клетки цилиндрического эпителия.

В  $3,3 \pm 0,5\%$  беременных отмечалась пролиферация цилиндрического эпителия. При этом в мазках присутствовали призматические клетки с эксцентрически или центрально расположенными ядрами с четкими контурами, с гомогенной цитоплазмой; в отдельных клетках определялись признаки пролиферации, что отвечало третьему типу цитограмм.

Получение материала биопсии проведено прицельно на основании данных расширенной кольпоскопии у  $3,3 \pm 0,5\%$  беременных для исключения онкологической патологии. При гистологическом исследовании биоптатов ШМ обнаружено сочетание ста-

ционарного эндоцервикоза с эктоцервицитом, который морфологически характеризовался богатой васкуляризацией подслизистого слоя и лейкоцитарной инфильтрацией надлежащей соединительной ткани. Обнаружено разрастание и пролиферация желез, которые совмещаются с гиперсекрецией и резким их расширением вплоть до образования кист. Децидуальная реакция носила очаговый характер (децидуальные клетки располагались вокруг сосудов и желез).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, данные кольпоскопии, бактериоскопии, цитологического и гистологического исследований свидетельствуют о высоком инфекционном индексе ИППП при использовании общепринятых лечебно-профилактических мероприятий. Применение усовершенствованного нами алгоритма позволяет улучшить функциональное состояние шейки матки у беременных женщин, что имеет большое значение в клиническом течении гестационного периода.

### Функциональный стан шийки матки після різних методів лікування на прегравідарному етапі П.М. Баскаков, Е. Ігоніна

Отримані дані кольпоскопії, бактеріоскопії, цитологічного і гістологічних досліджень свідчать про високий інфекційний індекс інфекцій, що передаються статевим шляхом при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів. Вживання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє поліпшити функціональний стан шийки матки у вагітних жінок, що має велике значення в клінічному перебігу гестаційного періоду.  
**Ключові слова:** шийка матки, різні методи лікування.

### Functional condition cervix of uterus after various methods of treatment on pregravidation stage. P.N. Baskakov, E. Igonina

The obtained data colposcopia, bacterioscopia, cytologic and histologic researches testify to a high infectious index of infections transferred sexual by at use of the standard treatment-and-prophylactic actions. Use improved us of algorithm allows to improve a functional condition of cervix of uterus at pregnant women that is of great importance in a clinical current gestational period.

**Key words:** a cervix of uterus, various methods of treatment.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Коханевич Е.В. Кольпоцервикоскопия / Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суманенко В.В. – К., 2007. – 56 с.
2. Краснополский В.И. Патология влагалища и шейки матки / Краснополский В.И., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: Медицина, 2007. – 272 с.
3. Кулаков В.И. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Кулаков В.И., Роговская С.И., Бебнева Т.Н. / Под ред. В.Н. Прилепской. – М., 2009. – С. 240–253.
4. Олина А.А. Местный иммунитет и локальная иммунотерапия эктопии шейки матки / А.А. Олина, В.М. Падруль // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – Вып. 4. – С. 71–76.

## Особливості функціонального стану плода у жінок пізнього репродуктивного віку з гіперандрогенією в анамнезі

В.І. Бойко, В.А. Кияненко

Медичний інститут Сумського державного університету  
МОНмолодьспорту України

Результати дослідження виявили важливу роль функціональних методів досліджень (ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні) в адекватній оцінці стану плода у жінок пізнього репродуктивного віку з гіперандрогенією в анамнезі. При виявленні критичних станів гемодинаміки, а також порушень кровотоку у всіх судинах системи мати–плацента–плід пролонгація вагітності недоцільна, а методом вибору є абдомінальне розродження.

**Ключові слова:** пізній репродуктивний вік, оцінка стану плода, гіперандрогенія в анамнезі.

В даний час загальновідомим є той факт, що забезпечення безпеки народження дітей для здоров'я матері і дитини завжди було головною метою акушерської науки і практики. Останнім часом Всесвітньою Організацією Охорони здоров'я розроблена «стратегія ризику», направлена на виявлення причин різних ускладнень вагітності і пологів, а також на пошук шляхів підвищення ефективності охорони материнства і дитинства.

В умовах сьогодення особливості перебігу гестаційного процесу і його результат багато в чому визначаються початковим станом материнського організму, а останнє залежить від ряду чинників, серед яких велике значення має вік. При цьому, останнім часом наголошується збільшення частоти пологів у первородящих старше 35 років, що пов'язане з успіхами лікування безпліддя і невиношування вагітності в одних або з плануванням народження дитяти на пізніший вік – в інших [1–3].

На сьогодні немає єдиної думки відносно того, чи є вік вагітних старше 35 років чинником ризику [1–3]. На думку одних авторів, не стільки вік жінки, скільки її хронічні захворювання, що збільшуються з віком, надають несприятливу дію на перебіг і результат вагітності. Проте більшість авторів розглядають пізній репродуктивний вік у поєднанні з гіперандрогенією в анамнезі як універсальний чинник ризику.

Причини великої кількості ускладнень гестаційного процесу у жінок пізнього репродуктивного віку (ПРВ) з гіперандрогенією в анамнезі на сьогоднішній день все ще вивчені недостатньо і трактуються різними дослідниками [1–3] неоднозначно, що обґрунтовує необхідність подальших робіт в даному напрямі, особливо в плані функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Метою справжнього наукового дослідження було оцінювання ролі функціональних методів дослідження плода у жінок ПРВ з гіперандрогенією в анамнезі.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до викладеної вище мети в динаміці вивчений перебіг вагітності і пологів у 100 жінок, з них 50 жінок старше 35 років з гіперандрогенією в анамнезі (основна група) і 50 жінок у віці 20–29 років (контрольна група).

Всім вагітним було проведено динамічне клініко-лабораторне і функціональне обстеження під час вагітності, при допологовій госпіталізації і під час пологів. Аналіз перебігу вагітності і пологів проводили за допомогою розробленої нами статистичної карти. Для оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу були використані ехографічні, кардіотокографічні і доплерометричні методи дослідження. Отримані дані обробляли статистично з використанням основних принципів доказової медицини.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Однією з основних систем, відповідальних за формування умов для нормально-го розвитку плода, є фетоплацентарна система (ФПС). Різні ускладнення вагітності, екстрагенітальні захворювання призводять до всіляких змін в плаценті, істотному порушенню матково-плацентарно-плодової гемодинамки, що супроводжується підтвердженням транспортної, трофічної, ендокринної і метаболічної функції плаценти, що негативно позначається на стані плода і викликає затримку його зросту і гіпоксії.

Оцінка біофізичного профілю плода (БФПП) була проведена в 34–42 тиж вагітності. Результати оцінки БФПП у обстежених вагітних основної групи склали  $8,6 \pm 0,3$  порівняно з  $7,4 \pm 0,2$  в контрольній ( $p < 0,05$ ).

Порушення стану плода виявлене в 40% в контрольній групі, тобто в 1,7 рази частіше, ніж в основній групі. Крім того, нами відзначено, що в міру наростання гіпоксії плода, маркери його гострого страждання пригнічуються в певній послідовності: в першу чергу дихальні рухи і нестресовий тест; потім рухова активність і м'язовий тонус; в останню чергу – об'єм навколоплідних вод.

Найбільш інформативним, за результатами наших досліджень, є поєднання III ступеня зрілості плаценти і маловоддя, яке за наявності затримки внутрішньоутробного розвитку II–III ступеня завжди свідчить про важкий стан плода.

Результати досліджень показали, що у всіх вагітних з нормальною оцінкою БФПП діти народилися в задовільному стані і були виписані додому на 3–5-й день. В той же час, у пацієнок контрольної групи з пониженою оцінкою БФПП відмічено погіршення перинатальних результатів. Так, при БФПП в 8–9 балів гіпотрофія плода відмічена в 4 (36,3%) новонароджених і перинатальна захворюваність – у 54,5%. При оцінці БФПП в 5–7 балів – у 5 (62,5%) із дітей народилися з ознаками гіпотрофії, а в 75% діагностовано різні захворювання. При патологічній оцінці БФПП всі діти народилися з ознаками гіпоксії, в 1 з них констатована рання неонатальна смерть на 2-у добу життя. Інші діти мали стійку патологію і були переведені у відділення патології новонароджених.

Це дозволяє вважати, що оцінка БФПП є досить інформативним методом визначення стану плода і прогнозування перинатальних результатів.

Поглибленій оцінці компенсаторних можливостей ФПК і, отже, рішенню питання про доцільність пролонгації вагітності і вибору методу розродження сприяє,

на наш погляд, комплексне вивчення гормонів фетоплацентарної системи і біофізичних нормативів плода. Спільна оцінка БФПП і гормонів ФПК дозволяє краще оцінити стан плода і його компенсаторні можливості, що значно підвищує прогностичну значущість поєднання даних методик.

На нашу думку, патологічна (4 бали і менше) оцінка стану БФПП у поєднанні із зниженням рівня гормонів ФПК є показанням для дострокового абдомінального розродження вагітних ПРВ з гіперандрогенією в анамнезі.

На думку багатьох дослідників [1–3], визначення концентрацій плацентарного лактогену (ПЛ) в сироватці крові вагітних є достовірним методом діагностики стану ФПК, оскільки характеризує гормональну функцію плаценти. Цінність визначення ПЛ пов'язана з відсутністю добових коливань, період напіврозпаду ПЛ складає 15–30 хв. Вміст естріолу в плазмі крові, що має період напіврозпаду 8 хв, є точним і адекватним показником функціонального стану ФПК. Андрогенні попередники естріолу під час вагітності відображають не лише статус плаценти, але й плода. Місцем конверсії андрогенів в естріол є синцитіотрофобласт, а гормони з плаценти поступають в кров матері, і цей процес знаходиться в прямій залежності від стану матково-плацентарного кровообігу.

Результати проведених нами досліджень свідчать, що рівень естріолу і ПЛ в контрольній групі достовірно нижчий, ніж в основній ( $p < 0,05$ ).

Допплерометричні дослідження проводилися в III триместрі вагітності в терміні гестації 30–32 і 36–40 тижнів, при цьому вивчено стан кровотоку в маткових артеріях, артерії пуповини і середній мозковій артерії плода.

Результати проведених досліджень свідчать, що індекси кровотоку в артерії пуповини в основній групі показали тенденцію до зменшення чисельних значень систоло-діастолічного відношення (СДВ); індексу резистентності (ІР) і пульсаційного індексу (ІІ) у міру її прогресу. Так, СДВ в терміні 30–32 тиж складало  $2,67 \pm 0,02$ ; ІР –  $0,59 \pm 0,01$  і ІІ –  $0,94 \pm 0,02$ . До терміну гестації 36–40 тиж СДВ складало  $2,24 \pm 0,02$ ; ІР –  $0,53 \pm 0,01$  і ІІ –  $0,72 \pm 0,01$ .

Зниження показників в III триместрі вагітності обумовлене підвищенням компонента діастолі кровотоку, що свідчить про зниження периферичного судинного опору плаценти, викликаним інтенсивним зростанням її термінального судинного русла у зв'язку з процесами розвитку і васкуляризації кінцевих ворсин.

При дослідженні кровотоку в матковій артерії, на відміну від артерії пуповини, значення СДВ, ІР і ІІ у міру прогресу вагітності не знижувалися, а зростали. Так, СДВ з  $1,84 \pm 0,02$  в 30–32 тиж підвищився до  $2,15 \pm 0,05$  в 36–40 тиж; ІР –  $0,46 \pm 0,04$  і  $0,64 \pm 0,01$ ; ІІ –  $0,73 \pm 0,01$  і  $0,79 \pm 0,03$ . Це свідчить про порушення матково-плацентарного кровотоку в цій групі.

Результати дослідження кровотоку в середній мозковій артерії плода в основній групі показали, що протягом III триместру вагітності наголошується зменшення чисельних значень індексів периферичного судинного опору (ІСО). Так, СДВ знизилася з  $4,56 \pm 0,09$  в терміні гестації 30–32 тиж до  $4,01 \pm 0,08$  при доношеній вагітності. Ці зміни відображають інтенсивне зростання судинної мережі і перерозподіл гемодинамки для кращого постачання головного мозку.

У той же час, значення індексів ІСО не знижувалися, а навпаки, підвищувалися і супроводилися появою дикротичної виїмки в спектрі кровотоку. Так, в мат-

ковій артерії значення СДВ коливалися в межах від  $1,94 \pm 0,02$  до  $2,45 \pm 0,10$ ; ІР – від  $0,49 \pm 0,01$  до  $0,63 \pm 0,1$ ; ПІ – від  $0,73 \pm 0,01$  до  $1,01 \pm 0,04$ .

Аналогічна картина виявлена і в артерії пуповини. Але, слід зазначити, що в маткових артеріях ступінь підвищення індексів СДВ і ПІ більша, ніж в артерії пуповини. Це може свідчити про те, що у первородящих ПРВ з гіперандрогенією в анамнезі в системі мати–плацента–плід більшою мірою порушується матково-плацентарна ланка.

Порушення кровотоку в середній мозковій артерії плода носить дещо інший характер. Індекси мозкового кровотоку в контрольній групі були знижені (СДВ складо  $3,24 \pm 0,15$ ; ІР –  $0,68 \pm 0,01$  і ПІ –  $1,31 \pm 0,03$ ), що відображає механізм посилення церебральної перфузії в умовах гіпоксії. Це є проявом компенсаторної реакції при централізації кровообігу, що забезпечує відносну стабільність мозкової гемодинаміки.

У двох пацієнток було виявлено відсутність кінцевого компонента діастолі кровотоку в артерії пуповини. Одна з них була розроджена абдомінальним шляхом в терміні 37–38 тиж. Дитина масою тіла 2250 г, зростом 49 см оцінена при народженні 6–7 балів за шкалою Апгар, була виписана додому в задовільному стані на 8-у добу. Ранній неонатальний період ускладнився синдромом роздратування ЦНС. У другій пацієнтки пологи були програмованими і завершилися через природні пологові шляхи в терміні гестації 38–39 тиж. Дитина масою тіла 2450 г і зростом 50 см за шкалою Апгар була оцінена 5–6 балів. Неонатальний період ускладнився гіпоксично-травматичним ушкодженням ЦНС.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, результати нашого дослідження виявили важливу роль функціональних методів досліджень (ехографічних, доплерометричних, кардіотокографічних) в адекватній оцінці стану плода у жінок пізнього репродуктивного віку з гіперандрогенією в анамнезі. При виявленні критичних станів гемодинаміки, а також порушень кровотоку у всіх судинах системи мати-плацента-плід пролонгація вагітності недоцільна, а методом вибору є абдомінальне розродження.

### Особенности функционального состояния плода у женщин позднего репродуктивного возраста с гиперандрогенией в анамнезе В.И. Бойко, В.А. Кияненко

Результаты нашего исследования выявили важную роль функциональных методов исследования (эхографические, доплерометрические, кардиотокографические) в адекватной оценке состояния плода у женщин позднего репродуктивного возраста с гиперандрогенией в анамнезе. При выявлении критических состояний гемодинамики, а также нарушений кровотока во всех сосудах системы мать–плацента–плод пролонгирование беременности нецелесообразно, а методом выбора является абдоминальное родоразрешение.

**Ключевые слова:** *поздний репродуктивный возраст, оценка состояния плода, гиперандрогения в анамнезе.*

### Features of a functional condition of a fruit at women of late reproductive age with hyperandrogenia in the anamnesis V.I. Boyko, V.A. Kijanenko

Results of our research have revealed the important role of functional methods of researches: echografical, dopplerometrical, cardiotocografical in an adequate estimation of a condition of a born at women of late reproductive age. At revealing critical conditions hemodynamice, and also infringements of a blood-groove in all vessels of system mother–placenta–fetus prolongation of pregnancy is inexpedient, and a method of a choice is abdominal delivery.

**Key words:** *late reproductive age, an estimation of a condition of a born, hyperandrogenia in the anamnesis.*

### ЛІТЕРАТУРА

1. Кузнецова С.В. Беременность и роды у перво-, повторно- и многорожавших женщин в возрасте старше 40 лет // Медицинские науки. – 2009. – № 2. – С. 7–8.
2. Омаров С-М.А. Безопасное материнство при поздней репродукции. – Махачкала. – 2009. – 213 с.
3. Халил С.И. Исходы гестации для плода у многорожавших позднего репродуктивного возраста // Южно-Российский Медицинский журнал. – 2011. – № 5–6. – С. 52–54.



## Особливості очної гемодинаміки у вагітних з міопією різного ступеня тяжкості без і на тлі прееклампсії

Л.М. Мочалова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність, ускладнена анемією або загрозою переривання, так само, як і неускладнена вагітність істотно не впливає на стан ока у жінок з міопією, в той же час таке ускладнення вагітності, як прееклампсія, може супроводжуватися появою свіжих змін на очному дні і ступені міопії. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** вагітність, міопія, очна гемодинаміка.

Міопія – одна з найбільш поширених патологій органу зору. Не дивлячись на сучасні методи профілактики і лікування в офтальмології кількість хворих міопією досить велике. На початок репродуктивного періоду життя до 30% жіночого населення України страждає короткозорістю, причому майже 20% з них мають міопію високого ступеня [1–3].

На сьогоднішній день більшість дослідників схилиються до думки, що самотійні пологи для жінок з неускладненою міопією досить безпечні [1–3], проте за наявності таких ускладнень, як центральна і периферична хоріоретинальна дистрофія або відшарування сітківки в анамнезі рішення приймається, як правило, на користь операції кесарева розтину [1–3].

Наразі під час вибору способу розродження вагітних з міопією часто віддається перевага абдомінальному розродженню. Проте часто єдиним обґрунтуванням подібної тактики є сам факт міопії, що обумовлює надмірно високу частоту кесарева розтину в даного контингенту вагітних [1–3]. При цьому відсутній повноцінний офтальмологічний контроль за даною категорією жінок і рішення про проведення кесарева розтину приймається за наявності у вагітної міопії високого ступеню, часто неускладненої.

За даними офтальмологів міопія супроводжується зміною очної гемодинаміки [1–3], а зважаючи на значне зростання навантаження на серцево-судинну систему у жінок з міопією є підстави проводити профілактику ускладнень з боку органу зору у вагітних з міопією. До теперішнього часу подібна профілактика проводилася переважно у вигляді лазерокоагуляції під час вагітності [1–3], проте ця операція не впливає на загальні гемодинамічні зміни, що виникають під час вагітності і вагітність, як правило завершується оперативним шляхом.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми міопії у вагітних, не можна вважати всі питання повністю вирішеними.

Метою наукового дослідження було вивчення особливостей очної гемодинаміки у вагітних з міопією різного ступеню тяжкості.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 50 вагітних з міопією середнього і високого ступеню, для знеболення пологів в яких використовувалося внутрішньовенне введення анальгетиків, седативних і спазмолітичних засобів. Контрольну групу склали 50 вагітних з еметропією.

Всім вагітним виконаний стандарт обстеження з врахуванням нозології. Для поглибленої оцінки характеру гестації проведені додаткові дослідження гормонів фетоплацентарного комплексу, УЗД плода з доплерометрією, біофізичний профіль плода, дослідження центральної гемодинаміки за допомогою тетраполяриної реографії.

Для вивчення органу зору проводилася офтальмоскопія з використанням лінзи Гольдмана, візометрія, біомікроскопія, тонометрія, ехоофтальмоскопія, реоофтальмографія за загальноприйнятою методикою.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найбільшу вікову групу склали вагітні у віці від 20 до 30 років – 60% в основній і 64% в контрольній групі.

Число вагітностей від 1 до 3 складало 80% в основній і 78% в контрольній групі, більше 4 вагітностей в 20% і 22% відповідно.

Дана вагітність настала на тлі екстрагенітальної патології (окрім міопії) у 38% жінок основної групи і 36% – контрольної групи.

Подальше вивчення перебігу справжньої вагітності виявило її ускладнення в 72% вагітних основної і 70% – групи контролю. Найчастіше серед ускладнень наголошується анемія – в 44% і 48%, прееклампсія – в 26% і 22%, а також загроза переривання вагітності – в 18% і 14% вагітних відповідно.

При вивченні стану органу зору у вагітних основної групи і групи порівняння міопія високого ступеню виявлена в 74% вагітних відповідно. Міопія середнього ступеню в 26% вагітних основної групи, а периферична вітріохоріоретинальна дистрофія (ПВХРД) виявлена в 14,0% вагітних цієї ж групи. Астигматизм спостерігали в 38% вагітних, а в 24% вагітних ступінь міопії перевищував 10 дптр.

Серед всіх обстежених 17,0% вагітних основної групи порівняння в анамнезі перенесли склеропластику, лазерокоагуляцію сітківки перенесли 6,0% вагітних.

Протягом декількох років до настання справжньої вагітності погіршення зору наголошувалося у 16,0% жінок основної групи, з них зір продовжував погіршуватися під час даної вагітності у 8,0% пацієнток відповідно.

Отже, можна відзначити, що патологія зору в досліджуваних групах носила виражений характер.

Нами проведено вивчення змін органу зору в динаміці в 20 вагітних з міопією, що не мають іншої екстрагенітальної патології і ускладнень вагітності, і в 30 вагітних з міопією, що мають такі ускладнення вагітності, як прееклампсія, анемія вагітних і загроза переривання вагітності також по 30 вагітних. Всі отримані дані порівнювалися з даними офтальмологічних досліджень, проведених в першому

триместрі вагітності (при первинному огляді офтальмолога). В результаті дослідження отримані наступні результати.

В результаті дослідження виявлено, що у 85,0% здорових вагітних з міопією по мірі збільшення терміну вагітності не наголошується істотних змін з боку ока, в 10% прогресує ангіопатія і в 1 вагітної, що склало 5,0% обстежених даної групи, спостерігалася поява свіжих змін на очному дні.

Найбільш виражені зміни з боку органу зору наголошувалися в групі вагітних з поєднанням преекламписії і міопії, так, прогрес ангіопатії відмічений в 63,3% вагітних, поява свіжих змін на очному дні в 16,7% вагітних, а в 6,7% вагітних спостерігалася збільшення ступеню міопії на 1–1,5 діоптрія. В 36,7% вагітних даної групи не виявлено значних змін з боку ока.

У 66,7% вагітних з поєднанням міопії і анемії за час вагітності не відмічено значних змін з боку органу зору. У 33,3% спостерігався прогрес ангіопатії і в 3,3% появу свіжих змін на очному дні.

У 80,0% жінок з міопією, вагітність яких ускладнилася загрозою переривання, не наголошується погіршення показників органу зору, що були раніше. В 20,0% вагітних спостерігався прогрес ангіопатії.

Для вивчення центральної гемодинаміки і гемодинаміки ока 60 вагітним виконано реографію і реоофтальмографію (45 вагітним основної, 15 вагітним з групи порівняння і 15 – з контрольної групи). Вагітні основної групи розподілялися на підгрупи залежно від ступеню міопії, тоді як все 15 вагітних з групи порівняння мали міопію високого ступеню.

45 вагітних основної групи були розподілені на 3 підгрупи:

1 підгрупа – вагітні з неускладненою міопією середнього або високого ступеню;

2 підгрупа – вагітні з високою ускладненою міопією;

3 підгрупа – вагітні з поєднанням міопії високого ступеню і преекламписії.

При вивченні центральної гемодинаміки до початку терапії наголошується значна зміна всіх показників центрального очного тиску в 3 підгрупі, куди входять вагітні з поєднанням міопії і преекламписії, що говорить про виражені зміни центральної гемодинаміки до кінця вагітності в даній категорії жінок. При цьому показники гемодинаміки в останніх групах знаходяться в межах нормативних значень для здорових вагітних, тобто наявність у вагітних міопії жодним чином не міняє основні показники центральної гемодинаміки.

Під час проведення реоофтальмографії рівень кровонаповнення ока – Rq здорових вагітних за даними літератури коливається 2,6 до 3,5%.

Rq в групі здорових вагітних в нашому дослідженні складає 2,7–3,1%. Rq в 1 підгрупі коливається в межах 2,0–2,3%. У вагітних 2 підгрупи з високою ускладненою міопією кровонаповнення ока значно нижче за нормальні значення, коефіцієнт Rq дорівнює 1,5–1,7%. У вагітних 3 підгрупи з поєднанням міопії і преекламписії рівень Rq наближався до такого в 1 групі і складав 2,0–2,4%, але при цьому наголошувалася нехарактерна для пацієнток 1 і 2 груп висока амплітуда коливань, а також загострення верхівки коливаний. У вагітних групи порівняння з міопією високого ступеню Rq складав 1,5–1,8%.

Нами також проведено дослідження гемодинаміки ока в 1 періоді пологів в 35

вагітних, яким планувалося оперативне розродження з використанням тривалої епідуральної анестезії. Вагітні розподілилися таким чином: 15 вагітних з міопією, 15 вагітних з поєднанням міопії і гестозу і 5 вагітних з еметропією.

При цьому можна відзначити, що під час вагітності у жінок з міопією погіршується гемодинаміка ока, а у вагітних з поєднанням міопії і преекламписії спостерігається погіршення центральної гемодинаміки.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність, ускладнена анемією або загрозою переривання, так само, як і неускладнена вагітність істотно не впливає на стан ока у жінок з міопією, в той же час таке ускладнення вагітності, як преекламписія, може супроводжуватися появою свіжих змін на очному дні і ступені міопії. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## Особенности глазной гемодинамики у беременных с миопией различной степени тяжести без и на фоне прееклампсии

*Л.Н. Мочалова*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность, осложненная анемией или угрозой прерывания, так же, как и неосложненная беременность, не оказывает существенного влияния на состояние глаза у женщин с миопией, в то же время такое осложнение беременности, как прееклампсия, может сопровождаться появлением свежих изменений на глазном дне и степени миопии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** беременность, миопия, глазная гемодинамика.

## Features of eye haemodynamics of pregnant women with myopia various severity level without and against preeclampsia

*L.N. Mochalova*

Results of the spent researches testify, that the pregnancy complicated by an anaemia or threat of interruption the same as and not complicated pregnancy, does not render essential influence on a condition of an eye at women with myopia, at the same time such complication of pregnancy as preeclampsia, can be accompanied occurrence of fresh changes on an eye bottom and degree myopia. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** pregnancy, myopia, eye haemodynamics.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Алигаджиева Л.Г. Некоторые аспекты родоразрешения беременных женщин с миопией средней и высокой степени // Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщин. – Сб. научно-практ. Материалов I съезда ак.-гин. ЮФО. – Ростов-на-Дону. – 2005. – С. 88–89.
2. Гафурова Л.Г. Родоразрешение беременных женщин с миопией // Медицина. Наука и практика. – Махачкала. – 2006. – № 1. – С. 34–37.
3. Омаров С.-М. Некоторые аспекты родоразрешения беременных женщин с миопией // Медицина. Наука и практика. – Махачкала. – 2005. – № 1. – С. 41–44.

## Плацентарна дисфункція – як показання до операції кесарева розтину у жінок з безпліддям в пізньому репродуктивному віці

**В.І. Бойко, Б.Г. Салдадзе**

Медичний інститут Сумського державного університету  
МОНмолодьспорту України

Як показали результати нашого дослідження виявили значне підвищення індексів периферичного судинного опору в матковій артерії вагітних основної групи, що свідчить про порушення кровообігу в матково-плацентарній системі мати–плацента–плід. У вагітних контрольної групи ці зміни посилюються і виявляються вже у всіх ланках системи мати-плацента-плід. Ультразвукова доплерометрія є цінним методом оцінки стану плода і дозволяє уточнити терміни і методи розродження. При виявленні критичних станів гемодинаміки, а також порушень кровотоку у всіх судинах системи мати-плацента-плід пролонгація вагітності недоцільна, а методом вибору є абдомінальне розродження.

**Ключові слова:** пізній репродуктивний вік, фетоплацентарний комплекс, кесарів розтин.

Забезпечення безпеки дітородіння для здоров'я матері та дитини завжди було головною метою акушерської науки і практики. Останніми роками Всесвітньою Організацією Охорони здоров'я розроблена «стратегія ризику», направлена на виявлення причин різних ускладнень вагітності і пологів, а також на пошук шляхів підвищення ефективності охорони материнства і дитинства.

Особливості перебігу гестаційного процесу та його результат багато в чому визначаються початковим станом материнського організму, а останнє залежить від ряду чинників, серед яких велике значення має вік. При цьому, останнім часом наголошується збільшення частоти пологів у первородящих віком понад 35 років, що пов'язане з успіхами лікування безпліддя і невиношування вагітності в одних або з плануванням народження дитини на пізніший вік – в інших [1–3].

У даний час немає єдиної думки відносно того, чи є вік вагітних старше 35 років чинником ризику [1–3]. На думку одних авторів, не стільки вік жінки, скільки її хронічні захворювання, що збільшуються з віком, надають несприятливу дію на перебіг і результат вагітності. Проте більшість авторів розглядають пізній репродуктивний вік як універсальний чинник ризику.

Причини великої кількості ускладнень гестаційного процесу у жінок пізнього репродуктивного віку (ПРВ) на сьогоднішній день все ще вивчені недостатньо і трактуються різними дослідниками [1–3] неоднозначно, що обґрунтовує необхідність подальших робіт в даному напрямі, особливо в плані функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Метою справжнього наукового дослідження було вивчення плацентарної дисфункції – як показання до операції кесарева розтину у жінок з безпліддям в пізньому репродуктивному віці.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до вищевикладеної мети в динаміці вивчений перебіг вагітності і пологів у 100 жінок, з них 50 жінок старше 35 років (основна група) і 50 жінок у віці 20–29 років (контрольна група).

Усім вагітним було проведено динамічне клініко-лабораторне і функціональне обстеження під час вагітності, при допологовій госпіталізації і в пологах. Аналіз перебігу вагітності і пологів проводили за допомогою розробленої нами статистичної карти. Для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу були використані ехографічні, кардіотокографічні і доплерометричні методи дослідження. Отримані дані оброблялися статистично з використанням основних принципів доказової медицини.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Однією з основних систем, відповідальних за формування умов для нормально-го розвитку плода, є фетоплацентарна система (ФПС). Різні ускладнення вагітності, екстрагенітальні захворювання призводять до всіляких змін в плаценті, істотному порушенню матково-плацентарно-плодової гемодинаміки, що супроводжується підтвердженням транспортної, трофічної, ендокринної і метаболічної функції плаценти, що негативно позначається на стані плода і викликає затримку його зростання і гіпоксію.

На думку багатьох дослідників [1–3], визначення концентрацій плацентарного лактогену (ПЛ) в сироватці крові вагітних є достовірним методом діагностики стану ФПК, оскільки характеризує гормональну функцію плаценти. Цінність визначення ПЛ пов'язана з відсутністю добових коливань, період напіврозпаду ПЛ складає 15–30 хв. Вміст естріолу в плазмі крові, що має період напіврозпаду 8 хв, є точним і адекватним показником функціонального стану ФПК. Андрогенні попередники естріолу під час вагітності відображають не лише статус плаценти, але і плода. Місцем конверсії андрогенів в естріол є синцитіотрофобласт, а гормони з плаценти поступають в кров матері, і цей процес знаходиться в прямій залежності від стану матково-плацентарного кровообігу.

Результати проведених нами досліджень свідчать, що рівень естріолу і ПЛ в контрольній групі достовірно нижче, ніж в основній ( $p < 0,05$ ).

Оцінка біофізичного профілю плода (БФПП) була проведена в 34–42 тиж вагітності. Результати оцінки БФПП у обстежених вагітних основної групи склали  $8,6 \pm 0,3$  порівняно з  $7,4 \pm 0,2$  у контрольній ( $p < 0,05$ ).

Порушення стану плода виявлене в 40% в контрольній групі, тобто в 1,7 разу частіше, ніж в основній групі. Крім того, нами відмічено, що по мірі наростання гіпоксії плода, маркери його гострого страждання пригнічуються в певній послідовності: в першу чергу дихальні рухи і нестресовий тест; потім рухова активність і м'язовий тону; в останню чергу – об'єм навколоплідних вод.

Найбільш інформативним, за результатами наших досліджень, є поєднання III ступеню зрілості плаценти і маловоддя, яке за наявності затримки внутрішньоут-

робного розвитку II–III ступеня завжди свідчило про важкий стан плода і істотно впливає на результат.

Результати досліджень показали, що у всіх вагітних з нормальною оцінкою БФПП народилися новонароджені в задовільному стані і були виписані додому на 3–5-й день. В той же час, у пацієнток контрольної групи з пониженою оцінкою БФПП відмічено погіршення перинатальних результатів. Так, при БФПП в 8–9 балів гіпотрофія плода відмічена в 4 новонароджених (36,3%) і перинатальна захворюваність – 54,5%. При оцінці БФПП в 5–7 балів – 5 (62,5%) із спостережуваних новонароджених народилися з ознаками гіпотрофії, а в 75% дітей діагностовані різні захворювання. При патологічній оцінці БФПП всі діти народилися з ознаками гіпоксії, а в одного з них констатована рання неонатальна смерть на 2-у добу життя. Останні діти мали стійку патологію і зажадали перекладу у відділення патології новонароджених.

Це дозволяє вважати, що оцінка БФПП є досить інформативним методом визначення стану плода і прогнозування перинатальних результатів.

Поглибленій оцінці компенсаторних можливостей ФПК і, отже, рішенню питання про доцільність пролонгації вагітності і вибору методу розродження сприяє, на наш погляд, комплексне вивчення гормонів фетоплацентарної системи і біофізичних нормативів плода. Спільна оцінка БФПП і гормонів ФПК дозволяє краще оцінити стан плода і його компенсаторні можливості, що значно підвищує прогностичну значущість поєднання даних методик.

На нашу думку, патологічна (4 бали і менш) оцінка стану БФПП у поєднанні із зниженням рівня гормонів ФПК є свідченням для дострокового абдомінального розродження вагітних пізнього репродуктивного віку.

Допплерометричні дослідження проводилися в III триместрі вагітності в терміні гестації 30–32 і 36–40 тиж, при цьому вивчено стан кровотоку в маткових артеріях, артерії пуповини і середньої мозкової артерії плода.

Результати проведених досліджень свідчать, що індекси кровотоку в артерії пуповини в основній групі показали тенденцію до зменшення чисельних значень систоло-діастолічного відношення (СДВ); індексу резистентності (ІР) і пульсаційного індексу (ПІ) у міру її прогресу. Так, СДВ в терміні 30–32 тиж склало  $2,67 \pm 0,02$ ; ІР –  $0,59 \pm 0,01$  і ПІ –  $0,94 \pm 0,02$ . До терміну гестації 36–40 тиж СДВ склало  $2,24 \pm 0,02$ ; ІР –  $0,53 \pm 0,01$  і ПІ –  $0,72 \pm 0,01$ .

Зниження показників в III триместрі вагітності обумовлене підвищенням компонента діастолі кровотоку, що свідчить про зниження периферичного судинного опору плаценти, викликаним інтенсивним зростанням її термінального судинного русла у зв'язку з процесами розвитку і васкуляризації кінцевих ворсин.

При дослідженні кровотоку в матковій артерії, на відміну від артерії пуповини, значення СДВ, ІР і ПІ у міру прогресу вагітності не знижувалися, а зростали. Так, СДВ з  $1,84 \pm 0,02$  в 30–32 тиж зріс до  $2,15 \pm 0,05$  в 36–40 тиж; ІР –  $0,46 \pm 0,04$  і  $0,64 \pm 0,01$ ; ПІ –  $0,73 \pm 0,01$  і  $0,79 \pm 0,03$ . Це свідчить про порушення матково-плацентарного кровотоку в цій групі.

Результати дослідження кровотоку в середній мозковій артерії плода в основній групі показали, що протягом III триместра вагітності наголошується зменшення чисельних значень індексів периферичного судинного опору (ПСО). Так,

СДВ знизилася з  $4,56 \pm 0,09$  в терміні гестації 30–32 тиж до  $4,01 \pm 0,08$  при доношеній вагітності. Ці зміни відображають інтенсивне зростання судинної мережі і перерозподіл гемодинаміки для кращого постачання головного мозку.

У той же час, значення індексів ПСО не знижувалися, а навпаки, підвищувалися і супроводжувалися появою дикротичної виїмки в спектрі кровотоку. Так, в матковій артерії значення СДВ коливалися в межах від  $1,94 \pm 0,02$  до  $2,45 \pm 0,10$ ; ІР – від  $0,49 \pm 0,01$  до  $0,63 \pm 0,1$ ; ПІ – від  $0,73 \pm 0,01$  до  $1,01 \pm 0,04$ .

Аналогічна картина виявлена і в артерії пуповини. Але, слід зазначити, що в маткових артеріях ступінь підвищення індексів СДВ і ПІ більша, ніж в артерії пуповини. Це може свідчити про те, що у первородящих пізнього репродуктивного віку в системі мати–плацента–плід в більшому ступеню порушується матково-плацентарна ланка.

Порушення кровотоку в середній мозковій артерії плода носять дещо інший характер. Індекси мозкового кровотоку в контрольній групі були знижені (СДВ склало  $3,24 \pm 0,15$ ; ІР –  $0,68 \pm 0,01$  і ПІ –  $1,31 \pm 0,03$ ), що відображає механізм посилення церебральної перфузії в умовах гіпоксії. Це є проявом компенсаторної реакції при централізації кровообігу, що забезпечує відносну стабільність мозкової гемодинаміки.

У двох пацієнток було виявлено відсутність кінцевого компонента діастолі кровотоку в артерії пуповини. Одна з них, була розроджена абдомінальним шляхом в терміні 37–38 тиж. Дитина масою тіла 2250 г, зростом 49 см оцінена при народженні 6–7 балів за шкалою Апгар, була виписаний додому в задовільному стані на 8-у добу. Ранній неонатальний період ускладнився синдромом роздратування ЦНС. У другій пацієнтки пологи були програмованими і завершилися через природні пологові шляхи в терміні гестації 38–39 тиж. Дитина масою тіла 2450 г і зростом 50 см, за шкалою Апгар була оцінена 5–6 балів. Неонатальний період ускладнився гіпоксично-травматичним ушкодженням ЦНС.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати нашого дослідження виявили значне підвищення індексів периферичного судинного опору в матковій артерії вагітних основної групи, що свідчить про порушення кровообігу в матково-плацентарній системі мати-плацента-плода. У вагітних контрольної групи ці зміни посилюються і виявляються вже у всіх ланках системи мати–плацента–плід. Ультразвукова доплерометрія є цінним методом оцінки стану плода і дозволяє уточнити терміни і методи розродження. При виявленні критичних станів гемодинаміки, а також порушень кровотоку у всіх судинах системи мати-плацента-плід пролонгація вагітності недоцільна, а методом вибору є абдомінальне розродження.

### **Плацентарная дисфункция – как показание к операции кесарева сечения у женщин с бесплодием в позднем репродуктивном возрасте**

**В.И. Бойко, Б.Г. Салдадзе**

Как показали результаты нашего исследования выявили значительное повышение индексов периферического сосудистого сопротивления в маточной артерии беременных

основной группы, что свидетельствует о нарушении кровообращения в маточно-плацентарной системе мать–плацента–плода. У беременных контрольной группы эти изменения усиливаются и выявляются уже во всех звеньях системы мать–плацента–плод. Ультразвуковая доплерометрия является ценным методом оценки состояния плода и позволяет уточнить сроки и методы родоразрешения. При выявлении критических состояний гемодинамики, а также нарушений кровотока во всех сосудах системы мать–плацента–плод пролонгирование беременности нецелесообразно, а методом выбора является абдоминальное родоразрешение.

**Ключевые слова:** *поздний репродуктивный возраст, фетоплацентарный комплекс, кесарево сечение.*

**The placentary dysfunction – as the indication to operation cesarean sections at women with barreness of late reproductive age**  
**V.I. Boyko, B.G. Saldadze**

As have shown results of our research have revealed substantial increase of indexes of peripheral vascular resistance in uterine arteries of pregnant women of the basic group that mother–placenta–fetus testifies to infringement of blood circulation in uterine-placental system. At pregnant women of control group these changes amplify and come to light already in all parts of system mother – placenta-fetus. Ultrasonic dopplerometry is a valuable method of an estimation of a condition of a fetus and allows to specify terms and methods delivery. At revealing critical conditions hemodynamic, and also infringements of a blood-groove in all vessels of system mother – placenta-fetus prolongation of pregnancy is inexpedient, and a method of a choice is abdominal delivery.

**Key words:** *late reproductive age, fetoplacental complex, cesarean sections.*

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Кузнецова С.В. Беременность и роды у перво-, повторно- и многорожавших женщин в возрасте старше 40 лет // Медицинские науки. – 2010. – № 2. – С. 7–8.
2. Омаров С.-М.А. Безопасное материнство при поздней репродукции. – Махачкала, 2009. – 213 с.
3. Халил С.И. Исходы гестации для плода у многорожавших позднего репродуктивного возраста // Южно-Российский Медицинский журнал. – 2011. – № 5–6. – С. 52–54.

## Беременность и роды у женщин с гипоталамическим синдромом

**И.О. Фортуна, Л.В. Мних**

Одесский национальный медицинский университет

При анализе течения беременности и родов у женщин с гипоталамическим синдромом установлена значительная частота акушерских осложнений. Наиболее частыми формами патологии беременности являются преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность, а в родах – аномалии родовой деятельности, что приводит к высокому уровню неблагоприятных исходов у новорожденных. Основной патологией раннего неонатального периода являются поражения центральной нервной системы как гипоксического, так и смешанного генеза. Отмечается высокий процент макросомий у новорожденных с низкой массой тела. Профилактика акушерских и перинатальных осложнений, которые проводились по общепринятым схемам, являются малоэффективными, что диктует необходимость разработки нового лечебно-профилактического и реабилитационного комплекса для женщин с гипоталамическим синдромом.

**Ключевые слова:** *гипоталамический синдром, осложнения, беременность, роды.*

В последние годы отмечается неуклонный рост нейроэндокринной патологии среди женщин репродуктивного возраста, в том числе и гипоталамического синдрома (ГС) – симптомокомплекса, обусловленного первичным поражением гипоталамуса, проявляющегося эндокринно-обменными, психоэмоциональными и вегетативными нарушениями [1–3]. Эта патология встречается у 17–45% женщин репродуктивного возраста и сопровождается бесплодием в 60–75% случаев [3].

При гипоталамическом синдроме имеющиеся в организме глубокие эндокринные нарушения ведут к сложным метаболическим нарушениям, которые могут повлиять на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного, а в последующем и детей раннего возраста у таких женщин. В свою очередь, беременность и роды ведут к максимальной мобилизации симпатно-адреналовой системы, предъявляя повышенные требования к конституционно неполноценным системам адаптации, тем самым, приводя к увеличению имеющихся нарушений и обременяет гипоталамический синдром.

Единичные данные отечественной и зарубежной литературы [1–5] отображают лишь отдельные фрагменты этой проблемы. Они не позволяют прогнозировать и проводить профилактику неблагоприятных исходов беременности и последующего течения гипоталамического синдрома после ее решения. Практически неизученными остаются вопросы, посвященные состоянию новорожденных и детей первого года жизни, не исследуется также состояние фетоплацентарного комплекса у женщин этой группы.

Все изложенное появилось для нас основанием к изучению этого научного вопроса для изучения результатов родоразрешения женщин с высоким акушерским и перинатальным риском.

**Целью** исследования было изучение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с гипоталамическим синдромом на основании оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса и основных изменений гомеостаза.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач мы изучили особенности преморбидного фона, течение беременности, родов, состояние новорожденных, отдаленный период после родов у матери и плода (до 1 года) у 50 женщин с ГС – 1 группа. Для сравнения мы использовали аналогичные данные у 50 акушерски и соматически здоровых новорожденных, родоразрешенных через естественные родовые пути – контрольная группа.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, биохимические и статистические методы исследований.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин 1 группы составил  $31,4 \pm 2,7$  года, что достоверно выше, чем в контрольной –  $23,4 \pm 2,1$  года ( $p < 0,05$ ).

При оценке клинического течения беременности изучали случаи доношивания минимум до 28 нед беременности, потому более раннее прерывание беременности нами не описано. Самыми частыми осложнениями 1 половины беременности были угроза прерывания (28% против 6%) и ранний гестоз (22% в сравнении с 8%). Кроме того, в 1 группе чаще встречалась вирусная инфекция (12% против 4%). Очень немаловажным моментом является утяжеление ГС у 8% женщин 1 группы, а также обострение экстрагенитальной патологии у женщин этой же группы (10%), в основном, за счет пиелонефрита и хронического холецистопанкреатита (6% и 4% соответственно).

После 20 нед беременности самыми частыми осложнениями у женщин с ГС представлялись разные формы преэклампсии (96% в сравнении с 4%) и фетоплацентарная недостаточность (82% против 6%). Кроме того, у беременных 1 группы достоверно чаще имели место угроза прерывания (32% в сравнении с 6%); анемия беременных (56% против 18%) и вирусная инфекция (14% в сравнении с 4%). Также, только в этой же группе мы отмечали у женщин утяжеление ГС (10%), обострение или утяжеление экстрагенитальной патологии (пиелонефрит и холецистопанкреатит) – 12% и что очень важно – появление гестационного сахарного диабета в 12% наблюдений.

При оценивании степени тяжести преэклампсии необходимо отметить преобладание средней степени тяжести (40%), а также достаточно таки существенный уровень тяжелых форм (24%). Анализируя сроки развития данного осложнения можно выделить срок 21–25 нед, при котором эта патология встречалась практически в каждом втором случае (52%). По сравнению с этим после 30 нед беременности преэклампсия у женщин с ГС развиваются только в 6% наблюдений. Среди основных симптомов данного осложнения чаще всего встречалась артериальная гипертензия (96%), а протеинурия имела место менее чем в половине случаев (48%).

Учитывая достаточно высокий уровень фетоплацентарной недостаточности у женщин с ГС (82%) мы считали целесообразным более содержательно рассмотреть ее структуру. В первую очередь обращает на себя внимание очень высокий процент различных сочетанных форм (68%), который указывает на выраженность этой патологии. Среди основных проявлений фетоплацентарной недостаточности у женщин с ГС чаще всего наблюдались задержка внутриутробного развития плода по асимметричному варианту (64%) и маловодие (36%).

Рассматривая степень тяжести анемии беременных у женщин с ГС следует заметить незначительное преобладание II ст. – 20% при достаточно высоком уровне тяжелых форм (Hb менее 80 г/л) – 10%. По сравнению с этим, у женщин контрольной группы чаще наблюдалась легкая степень анемии – 14%. Клинические симптомы угрозы прерывания беременности (гипертонус матки, мажущиеся выделения из половых путей) представлялись, в основном, при сроке 20–28 нед – 26%, а после 28 нед – только в 6% наблюдений.

Клиническое течение беременности у женщин с ГС имеет свои специфические особенности, которые заключаются в высоком уровне развития преэклампсии и фетоплацентарной недостаточности, причем непосредственно после формирования фетоплацентарного комплекса – 20–28 нед беременности. Безусловно, это диктует необходимость более тщательного изучения особенностей обменных процессов и функционального состояния комплекса мать–плацента–плод.

Проведенные динамические исследования основных показателей липидного обмена свидетельствуют о том, что при сроке 20–22 недель наблюдалось достоверное увеличение содержания холестерина (ХС) (до  $6,42 \pm 0,21$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) при одновременном повышении коэффициента атерогенности (Ка) (до  $5,11 \pm 0,32$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ). В 28–32 нед кроме достоверно высокого уровня ХС (до  $6,33 \pm 0,22$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) констатировали снижение содержания липопротеидов высокой плотности (ХС-ПЛВП) (до  $1,31 \pm 0,12$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) на фоне повышения липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) (до  $3,21 \pm 0,27$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ). Содержание триглицеридов (ТГ) при этом достоверно не изменялось ( $p > 0,05$ ), также как и значение Ка ( $p > 0,05$ ). Наиболее выраженные нарушения липидного обмена возникали у беременных с ГС накануне родоразрешения – в 36–37 нед. Так, к этому сроку имело место достоверное увеличение содержания ХС (до  $6,41 \pm 0,24$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ), ТГ (до  $4,11 \pm 0,33$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) и ХС-ЛПНП (до  $3,32 \pm 0,31$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) на фоне одновременного уменьшения уровня ХС-ЛПВП (до  $1,28 \pm 0,11$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) и неизменным Ка ( $p > 0,05$ ).

Состояние углеводного обмена изучалось нами путем определения уровня гликемии натощак в различные сроки беременности. При этом, до 20 нед беременности не установлены достоверные отличия со стороны показателя, который изучается ( $p > 0,05$ ). В сравнении с этим, после формирования фетоплацентарного комплекса уровень гликемии натощак был достоверно выше как в 20–22 нед (до  $4,88 \pm 0,31$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ), так и накануне родоразрешения (до  $4,92 \pm 0,33$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ).

Следовательно, развитие основных акушерских и перинатальных осложнений у беременных с ГС состоялось на фоне декомпенсированных изменений липидного и углеводного обмена.

При оценивании основных эхографических особенностей плаценты у беременных с ГС существенных отличий до 28 нед не наблюдалось. Среди всего комплекса эхографических данных в 28–29 нед у женщин с ГС можно выделить такие, как гиперэхогенные включения в структуре плаценты (16,0% в сравнении с 4,0%) и варикозное расширение сосудов плаценты (до 10,0%). В отличие от этого, в 32–33 нед уровень патологических изменений в плаценте был на порядок выше. Так, частота гиперэхогенных включений в структуре плаценты составляла 46,0%, а контрастирование базальной пластины и варикозное расширение сосудов плаценты – по 20,0%. Также, можно отметить и существенный уровень гипотрофии плаценты (до 14,0%). Наиболее выраженные эхографические изменения плаценты имели место накануне родоразрешения. Как и в предыдущие сроки здесь преобладали гиперэхогенные включения в плаценте (до 58,0%) и контрастирование базальной пластины (до 32,0%).

Изученные фетометрические данные полностью взаимосвязаны с описанными выше изменениям в плаценте. До 37–38 нед беременности не установлены существенные отличия со стороны всех размеров головки плода. Накануне родоразрешения мы отмечаем достоверное снижение лобово-затылочного размера (до  $105,2 \pm 1,5$  мм;  $p < 0,05$ ), периметра (до  $268,4 \pm 2,2$  мм;  $p < 0,05$ ) и площади головки (до  $5873,5 \pm 38,7$  мм<sup>2</sup>;  $p < 0,05$ ). При изучении размеров живота и грудной клетки уже у 32–33 нед наблюдалось достоверное уменьшение диаметра живота (до  $85,2 \pm 1,3$  мм;  $p < 0,05$ ). В 37–38 нед кроме этого показателя, также достоверно были снижены поперечный размер грудной клетки (до  $90,9 \pm 1,2$  мм;  $p < 0,05$ ); передне-задний (до  $87,2 \pm 1,3$  мм;  $p < 0,05$ ) и ее срединный размеры (до  $88,2 \pm 1,5$  мм;  $p < 0,05$ ). В 32–33 нед была достоверно снижена длина бедренной кости (до  $60,2 \pm 1,1$  мм;  $p < 0,05$ ), а накануне родоразрешения дополнительно к этому величина плечевой кости (до  $63,1 \pm 1,1$  мм;  $p < 0,05$ ); локтевой и лучевой кости (до  $61,1 \pm 1,3$  мм;  $p < 0,05$ ), а также большой и малой кости голени (до  $61,1 \pm 1,2$  мм;  $p < 0,05$ ).

Полученные данные подтверждают преобладание асимметричного варианта задержки внутриутробного развития плода, начиная с 32–33 нед беременности, которая прогрессирует к родоразрешению.

Рассматривая суммарные показатели биофизического профиля плода (БФП) можно отметить преобладание в контрольной группе показателей «10–12 б» (64%) и «8–9 б» (36%). В отличие от этого, у беременных с ГС чаще всего встречалось значение «6–7 б» (46%), а в 8% случаев и «менее 5 б», что прогностически является неблагоприятным признаком.

Полученные данные указывают на нарушение эндокринной функции фетоплацентарного комплекса у женщин с ГС, уже начиная с 27–28 нед, что проявлялось достоверным снижением содержания эстриола (до  $23,21 \pm 2,01$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). В 32–33 нед, дополнительно к этому состоялось и достоверное уменьшение уровня эстрадиола (до  $62,14 \pm 2,09$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), а накануне родоразрешения – прогестерона (до  $512,73 \pm 12,84$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) и пролактина (до  $4472,48 \pm 402,14$  мМО/л;  $p < 0,05$ ).

Как свидетельствуют полученные показатели в 32–33 нед у женщин с ГС наблюдается достоверное снижение содержания хорионического гонадотропина (до  $242,71 \pm 20,83$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) и АКТГ (до  $37,21 \pm 2,01$  нг/мл;  $p < 0,05$ ) на фоне одно-

временного повышения кортизола (до  $1124,24 \pm 31,75$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). В 37–38 нед дополнительно к этому можно отметить и достоверное уменьшение уровня плацентарного лактогена (до  $209,73 \pm 21,81$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). Касаясь достоверных изменений гормонов щитовидной железы необходимо отметить их менее выраженный характер. Так, в 32–33 нед имело место только достоверное повышение тиреотропного гормона (до  $5,21 \pm 0,48$  нг/мл;  $p < 0,05$ ), а накануне родоразрешения – снижение содержания трийодтиронина (до  $1,73 \pm 0,16$  нг/дл;  $p < 0,05$ ) и тироксина (до  $10,21 \pm 1,03$  нг/дл;  $p < 0,05$ ).

Резюмируя данные исследования можно отметить раннее развитие фетоплацентарной недостаточности у беременных с ГС, что, безусловно, необходимо учитывать при ведении таких женщин на этапах женской консультации и акушерского стационара. Это наглядно подтверждает высокую частоту клинических осложнений и их прямую взаимосвязь.

Безусловно, описанные выше отличия в клиническом течении беременности, состоянии обменных процессов и фетоплацентарного комплекса повлияли и на частоту основных осложнений в родах. Уровень преждевременных родов составлял 10% в 1 группе, а в контрольной группе – отсутствовал. Самыми частыми осложнениями в родах у женщин с ГС были преждевременный разрыв плодовых оболочек (40% по сравнению с 6%); травмы мягких тканей родовых путей (28% по сравнению 14%); аномалии родовой деятельности (22% по сравнению с 4%) и гипотонические кровотечения (18% по сравнению 4%). Эти отличия сказались и на частоте кесарева сечения, которая составляла в 1 группе 42% по сравнению с 4% в контрольной группе. В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению у женщин с ГС преобладали аномалии родовой деятельности (16% по сравнению 2%); внутриутробная гипоксия плода, что не поддается медикаментозной коррекции (14% по сравнению с 2%) и тяжелые формы преэклампсии (12%).

Анализируя перинатальные последствия родоразрешения можно отметить, что в контрольной группе преобладала оценка по шкале Апгар «6–7 б» (24%) и «8–10 б» (72%). По сравнению с этим, в 1 группе наблюдался относительно высокий уровень тяжелых состояний новорожденного – «менее 3 б» и «4–5 б» (по 16%). Кроме того, в этой же группе часто встречаются дети с массой тела до 3000 г (22%) и более 4000 г (34%). Все это в совокупности повлияло и на частоту ранней неонатальной заболеваемости. В ее структуре преобладают постгипоксическая энцефалопатия (62%), желтуха различного генеза (22%) и транзиторная гипогликемия (20%). Кроме этого, в 10% наблюдений отмечали геморрагический синдром и гнойно-воспалительные заболевания. Перинатальные потери у женщин с ГС составляли 40% (2 случая) – дистресс-синдром на фоне недоношенной беременности и тяжелая диабетическая фетопатия на фоне декомпенсации фетоплацентарной недостаточности.

При оценке послеродового периода у женщин с ГС можно выделить относительно высокий уровень пуэрперальной инфекции (16%), утяжеление ГС (12%) и обострение экстрагенитальной патологии (8%).

Полученные результаты позволяют ставить вопрос о необходимости повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий у женщин с ГС, направленных на снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений.

Состояние здоровья детей до 1 года оценивалось с учетом таких показателей: физическое и нервно-психическое развитие, степень резистентности к простудным заболеваниям, наличие или отсутствие длительно протекающих заболеваний или врожденных пороков развития, функциональное состояние основных органов и систем.

При рождении нормальная масса тела была у 44% детей от матерей с ГС. Через 6 мес этот показатель снизился до 36%, а через 1 год – до 32%. Относительное количество детей с дефицитом массы тела лишь незначительно снизилось на протяжении первого года – с 22% до 18%, а с лишней массой тела – достоверно повысилась (с 34% до 50%). Среднее значение массы тела детей в 6 мес составляло  $7,21 \pm 0,91$  кг при росте  $65,34 \pm 4,13$  см.

Время появления статических функций мало отличалось от среднестатистических показателей. Так, дети начинали сидеть в  $5,94 \pm 0,89$  мес, стоять – в  $8,24 \pm 0,92$  мес, ходить – в  $11,47 \pm 0,97$  мес. Время прерывания первого зуба составляло  $6,78 \pm 0,73$  мес. Средний возраст детей, в котором появились первые слова и фразовый язык не отличался от общепринятых данных. Психическое развитие детей отвечало календарному возрасту.

В структуре заболеваемости преобладали болезни, патогенетически связанные с периодом беременности, а также с течением периода новорожденного (гипоксия, асфиксия), с явлениями перинатальной энцефалопатии и гипертензионно-гидроцефальным синдромом. Подтверждением этому является высокая частота (62%) различной патологии ЦНС у обследованных детей. Позже в структуре заболеваемости стали преобладать разные вирусные инфекции (72%), а также нарушения обменных процессов в виде экссудативного диатеза (40%) и дисбактериоза кишечника (36%). Кроме того, в 28% наблюдений у детей первого года наблюдалась анемия.

У больных детей от матерей с ГС отмечалось дисгармоничное развитие, а также высокий уровень заболеваний, в большинстве случаев связанных с перенесенными акушерскими и перинатальными осложнениями.

При оценивании клинического течения ГС на протяжении 1 года после разрешения обращает на себя внимание высокий удельный вес ухудшения течения ГС (62%). Клинически это проявлялось прогрессирующим ожирением, углублением вегето-сосудистой дистонии и ростом уровня артериальной гипертензии.

Лактация была нормализована только в 22%. Первичная гиповолемия имела место в 44% случаев и вторичная – в 34%. Длительность лактации составляла 4,4 (0,3 мес).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, при анализе течения беременности и родов у женщин с ГС установлена значительная частота акушерских осложнений. Самыми частыми формами патологии беременности является преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность, а в родах – аномалии родовой деятельности. Значительный уровень неблагоприятных последствий обнаружен также и у новорожденных. Подавляющей патологией раннего неонатального периода является поражение ЦНС как гипоксического, так и смешанного генеза. Отмечается высокий процент макросомий новорожденных с низкой массой тела. У большинства женщин в периоде после ро-

дов течение ГС ухудшается, в основном за счет утяжеления артериальной гипертензии и прогрессирующего ожирения. Обращает на себя внимание разнонаправленность изменений симптомов ГС. Профилактика акушерских и перинатальных осложнений, которые проводились за общепринятыми принципами, является малоэффективной, что диктует необходимость разработки нового лечебно-профилактического и реабилитационного комплекса для женщин из ГС.

## Вагітність і пологи у жінок з гіпоталамічним синдромом

*І.О. Фортунна, Л.В. Мних*

Під час аналізу перебігу вагітності та пологів у жінок із гіпоталамічним синдромом встановлена значна частота акушерських ускладнень. Найчастішими формами патології вагітності є преєклампсія та фетоплацентарна недостатність, а в пологах – аномалії пологової діяльності. Значний рівень несприятливих наслідків виявлений також і у новонароджених. Переважною патологією раннього неонатального періоду є ураження центральної нервової системи як гіпоксичного, так і змішаного генезу. Відзначається високий відсоток макросомій новонароджених з малою масою тіла. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень, які проводились за загальноприйнятими принципами, є малоефективною, що диктує необхідність розробки нового лікувально-профілактичного та реабілітаційного комплексу для жінок з гіпоталамічним синдромом.

**Ключові слова:** гіпоталамічний синдром, ускладнення, вагітність, пологи.

## Pregnancy and childbirth at women with hypothalamic syndrome

*I.O. Fortuna, L.V. Mnih*

At the analysis of current of pregnancy and sorts at women with hypothalamic syndrome significant frequency obstetrical complications is established. The most often forms of pathology of pregnancy are preeclampsia and fetoplacental insufficiency, and in sorts – anomalies of patrimonial activity that results in a high level of failures at newborns. The basic pathology early neonatal period are defeats of the central nervous system as hypoxic, and mixed genesis. The high percent macrosomies at newborns with low weight of a body is marked. Preventive maintenance obstetrical and perinatal complications which were carried out under the standard circuits, are ineffective, that dictates necessity of development of a new treatment-and-prophylactic and rehabilitation complex for women with hypothalamic syndrome.

**Key words:** hypothalamic syndrome, complications, pregnancy, delivery.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Кіяшко Г.П. Вагітність та пологи у жінок з ендокринною неплідністю // Буковинський медичний вісник. – 2010. – № 1. – С. 232–239.
2. Марфіна Я.А. Корекція фетоплацентарної недостатності у жінок з гіпоталамічним синдромом // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 84–86.
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 424 с.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – СПб., 2007. – 480 с.
5. Хейфец С.Н., Игитова М.Б. Перинатальная патология у потомства женщин, лечившихся по поводу эндокринного бесплодия, и пути ее снижения // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С. 52–56.



# Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища у женщин репродуктивного возраста на изменения системного и местного цитокинового статуса

Г.А. Барановская

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли цитокинового статуса при оценке состояния местных факторов защиты у пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, цитокиновый статус.

Многочисленные исследования последних лет показано, что инфекционно-воспалительные процессы, в частности во влагалище, участвуют в развитии акушерско-гинекологической патологии, определяющей здоровье не только матери, но и плода [1–6]. В клинике заболеваний прослеживаются две тенденции: во-первых, несоответствие тяжести внешних проявлений и уровня патологических изменений в репродуктивной сфере, во-вторых, невысокая эффективность проводимого лечения, ведущая к фульминантному течению с летальным исходом либо к хронизации процессов [1–6].

Этиологическая структура возбудителей инфекционных процессов в последнее время существенно изменилась, что связано с постоянной эволюцией бактерий и вовлечением в патологические процессы условно патогенных микроорганизмов [2, 3]. В связи с двойственной природой последних – условно-патогенные микроорганизмы (УПМ) в качестве комменсалов присутствуют в составе нормальной микрофлоры здоровых людей, а также регистрируются как этиопатогены при различных местных и генерализованных процессах – у клиницистов нередко возникают сложности при оценке результатов обследования, определении целесообразности назначаемого лечения и выборе лекарственных препаратов [4, 5]. В диагностике неспецифических инфекций до последнего времени решающее значение при определении этиологической значимости придавалось численности обнаруженных микроорганизмов в пораженном органе, а в случае микстинфекции – установлению количественных соотношений между ассоциантами. Однако многими исследователями [1–6] в подобных ситуациях зачастую более существенным признает-

ся определение у выделенных культур факторов патогенности. Ценность этого критерия повышается при выявлении не одного, а нескольких факторов вирулентности, и особенно в патогенетически значимой дозе и/или уровне активности. Решение вопроса об этиологической роли УПМ в очаге поражения облегчается при выяснении ответной реакции макроорганизма в зоне первичной колонизации, поскольку степень реактивности и динамические изменения показателей локальных факторов неспецифической защиты в существенной мере отражают «поведение» условного патогена как комменсала или возбудителя инфекционного процесса. Комплексный подход, учитывающий как биологические особенности УПМ, так и специфику локальной ответной реакции макроорганизма, разработка новых информативных и доступных для практики критериев, позволяющих определить роль изолируемых штаммов в патологическом процессе при неспецифических инфекционных заболеваниях влагалища (НИЗВ), представляется актуальной и насущной проблемой.

Несмотря на значительное число научных изысканий по проблеме НИЗВ нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в аспекте изменений цитокинового статуса при данной патологии.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение особенностей цитокинового статуса при НИЗВ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для детального анализа инфекционных заболеваний репродуктивной сферы была разработана собственная карта учета, в которой выделены смешанные формы инфекции различной этиологии (вирусно-бактериальные, бактериально-грибковые и др.).

После оформления согласия на медицинское вмешательство и в соответствии с критериями включения и исключения были сформированы профильные группы.

**Критерии включения:**

- возраст обследуемых от 20 до 45 лет;
- жалобы на патологические выделения из половых путей;
- установление диагноза вульвовагинального кандидоза (ВВК), бактериального вагиноза (БВ), неспецифического вульвовагинита (НВВ) или смешанных бактериально-грибковых или аэробно-анаэробных бактериальных инфекций влагалища;
- пациентки, обследованные лично автором.

**Критерии исключения:**

- применение гормональной или внутриматочной контрацепции;
- наличие эктопии шейки матки, острого или обострения хронического экстрагенитального или гинекологического заболевания;
- положительный тест на ВИЧ, сифилис;
- положительные тесты на *M. genitalium*, *C. trachomatis*, вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*.

В результате было выделено 9 профильных групп: I – условно здоровые (42 человека), II – кандидозное состояние (45 человек), III – бактериальный вагиноз (112 человек), IV – неспецифический вульвовагинит (107 человек), V – острый вульво-

вагинальный кандидоз (61 человек), VI – хронический вульвовагинальный кандидоз (76 человек.), VII – бактериальный вагиноз + кандидозная инфекция (71 человек), VIII – неспецифический вульвовагинит + кандидозная инфекция (84 человека), IX – бактериальный вагиноз + неспецифический вульвовагинит (63 человека).

После распределения пациенток по группам проведены углубленные иммунологические исследования.

Цитологическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование вагинального секрета проводили традиционными методами

Определение уровня цитокинов периферической крови и влагалищной жидкости проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа в соответствии с общепринятыми рекомендациями. Для исследования использовали наборы стандартных реагентов ProCon IL-1, IL-2, IL-6, IL-4, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что характерные клинические признаки («творожистые» выделения, запах «гнилой» рыбы, выраженная диффузная гиперемия слизистой) регистрируются лишь при моноформах заболевания (кандидоз, бактериальный вагиноз, неспецифический вульвовагинит), а образование различных бактериальных и бактериально-грибковых ассоциаций микроорганизмов в вагинальном биотопе приводит к изменению клинической картины и формированию малосимптомных форм заболевания.

Присоединение грибов рода *Candida* к микробиоценозу, характерному для бактериального вагиноза, чаще всего реализуется в виде кандидоносительства (76,1%). В противоположность этому, при неспецифическом вульвовагините грибы вовлекаются в инфекционный процесс значительно чаще (58,3%), при этом их участие в составе бактериально-грибковых ассоциаций формирует сложный комплекс изменений, искажающих клинические симптомы как неспецифического вульвовагинита, так и собственно кандидоза.

Оценка качественного и количественного состава микрофлоры вагинального биотопа, основанная на экологических принципах, и использование оригинальных индексов относительного разнообразия и доминирования облигатных и транзиторных видов микроорганизмов обеспечивает большую стандартность и объективность учета результатов бактериологического исследования.

Анализ функциональной активности условно-патогенных микроорганизмов, изолируемых при неспецифических инфекционных заболеваниях влагалища, позволяющая различать штаммы по степени патогенности, может быть дополнительным критерием в определении их этиологической значимости и дифференцировке состояния «здорового носительства» от инфекционного процесса.

Как известно, условно-патогенные бактерии являются сапрофитами-комменсалами и развитие инфекционного процесса с их участием возможно при нарушении в системе противинфекционной защиты. С учетом особенностей этиологии и преимущественно локальной природы НИЗВ, можно было ожидать различную степень участия компонентов цитокинового статуса.

Согласно полученным нами результатам, повышение активности IL-4 наблюдали при кандидозной инфекции, преобладание Th2 эффектов становится более выраженным при хронической форме, что приводит к нарушениям антителообра-

зования (IgA –  $0,21 \pm 0,035$  г/л, IgG –  $0,31 \pm 0,127$  г/л,  $p1-6 < 0,05$ ) и фунгицидной активности макрофагов (здоровые: количество макрофагов –  $391,8 \pm 98,16$  абс. число клеток в мкл., ФП – 34,7%, ФЧ –  $0,6 \pm 0,06$ , ФИ –  $1,7 \pm 0,17$ ; хронический ВВК: количество макрофагов –  $2197,1 \pm 205,63$  абс. число клеток в мкл., ФП –  $19,9 \pm 1,24$ , ФЧ –  $0,3 \pm 0,05$ , ФИ –  $1,4 \pm 0,24$ ).

При аэробно-грибковых ассоциациях отмечен выраженный дисбаланс цитокинов: достоверное повышение уровня IL-4, IL-6 при уменьшении количества IL-1, IL-2, TNF- $\alpha$ , INF $\gamma$ . Такие изменения цитокинового каскада сочетаются с изменением выраженности воспалительной реакции (количество нейтрофильных гранулоцитов: БВ+кандидоинфекция –  $7623,1 \pm 215,13$ , НВВ+кандидоинфекция –  $16148,4 \pm 164,96$  клеток в мкл; количество макрофагов: БВ+кандидоинфекция –  $1676,2 \pm 277,36$ , НВВ+кандидоинфекция –  $2302,6 \pm 337,44$  клеток в мкл) и снижением активности лизоцима ( $0,27 \pm 0,074$  у.е. и  $0,25 \pm 0,056$  у.е. соответственно).

Смешанная аэробно-анаэробная инфекция сопровождалась значительными нарушениями системы локального иммунитета. Активный синтез провоспалительных цитокинов, сочетающийся с депрессией противовоспалительного звена, сопровождается снижением количества и поглотительной активности фагоцитов (количество нейтрофильных гранулоцитов –  $11801,2 \pm 1309,90$  клеток в мкл., ФП –  $22,0 \pm 4,84\%$ , ФЧ –  $0,3 \pm 0,06$ , ФИ –  $1,2 \pm 0,44$ ), уменьшением количества IgA, IgM по сравнению с НВВ. Отмечается выраженное снижение активности факторов неспецифической защиты (количество лизоцима –  $0,22 \pm 0,041$  у.е.).

Проводимые исследования по изучению инфекционной патологии зачастую неоднозначны, т.е. рассматривают либо качественные и количественные характеристики микрофлоры, либо оценивают состояние макроорганизма, что не ведет к формированию целостной картины этиопатогенеза заболевания. Кроме того, при изучении взаимодействия макро- и микроорганизма, наряду с определением видовой принадлежности, необходимо особое внимание уделять степени патогенности возбудителя. В настоящее время уже недопустимо основывать диагностику генитальных инфекций на использовании только одного метода и только по результатам выявления какого-либо одного микроорганизма, который потенциально может быть причиной воспалительного процесса.

Нами была установлена связь между клинико-лабораторными особенностями изученных состояний и биологическими свойствами штаммов *C. albicans*, выделенных от разных пациенток. Наряду со сравнительным анализом морфологических и культуральных характеристик грибковых культур, особый интерес представляло определение их фосфолипидной активности (ФЛА), которая рассматривается как основной, коррелирующий с другими, фактор патогенности *C. albicans*. Отмечено, что в тех случаях, когда можно было предполагать участие *C. albicans* в инфекционном процессе в качестве моновозбудителя либо сочлена паразитоценоза, регистрировали достоверно значимое увеличение степени их вирулентности. Размеры клеток варьировали, но чаще были ниже средних величин. Коэффициент вирулентности, коррелирующий с уровнем фосфолипидной активности, колебался в пределах  $0,3-0,9$  и, как правило, превышал  $0,5$ . Отмечена также зависимость от температурного фактора: скорость роста «вирулентных» вариантов при комнатной температуре значительно замедлялась, либо рост вообще отсутствовал, что типично для воз-

будителей инфекционно-воспалительных заболеваний. В тех же случаях, когда кандиды обнаруживали у практически здоровых женщин либо в качестве «случайных», транзиторных компонентов на фоне неспецифического вагинита или бактериального вагиноза, коэффициент вирулентности выделенных штаммов был всегда ниже 0,3, прослеживалась тенденция к увеличению размеров клеток, при этом культуры одинаково хорошо росли и при комнатной температуре, и при 37 °С. Очевидно, что при уточнении диагноза, для дифференциации состояний, связанных с инфицированием *C. albicans*, и оценки их вклада в инфекционный процесс, наряду с традиционными клинико-лабораторными тестами, целесообразно изучение перечисленных свойств выделяемых микробных культур.

Полагаем, что применение такого подхода целесообразно и при других НИЗВ, поскольку это способствует расшифровке этиологической значимости изолируемых УПМ.

При возникновении и развитии патологических процессов во влагалище существенное значение имеет рН вагинального секрета, уровень которого может влиять и на состояние микрофлоры, и на фармакологические свойства применяемых препаратов. В норме рН влагалищной среды 3,8–4,2, что сдерживает рост и размножение «нежелательных» транзиторных видов микроорганизмов, регистрируемых в вагинальном биотопе. Нарушения в составе микрофлоры, связанные с избыточным ростом аэробных и факультативно анаэробных бактерий, проявляющиеся, как правило, клиникой неспецифического вагинита, сопровождаются изменением рН в щелочную сторону. Еще более выраженное защелачивание отмечается во влагалище при интенсивном размножении анаэробных бактерий, ассоциированных с БВ, что приводит не только к изменению свойств *C. albicans*, но и оказывает влияние на антимикотическое действие препаратов, как непосредственно (за счет изменения их фунгицидной активности), так и опосредованно (в силу изменения морфо-функционального состояния клеток возбудителя).

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли цитокинового статуса при оценке состояния местных факторов защиты у пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Вплив інфекційно-запальних захворювань піхви у жінок репродуктивного віку на зміни системного і місцевого цитокінового статусу Г.А. Барановська

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль цитокінового статусу при оцінці стану місцевих чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** інфекційно-запальні захворювання піхви, цитокіновий статус.

### Influence infectious-inflammatory diseases of a vagina at women of reproductive age on changes system and local cytokine status G.A. Baranovsky

Results of the spent researches testify about an essential role cytokine status at an estimation of a condition of local factors of protection at patients with infectious-inflammatory diseases of a vagina. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** infectious-inflammatory diseases of a vagina, cytokine status.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Карпунина Т.И. Сложности диагностики и лечения вагинального кандидоза, ассоциированного со стафилококковой инфекцией // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2007. – Ч. 1. – № 1 (17). – С. 487.
2. Карпунина Т.И. Микрофлора влагалища и сенсибилизация к микробным антигенам у женщин с привычным невынашиванием беременности // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2008. – Ч. II. – № 2 (22). – С. 569–570.
3. Олина А.А. Местный иммунитет и локальная иммунотерапия эктопии шейки матки // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. LV. – Вып. 4. – С. 71–76.
4. Олина А.А. Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / А.А. Олина // Уральский медицинский журнал. Гигиена и эпидемиология. – 2008. – №8 (48). – С. 160–163.
5. Падруль М.М. Состояние микроэкологии влагалищного биотопа при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2002. – Т. 1. – № 4. – С. 119–121.
6. Ширева Ю.В. Аэробный вагинит – реальная угроза сохранению репродуктивного здоровья // Здоровье и образование ребенка: материалы I Всерос. науч.-практ. конф. – Пермь, 2002. – С. 428–430.

## Естественная менопауза у женщин и изменения костной системы

**И. Т. Кишакевич**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли изменений концентрации витамина D3, остеокальцина и кальцитонина в патогенезе остеопороза у женщин с естественной менопаузой. Эти параметры являются наиболее информативными в прогнозировании развития климактерического синдрома при естественной паузе. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** естественная менопауза, остеопороз, патогенез.

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

Треть жизни женщины приходится на постменопаузу, в это время происходит снижение адаптационных возможностей организма [2–4]. Одним из малоизученных вопросов является оценка уровня витамина D3, остеокальцина, кальцитонина, паратиреоидного гормона при естественной менопаузе, что позволит расширить данные о патогенезе остеопороза в пери- и постменопаузальных периодах.

**Цель исследования** – изучить влияние естественной менопаузы у женщин на изменения костной системы на основе изучения в сыворотке крови уровень витамина D3, остеокальцина, кальцитонина и паратиреоидного гормона.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

- в первую (1) группу вошли 50 пациенток в возрасте от 50 до 56 лет, средний возраст  $51,6 \pm 1,6$  года;

- вторая (2) группа представлена 50 женщинами в возрасте от 57 до 65 лет, средний возраст  $60,3 \pm 3,2$  года;

- третья (3) группа состоит из 50 обследуемых женщин в возрасте от 66 до 70 лет, средний возраст  $67,4 \pm 1,9$  года.

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

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

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

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

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

С помощью иммуноферментного метода произведено исследование биохимических маркеров в сыворотке крови уровня витамина D3, остеокальцина, кальцитонина, паратиреоидного гормона.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что почти у всех пациенток в возрасте 57–65 лет уровень витамина D3 повышен, нормальные параметры наблюдались у 60% женщин в возрасте до 60 лет, в более старшем возрасте фиксируется постепенное снижение витамина D3. Кроме того, пониженная инсоляция может усиливать эффекты пищевой недостаточности витамина D, особенно у пожилых людей, проводящих подавляющую часть времени дома.

Высокий уровень витамина D3 был у пациенток с поздним менархе, многожавших, с высоким ИМТ, с менопаузальными расстройствами.

Постоянную боль отмечали 62% пациенток с низким уровнем витамина D3, а периодическую боль в суставах – 26%.

Вероятно, данное обстоятельство можно объяснить снижением двигательной активности, недостаточной инсоляцией, длительностью постменопаузы.

При низких показателях уровня витамина D3 в сыворотке крови у 60% женщин при исследовании минеральной плотности костной ткани (МПКТ) диагностирован остеопороз.

При повышенной концентрации уровня витамина D3 в сыворотке крови у женщин старшего возраста не было остеопороза.

Снижение физической активности в пожилом возрасте может сопровождаться гиперкальциемией, что подавляет гиперсекрецию паратиреоидного гормона и приводит уже вторично к снижению синтеза витамина D3. Низкие показатели парати-

реодного гормона определялись у женщин с поздней менопаузой, с урогенитальными расстройствами.

По результатам проведенного исследования можно сделать заключение, что наиболее доступным и информативным является определение уровня витамина D3 иммуноферментным методом.

Антагонистом паратгормона является кальцитонин, который синтезируется С-клетками щитовидной железы. Считается, что кальцитонин выполняет защитную функцию, предохраняя организм от потери костной массы. Следует отметить, что при низких показателях концентрации кальцитонина у женщин старшей возрастной группы наблюдаются более тяжелые урогенитальные нарушения.

Кроме того, при высоких параметрах кальцитонина метаболические расстройства у пациенток тяжелее и нередко отмечались постоянные боли в поясничной области, которые усиливались при ходьбе и в положении стоя ( $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ).

При корреляционном анализе получена умеренная зависимость высоких значений кальцитонина у пациенток с поздним менархе ( $r=0,53$ ), 2–3 родами в анамнезе и длительно лактирующих ( $r=0,58$ ;  $p<0,01$ ). Снижение кальцитонина наблюдается у женщин, имеющих повышенную инсоляцию ( $r=-0,54$ ;  $p<0,01$ ).

Снижение кальцитонина наблюдается у обследованных пациенток с ожирением ( $r=-0,45$ ;  $p<0,05$ ). При нормальных значениях содержания витамина D3 – у 75% обследованных остеокальцин повышен, а при увеличении концентрации витамина D3 – у 50% становится в пределах нормы. Определение содержания остеокальцина в сыворотке крови позволяет определить риск развития остеопороза у женщин, проводить мониторинг костного метаболизма в постменопаузе.

Дефицит витамина D нарастает у женщин старшего возраста вследствие редкого пребывания на открытом воздухе и снижения абсорбции витамина D2 в кишечнике. Следует отметить, что при недостаточной инсоляции меняется уровень кальцитонина ( $r=-0,55$ ;  $p<0,01$ ).

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли изменений концентрации витамина D3, остеокальцина и кальцитонина в патогенезе остеопороза у женщин с естественной менопаузой. Эти параметры являются наиболее информативными в прогнозировании развития климактерического синдрома при естественной паузе. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Природна менопауза у жінок і зміни кісткової системи

*І.Т. Кишакевич*

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль змін концентрації вітаміну D3, остеокальцину і кальцитоніну в патогенезі остеопорозу у жінок з природною менопаузою. Ці параметри є найбільш інформативними в прогнозуванні розвитку клімактеричного синдрому при природній паузі. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** природна менопауза, остеопороз, патогенез.

### Natural menopause at women and change of bone system

*I. T. Kishakevich*

Results of the spent researches testify to an essential role of changes of concentration of vitamin D3, osteocalcine and calcitonine in patogenesis of osteoporosis at women with natural menopause. These parametres are the most informative in forecasting of development of a climacteric syndrome at a natural pause. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** natural menopause, an osteoporosis, patogenesis.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщин в климактерии. Монография. – М.: «Литера», 2010. – 244 с.
2. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2008. – № 1. – С. 5–8.
3. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблеми клімаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
4. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пері- 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.

## Аутоиммунный тиреоидит и возможности гормональной контрацепции

Д.С. Ледин

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

Результаты нашего исследования показали, что используемый гестаген является высокоэффективным контрацептивным препаратом для женщин с аутоиммунным тиреоидитом, обладающим лечебным эффектом и не оказывающим отрицательного влияния на параметры артериального давления и на массу тела. Важным аспектом является отсутствие в целом существенного негативного влияния на параметры гемостаза и на уровень гормонов щитовидной железы. Полученные результаты позволяют рекомендовать гестагенный препарат с целью контрацепции у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом.

**Ключевые слова:** гормональная контрацепция, аутоиммунный тиреоидит.

Сохранение репродуктивного здоровья женщин, в том числе и с аутоиммунными заболеваниями является одной из главных задач современной медицины. Согласно данным литературы, аутоиммунные заболевания встречаются у 3–8% [1–4], у женщин значительно чаще, чем у мужчин, и отличаются длительным хроническим течением. Известно, что одним из наиболее часто встречаемых аутоиммунных заболеваний у женщин является аутоиммунный тиреоидит (АИТ) [1, 2], нередко сочетающийся с гинекологической и акушерской патологией [3, 4].

АИТ – это органоспецифическое, Т-клеточноопосредованное аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием аутоантител к ткани щитовидной железы с последующим снижением ее функции [2]. Учитывая тот факт, что в основе всех аутоиммунных заболеваний лежат схожие патогенетические механизмы, вполне объяснимо нередкое сочетание различных аутоиммунных процессов.

Не вызывает сомнений, что такое сочетание не только ухудшает течение заболеваний, но и оказывает негативное влияние на репродуктивную функцию женщины.

Вместе с тем большинство пациенток с АИТ сексуально активны, фертильны, и в этой связи нуждаются не только в высокоэффективных, но и безопасных и приемлемых методах контрацепции, не оказывающих отрицательного влияния на основное заболевание.

В настоящее время гормональная контрацепция считается одним из наиболее высокоэффективных методов контрацепции, обладающих не только контрацептивным, но и лечебным эффектом при таких гормонзависимых гинекологических заболеваниях как: эндометриоз, миома матки, гиперандрогения, предменструальный синдром, дисменорея и др. [1–4]. Этот аспект весьма важен для женщин с АИТ, так как у них выявлена высокая частота таких заболеваний и их сочетаний [2].

Анализ литературных данных свидетельствует об отсутствии исследований посвященных влиянию различных методов контрацепции на течение АИТ у женщин.

До настоящего времени не изучено влияние гормональной контрацепции на клиническое течение АИТ, на состояние разных звеньев иммунитета. Не изучены особенности репродуктивного здоровья женщин с АИТ, эффективность и приемлемость гормональных контрацептивов у них. Не определена тактика ведения пациенток с АИТ в процессе контрацепции.

**Целью** исследования было изучение возможности использования гормональной контрацепции у пациенток с АИТ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью после детального обследования нами были отобраны 30 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет) с АИТ (1 основная группа) и 20 здоровых женщин (2 контрольная группа), не имевших противопоказаний к назначению гормонального метода контрацепции в соответствии критериями приемлемости и безопасности ВОЗ (2008).

**Критерии включения:** фертильные женщины репродуктивного возраста от 18 до 49 лет, на эутиреоидной стадии аутоиммунного тиреоидита, находящийся на заместительной гормональной терапии L-тироксином, с высокими значениями антител к щитовидной железе, с нормальными показателями гемостаза, не планирующих беременность в течение 1 года, и не имеющих противопоказаний к приему гормональных контрацептивов.

**Критерии исключения:** тяжелые заболевания сердечнососудистой системы, злокачественные новообразования, болезни крови, тромбоэмболия в анамнезе, беременность, заболевания печени, тяжелая форма сахарного диабета, индивидуальная непереносимость, тромбофилии, кровотечения из половых путей неясной этиологии, артериальная гипертония (160/100 мм рт.ст. и выше), курение в возрасте старше 35 лет, мигрень с неврологической симптоматикой, наличие волчаночного антикоагулянта.

Нами была изучена возможность использования с целью контрацепции препарата, содержащего только прогестаген – 75 мкг дезогестрела. Препарат принимается с 1 дня менструации, в одно и то же время, в течение 28 дней, в непрерывном режиме. С 29 дня начинается прием новой упаковки.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, лабораторные и статистические методы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая отсутствие наступления беременности в течение 1 года наблюдения, нами было сделано заключение о высокой эффективности препарата в обеих группах, а индекс Перля был равен 0.

На фоне приема препарата менструальный цикл характеризовался весьма разнообразными изменениями. На основании полученных данных можно сказать, что с увеличением длительности приема препарата, сокращаются эпизоды кровотечения и увеличивается число женщин с диагностированной аменореей.

В результате изучения среднего количества дней кровотечения, оцениваемых в 90 дневном интервале времени, нами установлено, что к 1-у году приема препарата отмечается существенное сокращение дней кровотечения в обеих группах. Не-

сколько больше данный эффект наблюдается в контрольной группе. Оценивая лечебный эффект, необходимо отметить, что препарат оказал положительное влияние на течение мастопатии у 2 пациенток из основной группы и у 1 – из контрольной с фиброзно-кистозной мастопатией в анамнезе, что было подтверждено данными УЗ-исследования (регресс диффузных изменений в ткани железы). 7 (23,3%) женщин из 9 (30%) с АИТ, указывающих на болезненные менструации (первичная дисменорея) отметили исчезновение болей к 12-у месяцу от начала контрацепции, у 2 (6,7%) интенсивность болевого синдрома снизился. В контрольной группе лечебный эффект отмечался у 10% женщин. Уменьшение объема менструального кровотечения было установлено у 23,3% женщин к 6-у мес от начала контрацепции. К 12-у месяцу положительную динамику отметили все пациентки.

Симптомы предменструального синдрома (ПМС) (раздражительность, плаксивость, одышку, тахикардию, масталгия) через 12 мес от начала приема препарата сохранились только у 1 (3,3%) из основной и у 1 (5%) женщин из контрольной группы. Исчезновение овуляторных болей отметили все 11 (36,7%) пациенток с АИТ и 2 (10%) из контрольной группы.

Изучение массы тела и параметров артериального давления у обследуемых женщин, показало, что препарат не приводит к существенным изменениям их значений. На протяжении всего периода наблюдения, ни у одной пациентки не было выявлено побочных реакций. Межменструальные кровянистые выделения у 17 (56,7%) пациенток с АИТ и 12 (65%) уменьшались с длительностью приема и не явились причиной отмены или отказа от контрацептива.

Изучение динамики гормонов щитовидной железы показало, что на фоне приема отмечается статистически незначимая тенденция к снижению уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т<sub>4</sub>). Данные параметры не выходили за пределы нормативных значений и не требовали изменений дозы L-тироксина. Через 12 месяцев от начала приема средние значения ТТГ и Т<sub>4</sub> своб. составили – 2,65±0,66 МЕ/л и 11,2±0,1 нмоль/л соответственно.

Количество тромбоцитов в течение всего периода наблюдения не выходило за пределы нормы, в среднем этот показатель к 12-у месяцу от начала приема препарата составил 315,3±8,7410<sup>9</sup>/л у пациенток с АИТ и 310,2±10,3410<sup>9</sup>/л – у здоровых женщин. Что касается изменений протромбинового индекса (ПИ), то было обнаружено незначительное повышение этого параметра в основной группе, но при этом его значения не выходили за пределы референтных значений. В контрольной группе отмечалось незначительное снижение ( $p>0,05$ ).

При анализе параметров тромбоэластограммы (г+k, ma) в основной группе, нами не были выявлены статистически значимые изменения. Все показатели на протяжении всего периода наблюдения не выходили за пределы референтных значений. Средние значения г+k через 12 мес от начала приема препарата составили 19,5±1,5. В контрольной группе отмечалась тенденция к увеличению г+k, практически стабильное состояние значений. У 4 (20%) пациенток через 6 мес от начала приема зафиксировано незначительное повышение уровня г+k до 25–26 мм (норма 19–27 мм).

Но, при этом как повышенные значения у данных пациенток, так и конечный результат данного параметра соответствовали норме.

Концентрация фибриногена за весь период наблюдения соответствовала норме, средние его значения через 12 мес от начала приема в основной группе составили 3,45±0,05 г/л, что незначительно выше исходных значений – 3,1±0,87 г/л, в контрольной – 2,9±0,2 г/л.

Через 12 месяцев от начала приема препарата средние значения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) составили – 41,2±10,9, что несколько ниже уровня АЧТВ до контрацепции (44,3±11,8). Что касается контрольной группы, незначительное повышение его сопровождалось статистически значимым снижением через 6 мес ( $p<0,05$ ).

Значения агрегационной активности тромбоцитов при индукции процесса агрегации специфическим стимулятором АДФ 10 на фоне контрацептива практически не менялись в основной группе, к концу наблюдения средние его значения составили 63,1±1,67%, в контрольной группе – 51,5±3,5%.

Волчаночный антикоагулянт был в отрицательном значении на протяжении всего периода наблюдения у всех женщин.

Следовательно, гестагенный препарат в целом не оказывает отрицательного влияния на параметры гемостаза. К концу наблюдения все изучаемые показатели соответствовали нормативным значениям в обеих группах. Незначительные изменения некоторых параметров статистически недостоверны и практически незначимы.

Анализ полученных данных показывает, что в преобладающем большинстве случаев в основной группе отмечается тенденция к снижению показателей лимфоцитарных клеток иммунной системы, а в значениях натуральных киллерных клеток снижение достоверное ( $p<0,05$ ). Тенденция к повышению отмечается в уровне цитотоксических Т-лимфоцитов, конечный результат которого соответствует верхней границе нормы, к снижению – в значениях Т-киллерных клеток. При этом к 12-у месяцу от начала контрацепции уровень Т-киллеров достоверно выше ( $p<0,05$ ) по сравнению со здоровыми женщинами.

Что касается контрольной группы, то динамика лимфоцитарных клеток характеризовалась тенденцией к повышению значений Т-лимфоцитов, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, Т-киллеров, натуральных киллерных клеток, В-лимфоцитов. Некоторое снижение установлено в значениях иммунорегуляторного индекса. Однако необходимо подчеркнуть, что кроме натуральных киллерных клеток, которые к концу наблюдения достоверно выше по сравнению с основной группой, итоговые показатели всех остальных параметров соответствовали норме.

Итак, используемый препарат в контрольной группе, в отличие от основной, оказывает преимущественно стимулирующий эффект.

## ВЫВОДЫ

Результаты нашего исследования показали, что используемый гестаген является высокоэффективным контрацептивным препаратом для женщин с аутоиммунным тиреоидитом, обладающим лечебным эффектом и не оказывающим отрицательного влияния на параметры артериального давления и на массу тела. Важным аспектом является отсутствие в целом существенного негативного влияния на параметры гемостаза и на уровень гормонов щитовидной железы. Полученные ре-

зультаты позволяют рекомендовать гестагенный препарат с целью контрацепции у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом.

### Аутоімунний тиреоїдит і можливості гормональної контрацепції Д.С. Ледін

Результаты нашего дослідження показали, що гестаген, що використовували, є високоефективним контрацептивним препаратом для жінок з аутоімунним тиреоїдитом. Він має лікувальний ефект і не впливає негативно на параметри артеріального тиску і на масу тіла. Важливим аспектом є відсутність в цілому істотного негативного впливу на параметри гемостазу і на рівень гормонів щитоподібної залози. Отримані результати дозволяють рекомендувати гестагенний препарат з метою контрацепції у пациенток з аутоімунним тиреоїдитом.

**Ключові слова:** гормональна контрацепція, аутоімунний тиреоїдит.

### Autoimmune thyreoidite and possibilities of use of hormonal contraception D.S. Ledin

Results of our research have shown that used gestagen is a highly effective contraceptive preparation for women with autoimmune thyreoidite, possessing medical effect and not rendering negative influence on parameters of arterial pressure and on weight of a body. A prominent aspect is absence as a whole essential negative influence on parameters of a hemostasis and on level of hormones of a thyroid gland. The received results allow to recommend gestagen preparation for the purpose of contraception at patients with autoimmune thyreoidite.

**Key words:** hormonal contraception, autoimmune thyreoidite.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Перминова С.Г. Гипотиреоз и нарушения репродуктивной функции женщины // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 21–26.
2. Петунина Н.А. Аутоиммунный тиреоидит: современные представления об этиологии, патогенеза, диагностики и лечения // Проблемы эндокринологии. – 2007. – Т. 43, № 4. – С. 30–35.
3. Прилепская В.Н. Контрацепция у женщин с патологией щитовидной железы // Руководство по контрацепции / Под. ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 307–312.
4. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии / Н.Т. Старкова. – Санкт-Петербург, 2006. – 540 с.

## Аутоиммунный тиреоидит и генитальная патология: диагностика и тактика ведения пациенток

**Б.М. Лысенко**

Государственное управление делами

Научно-практический центр профилактической и клинической медицины

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

**Ключевые слова:** гинекологическая заболеваемость, аутоиммунный тиреоидит.

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

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

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

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

Однако, несмотря на наличие выраженной взаимосвязи между щитовидной железой и репродуктивной системой, доказанной рядом авторов, до настоящего времени нет единого мнения о характере этого взаимодействия и об уровне, на котором оно осуществляется [2, 3]. И если вопросы влияния нарушений функции щитовидной железы на половое созревание и овуляцию изучены в такой степени, что позволяют добиться успехов в лечении, остается практически нерешенной проблема совместного влияния половых и тиреоидных гормонов на органы-мишени при нарушениях в иммунной системе организма.



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

**Целью** настоящего научного исследования было изучение основных особенностей гинекологической заболеваемости у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

- 1.1 – 40 женщин с миомой матки на фоне АИТ;
- 1.2 – 30 пациенток с воспалительными заболеваниями придатков и АИТ;
- 1.3 – 20 женщин с генитальным эндометриозом на фоне АИТ.

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

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

Контрольную группу составили 20 женщин репродуктивного возраста без генитальной патологии.

В настоящей работе были использованы следующие методы исследования:

- общеклинические;
- гормональные: ФСГ, ЛГ, Э, ПГ, Прл, ТТГ, ТЗ, Т4, антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) и микросомальному антигену (АТ-МАГ);
- иммунологические: СД3+; СД4+; СД8+; СД16+; СД20+ и СД23+.
- ультрасонографические: ультразвуковое исследование щитовидной железы; трансвагинальное и трансабдоминальное исследование матки и придатков; ультразвуковое исследование грудных желез;
- статистические.

На каждую пациентку была составлена индивидуальная карта, в которой зашифрован ряд признаков. Изучаемые параметры отражали паспортные данные, сведения об образовании, о наличии профессиональных вредностей, перенесенных в детстве инфекциях, жалобы на момент осмотра. При сборе анамнеза обращали внимание на время появления первой менструации, на характер менструальной функции, регулярность и продолжительность цикла. Кроме того учитывался возраст начала половой жизни, количество браков, перенесенные гинекологические заболевания (их длительность, течение и исход); детородная функция (сведения о каждой из предшествующих беременностей, паритет, интергенетический интервал, течение, исход для матери и плода). Экстрагенитальные заболевания выявлялись в результате комплекса клинических, лаборатор-

ных и функциональных исследований по специально разработанной программе.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

- при миоме матки чаще наблюдаются болевой синдром (в 1,4 раза) и анемия (в 1,3 раза);
- при хроническом сальпингоофорите возрастает частота ежегодных обострений процесса (в 1,3 раза) и нарушений микробиотоза половых путей (в 1,2 раза);
- при эндометриозе увеличивается в 1,2 раза уровень нарушений менструальной функции, болевого синдрома и функции смежных органов.

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

Наиболее характерными ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита были следующие:

- *при миоме матки*: увеличивается объем щитовидной железы; преобладают гиперэхогенные участки; наблюдается сочетанная патология щитовидной железы (узлы, кисты и аденомы);
- *при хроническом сальпингоофорите*: увеличиваются размеры щитовидной железы и преобладают гипоэхогенные участки;
- *при эндометриозе*: соотношение гипо- и гиперэхогенных участков (1/1,5); локализованное расположение гипоэхогенных участков и высокий уровень узловатых образований.

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

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

- *при миоме матки*: увеличение содержания Е, ФСГ и Прл при одновременном снижении уровня ПГ и ЛГ;
- *при хроническом сальпингоофорите*: увеличение содержания ЛГ на фоне снижения уровня Прл; Е и ПГ;
- *при эндометриозе*: увеличение содержания Е и ФСГ при одновременном снижении уровня ЛГ и ПГ.

Нарушения системного иммунитета у больных с миомой матки и эндометриозом на фоне аутоиммунного тиреоидита характеризуются снижением относительного числа СД3+; СД4+; СД16+ и СД20+ на фоне увеличения числа СД8+ и СД23+. При хроническом сальпингоофорите эти изменения носят более выраженный характер.

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

- у пациенток, наблюдающихся у врача гинеколога по поводу генитальной патологии, должна быть комплексно обследована тиреоидная система;
- всем больным с аутоиммунным тиреоидитом показано углубленное гинекологическое обследование для выявления болезней репродуктивной системы и гинекологических нарушений;
- ультразвуковое исследование щитовидной железы у женщин с гинекологическими заболеваниями обязательно должно включать оценку эхоструктуры как прогностический признак для диагностики фаз аутоиммунного тиреоидита;
- лечение аутоиммунного тиреоидита больных должно быть начато совместно с эндокринологом и включать гормональную коррекцию нарушений тиреоидной и репродуктивной систем, а также коррекцию иммунного статуса.

### ВЫВОДЫ

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

#### Аутоімунний тиреоїдит і генітальна патологія: діагностика і тактика ведення пацієнток

*Б.М. Лисенко*

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

#### Autoimmune thyreoidite and genital pathology: diagnostics and tactics of conducting patients.

*B.M. Lusenko*

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

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богатырева Р.В. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 3–6.
2. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т.2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.
3. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2012. – С. 52–56.
4. Measure progress. World health day safe motherhood. – Geneva: WHO, 2007. – P. 33–36.

## Влияние доброкачественных заболеваний грудных желез на изменения системного иммунитета

*О.А. Полюлях*

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у подавляющего большинства пациенток с наличием патологии в грудной железе наблюдалось гипореактивное состояние иммунитета (73,9%), которое объясняется повышенным антителообразованием, свидетельствующем о персистенции хронической инфекции и наличием хронического заболевания. Нормореактивными оказались лишь каждая пятая пациентка группы контроля и каждая десятая пациентка группы с диффузной формой доброкачественной дисплазии грудных желез. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** иммунологическая реактивность, заболевания грудных желез.

В настоящее время отмечается повышенный интерес к изучению различных аспектов развития патологии грудных желез, обусловленный ростом частоты доброкачественных и злокачественных заболеваний данной локализации. Доброкачественные дисплазии грудных желез (ДДМЖ) являются лидерами по частоте возникновения и наблюдаются у 20–80% женщин репродуктивного возраста [1–3]. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости раком грудной железы. В структуре злокачественных новообразований у женщин частота опухолей грудных желез (19,8%) превышает таковую опухолей тела (6,8%), шейки матки (5,2%) и яичников (4,9%) [1–3].

По данным разных авторов до 92% женщин репродуктивного возраста страдают дисплазией грудных желез. В связи с этим, очевидно, что в последние годы интерес к доброкачественным заболеваниям значительно возрос, а снижение заболеваемости мастопатией – реальный путь к снижению частоты рака грудной железы. Несмотря на то, что дисгормональная природа заболеваний грудной железы не вызывает сомнений, данные мировой литературы о патогенезе различны, в частности существуют другие мнения о факторах, способствующих развитию мастопатии: нарушения процессов апоптоза, дисбаланс иммунной системы, состояние рецепторного аппарата [1–3].

В возникновении и развитии дисгормональных заболеваний грудных желез огромная роль отводится состоянию гипоталамо-гипофизарной системы. Нарушение нейрогуморальной составляющей репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в гормонально зависимых органах, в том числе и в тканях грудных желез, которые являются мишенью для стероидных гормонов яичников,

пролактина, плацентарных гормонов и опосредованно гормонов других эндокринных желез организма [1–3].

На общность дисгормональной патологии грудных желез и ряда гинекологических заболеваний указывают многие авторы, которые единодушны в том, что среди многообразия экзо- и эндогенных факторов определяющим в патогенезе доброкачественных заболеваний грудных желез является нарушение ритма секреции гонадотропных гормонов, а возникший при этом гормональный дисбаланс выражается в абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостатке прогестерона [1–3].

Вместе с тем, заболевания грудной железы нередко наблюдаются у женщин с овуляторными циклами и ненарушенной репродуктивной функцией. В данном случае решающая роль в возникновении патологии грудных желез отводится не абсолютной величине гормонов в плазме крови, а состоянию рецепторов половых стероидов в ткани железы, поскольку состояние рецепторного аппарата определяет возникновение патологического процесса [1–3].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме доброкачественной патологии грудных желез, нельзя все вопросы считать полностью изученными. По нашему мнению, в первую очередь, это касается особенностей иммунологической реактивности у пациенток с доброкачественными заболеваниями грудных желез.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение особенностей иммунологической реактивности у пациенток с доброкачественной патологией грудных желез.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 119 пациенток в возрасте от 18 до 53 лет, которые были разделены на 3 группы:

- 1 группа – группа контроля – 36 женщин без патологии в грудных железах;
- 2 группа – 43 пациентки с диффузной формой доброкачественной дисплазии грудных желез (ДДГЖ);
- 3 группа – 40 пациенток с узловой формой ДДГЖ.

Критериями включения в 1 группу были отсутствие жалоб, отсутствие клинических проявлений, отсутствие патологического процесса при клиническом обследовании.

Критериями включения во вторую и третью группы были: наличие жалоб на боли, уплотнения в грудных железах, выделения из сосков; также в эти группы вошли пациентки без клинических проявлений, при обследовании которых обнаружались патологические изменения в грудных железах. Все пациентки были обследованы по специально разработанной программе.

В соответствии с поставленной целью была разработана программа исследований предусматривающая:

- клинико-статистический анализ;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- маммография;
- ультразвуковое исследование грудных желез;
- гистологическое исследование операционного материала;
- статистическая обработка полученных результатов.

С целью изучения сывороточной иммунореактивности был применен метод «ЭЛИ-П-Тест» (ELISA-detected Probably of pathology), основанный на стандартном иммуноферментном анализе. Этот метод основан на определении содержания эмбриотропных антител в крови женщин.

Для анализа с помощью метода ЭЛИ-П-Тест использовалась свежая сыворотка крови обследуемой пациентки. Результаты определения уровней аутоантител к белкам ОБМ, S100, АСВР 14/18 и МР65 в образцах сыворотки обследуемых выражались в процентах (условных единицах) от уровня реакции контрольной сыворотки (этанол) с указанными белками. Определение э-АТ к белкам ОБМ, S100, АСВР 14/18 и МР65 проводили с помощью стандартных ИФА наборов ЭЛИ-П-Тест.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными жалобами, предъявляемыми больными с ДДГЖ были боли в грудной железе, усиливающиеся, как правило, за несколько дней до наступления менструации; нагрубание и диффузное уплотнение всей грудной железы или ее участка; также больными предъявлялись жалобы на выделения из протоков грудной железы и на наличие образования.

Среди пациенток с ДДГЖ 19,3% не предъявляли никаких жалоб, заболевание было выявлено случайно, в результате маммологического или ультразвукового исследования.

Большинство пациенток 2 группы предъявляли жалобы на болезненность, напряжение, усиливающиеся в предменструальный период (62,8%), причем интенсивность варьировала от легкой степени до тяжелой, когда боли начинали появляться за 2–3 недели до менструации.

Пациентки с узловой формой ДДГЖ предъявляли жалобы на наличие образования (45,0%), выделения из сосков (2,5%), болезненность различной интенсивности (30,0%).

Итак, у части пациенток заболевание протекало бессимптомно, но большинство пациенток с ДДГЖ предъявляли несколько жалоб.

По результатам ЭЛИ-П-теста все пациентки были разделены на 3 группы: гипореактивный анализ крови, нормореактивный и гиперреактивный. Анализ сывороточной реактивности показал, что нарушения в иммунологическом статусе были выявлены у подавляющего числа пациенток (80–91%); при этом в большинстве наблюдений содержание эмбриотропных аутоантител было снижено. Наиболее характерным для пациенток с ДДГЖ были сочетанные изменения в содержании антител к белкам ОБМ, АСВР 14/18 и S-100. Содержание антител к белку ОБМ было снижено в 82% случаев, т.е. у всех гипореактивных пациенток. Диапазон значений уровня реакций с данным белком составил от 39% до 70%.

В группе контроля было выявлено наибольшее количество нормореактивных пациенток (32,4%). Но и в этой группе у большинства пациенток содержание эмбриотропных антител в сыворотке крови было сниженным (62,5%). В данной группе отмечались сочетанные отклонения показателей уровня э-АТ к белкам АСВР 14/18 и МР-65, причем как в сторону снижения, так и в сторону повышения. Диапазон значений составил от 35% до 70%, в случае повышенной продукции э-АТ от

+42% до +180%. Ізолированне підвищення е-АТ в данній групі зустрічалося в два рази режі, ніж в групах с ДДГЖ.

В групі с дифузною формою ДДГЖ нормореактивних пацієнток оказалося в два рази менше, ніж в других групах (9,3%). Так же в этой групі оказалося найбільше кількість пацієнток с підвищеним рівнем емпіотропних аутоантител (11,6%). Аналіз степені відхилення показателів рівня е-АТ показав, що найбільше сильні відхилення кількостей емпіотропних аутоантител спостерігаються у пацієнток с дифузною формою ДДГЖ. Діапазон значень рівня реакцій с білками АСВР 14/18, S-100, ОБМ в случаях пониженої продукції е-АТ склав від -72% до -142%), і при підвищеній їх продукції коливався від +52% до +228%.

Гіпореактивне стан імунітета об'яснюється підвищеним антителооб'язованнем, свідечующом про персистенцію хронічної інфекції. У більшості пацієнток очень високий коефіцієнт гінекологічної захворюваності (1,84), а індекс соматического здоров'яз низкий даже в групі контролю. Пацієнтки групи контролю достовірно чаще, ніж пацієнтки с узловою формою ДДМЖ були нормореактивні, но і в этой групі у 62,5% пацієнток снижена продукція емпіотропних аутоантител.

Більшість жінок, маючих гінекологічну патологію стосувалося к категорії гіпореактивних. У жінок с кистами яєчників в 100% була снижена продукція емпіотропних аутоантител. В розподіленні других гінекологічних захворювань достовірних відмінностей виявлено не було.

### ВИВОДИ

Результати проведенних досліджень свідечують, що у подавляючого більшості пацієнток с наявністю патології в грудній залозі спостерігався гіпореактивний стан імунітету (73,9%), який об'яснюється підвищеним антителооб'язованнем, свідечующом про персистенцію хронічної інфекції і наявністю хронічного захворювання. Нормореактивними оказались лише кожна п'ята пацієнтка групи контролю і кожна десята пацієнтка групи с дифузною формою доброякісної дисплазії грудних залоз. Отримані результати необхідно використовувати при розробці алгоритма діагностических і лікувально-профілактических заходів.

### Вплив доброякісних захворювань грудних залоз на зміни системного імунітету О.А. Полюлях

Результати проведенних досліджень свідчать, що у переважної більшості пацієнток з наявністю патології в грудній залозі спостерігався гіпореактивний стан імунітету (73,9%), який об'яснюється підвищеним антителооб'язованнем, що свідчить про персистенцію хронічної інфекції і наявність хронічного захворювання. Нормореактивними виявилися лише кожна п'ята пацієнтка групи контролю і кожна десята пацієнтка групи з дифузною формою доброякісної дисплазії грудних залоз. Отримані результати необхідно використовувати при розробці алгоритму діагностических і лікувально-профілактических заходів.

**Ключові слова:** імунологічна реактивність, захворювання грудних залоз.

### Influence of good-quality diseases of mammary glands on changes of system immunity O.A. Poljuljah

Results of the spent researches testify, that at the overwhelming majority of patients with pathology presence in a mammary gland the hyporeactive condition of immunity (73,9 %) which speaks raised autoantibody, testifying about persistence chronic infection and presence of chronic disease was observed. Normoreactive there was only every fifth patient of group of the control and only every tenth patient of group with diffusion the form good-quality dysplasia of mammary glands. The received results are necessary for using by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** immunological reactance, diseases of mammary glands.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ардус Ф.А., Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. Возможности терапии дисгормональной патологии молочных желез у женщин гинекологическими заболеваниями // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16. – С. 1064–1068.
2. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов // Маммология. – 2003. – № 1. – С. 4–11.
3. Габуния М.С., Лобова Т.А., Егорова Л.Г. Состояние молочных желез при заместительной гормональной терапии // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

# Диагностика сочетанной патологии матки в постменопаузальный период с использованием современных эндоскопических технологий

**В.А. Шамрай**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки при сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки, постменопаузальный период, гистероскопия.

Актуальность изучения особенностей клиники, диагностики и тактики ведения женщин в постменопаузе с сочетанной патологией матки обусловлена широким распространением данной патологии в этом возрасте (15–35% количества обращений в гинекологические отделения) и значительной частотой рецидивов – до 38% [1–4]. Клинические проявления при этом характеризуются возникновением рецидивирующих маточных кровотечений на фоне гиперпластических либо атрофических состояний эндометрия, приводящих к временной утрате трудоспособности и снижению качества жизни, что наиболее актуально в плане онкологической настороженности [5–8].

Сложность ведения данного контингента больных обусловлена тем, что в постменопаузе уже имеются, как правило, соматические заболевания: гипертоническая болезнь, остеохондроз, эндокринная патология, метаболические нарушения, функциональные изменения центральной нервной системы. Этот контингент пациенток, как правило, не организован, что снижает частоту профилактических осмотров и увеличивает степень запущенности заболевания [1, 6].

Несмотря на длительную историю исследований постменопаузального периода, до настоящего времени нельзя считать до конца выясненными причины и механизм развития сочетанной патологии матки именно в этот период, а также гистероскопическая оценка данной патологии.

В связи с изложенным выше представляется актуальным и перспективным обоснование и разработка клинической системы диагностики и тактики ведения женщин с сочетанной патологией матки в постменопаузальный период.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение возможностей диагностики сочетанной патологии матки в постменопаузальном периоде с использованием современных эндоскопических технологий – гистероскопии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами подверглись ретроспективному анализу истории болезни 128 женщин и проспективному изучению 171 пациентки с кровотечениями в постменопаузальный период. Среди ретроспективно изученных пациенток выделена группа сравнения, состоящая из 61 женщины с сочетанной патологией матки (СПМ) в постменопаузе (для сравнения методов лечения данного контингента).

Из нашего исследования были исключены пациентки, у которых при патоморфологическом исследовании были выявлены злокачественные или предраковые изменения эндо- и миометрия. В то же время нельзя не отметить, что такие сочетания патологий как метаболический синдром (МС), лейомиома матки (ЛМ) и атрофия эндометрия (АЭ) (на фоне метроррагии); МС, ЛМ и гиперплазия эндометрия (ГЭ); рецидивирующая гиперплазия эндометрия (РГЭ), являются доброкачественными с точки зрения патоморфолога, тем не менее учитывая возраст пациенток и комплексность поражения, могут рассматриваться предраковыми с позиций клинициста.

Материалом исследования явились данные проспективного обследования 171 больной в постменопаузе. Все пациентки прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В ходе углубленного обследования были сформированы две клинические группы.

В основную группу вошли 89 женщин с наличием МС; контрольную группу составили 82 женщины, не имеющие МС. Внутри основной группы выделены две подгруппы женщин: 1-я – с изолированной формой патологии эндометрия (30) и 2-я – с СПМ (59); в контрольной группе соответственно наблюдались: 1-я подгруппа – 48 пациенток с изолированной патологией эндометрия и 2-я подгруппа – 34 женщины с сочетанной формой пролиферативных процессов матки.

Диагностика МС основывалась на критериях, утвержденных ВОЗ.

В понятие СПМ мы объединили патологию эндо- и миометрия: патология эндометрия в сочетании с ЛМ, патология эндометрия и аденомиоз (АМ), АМ и ЛМ, а также все три патологии одновременно. В понятие патология эндометрия мы включили гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), полипы эндометрия (ПЭ) железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) и АЭ (при условии наличия метроррагии).

В комплекс обследования находившихся под наблюдением женщин входили: тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, объективное обследование, дополнительные методы обследования: гистероскопия по общепринятым методикам.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании пациенток обеих групп нами выявлены следующие виды СПМ:

- ЛМ и АЭ – у 18 (20,22±2,25%) наблюдаемых группы с МС и у 14 (17,07±1,15%) группы без МС;
- ЛМ и ПЭ – у 30 (33,71±3,01%) обследуемых основной группы и у 18 (21,95±2,57%) контрольной (p<0,01);
- ЛМ в сочетании с ЖГЭ – у 7 (7,87±1,85%) женщин основной группы, в контрольной группе не выявлена (p<0,001);

- ЛМ в сочетании с АМ и ПЭ – у 4 (4,49±1,19%) пациенток, имеющих МС, и у 2 (2,44±0,74%) без признаков МС.

Изолированная патология эндометрия в основной и контрольной группах представлена следующим образом:

- АЭ в группе с МС – у 10 (11,24±1,34%) женщин и у 23 (28,05±2,96%;  $p < 0,001$ ) без МС;

- ПЭ – у 16 (17,98±1,01%) пациенток основной группы и у 25 (30,49±3,08%;  $p < 0,001$ ) группы контроля;

- ЖГЭ – у 4 (4,49±1,19%;  $p < 0,001$ ) основной группы, в группе контроля железистая гиперплазия эндометрия не диагностирована.

Итак, в основной группе достоверно чаще диагностированы сочетания ЛМ и ЖГЭ, ЛМ и ПЭ, при изолированной форме патологии эндометрия также в группе с МС чаще встречались ГЭ. В группе контроля при изолированной форме патологии эндометрия достоверно чаще выявлены АЭ и ПЭ.

При анализе возраста проспективно обследованных больных в подгруппах, в свою очередь распределенных по наличию изолированной или сочетанной форм патологии эндо- и миометрия, было отмечено, что в основной группе с наличием изолированной патологии эндометрия средний возраст составил 60,51±1,51 года, с СПМ – 57,86±0,99 года, в контрольной группе с ИПЭ – 60,54±1,34 и с СПМ – 58,02±1,53 года ( $p > 0,05$ ). Итак, возраст больных был незначительно меньшим в подгруппах с СПМ ( $p > 0,05$ ) обеих групп.

Анализ возраста наступления менопаузы показал следующие особенности: у пациенток, имеющих МС, с изолированной формой патологии эндометрия менопауза наступила в 50,64±0,66 года, при сочетанной форме патологии мио- и эндометрия – в 50,75±0,32 года; в группе женщин, не имеющих МС – 50,47±0,36 и в 51,11±0,56 года соответственно.

Каждая из проспективно обследованных групп, в свою очередь, были разделены на подгруппы по продолжительности постменопаузы: до 5-и, 6–10-и лет, более 11-и лет.

Женщины с проявлениями МС и изолированной патологией эндометрия по продолжительности постменопаузы были распределены следующим образом: продолжительность постменопаузы до 5 лет – у 10 (33,33±3,06%), 6–10 лет – у 10 (33,33±3,06%), более 11 лет – у 10 (33,34±3,06%) пациенток. Среди пациенток без проявлений МС с изолированной формой патологии эндометрия было 17 (35,42±3,90%), 17 (35,42±3,90%), 14 (29,17±2,56%) женщин соответственно.

Клиническая симптоматика у наблюдаемых женщин отличалась значительным разнообразием симптомов, что обусловлено различными факторами: длительностью заболевания, сочетанием нескольких патологических процессов гениталий, особенностями предшествующего проводимого лечения, соматической патологией. В основном клиническая картина гиперпластических процессов матки у обследуемых женщин характеризовалась маточными кровотечениями (различной степени выраженности и продолжительности) и болевым синдромом.

При проведении гистероскопии удалось выявить подслизистую локализацию узла в группе женщин с МС в 4 (6,78±0,27%) случаях и в группе пациен-

ток, не имеющих МС, – в 3 (8,82±0,86%). Совпадение результатов с морфологическим диагнозом составило 87,50%.

В наших исследованиях аденомиоз 1 стадии удалось обнаружить в основной группе в 3 (5,08±1,85%) случаях, совпадение с гистологическим диагнозом – 80,0%; в группе контроля соответственно в 2 (5,88±1,03%), совпадение с гистологическим диагнозом – 85,71%.

Полипы в постменопаузе часто встречаются на фоне атрофического эндометрия, при этом видны полиповидные разрастания от 0,5 см до 2,0 см и более. В нашем исследовании при гистероскопии полипы эндометрия выявлены в группе с СПМ и МС у 30 (50,85±4,50%) женщин, в группе без МС и СПМ – у 20 (58,82±5,44%); в основной группе с ИПЭ – у 18 (60,00±5,99%) женщин, в контрольной с изолированной патологией эндометрия – у 22 (45,83±4,19%;  $p < 0,05$ ). Совпадение гистероскопического и гистологического заключений составило в группе пациенток с МС и сочетанной патологией матки 90,62% и с изолированной патологией эндометрия – 94,44%; в группе без МС – 93,10% и 90,90% соответственно.

Атрофия эндометрия при ГСК обычно имела следующую картину: тонкая, бледная слизистая, через которую видны варикозно-расширенные вены, кровоизлияния различной величины от мелкоточечных до более крупных. Подобная картина выявлена в группе с МС и СПМ у 20 (33,90±3,16%) пациенток, в группе без МС с СПМ – у 12 (35,29±3,19%); в основной группе с ИПЭ – у 8 (26,67±2,07%) женщин, в контрольной с ИПЭ – у 25 (52,08±4,21%;  $p < 0,001$ ). Совпадение результатов с морфологическим исследованием составило в основной группе с СПМ 91,66, с ИПЭ – 88,88%; в группе контроля – 88,88 и 92,85% соответственно.

Признаками, характерными для гиперпластического процесса эндометрия (простой формы) были следующие: утолщение эндометрия более 5 мм; эндометрий, образующий складки различной высоты (феномен «ловушки»), бледно-розового цвета с выраженным сосудистым рисунком. На поверхности слизистой при кистозной форме гиперплазии просматривалось большое количество протоков желез (прозрачные точки) и кистозных полостей диаметром 2–3 мм. При изменении скорости подачи жидкости отмечалось волнообразное движение эндометрия, (феномен «водных растений»).

Гистероскопическая картина гиперплазии эндометрия выявлена у женщин основной группы с СПМ в 9 (15,25±2,08%) случаях, в контрольной группе – в 2 (5,88±1,03%;  $p < 0,001$ ), в основной группе с изолированной патологией эндометрия – в 4 (13,33±1,20%), в аналогичной контрольной группе у одной (2,08±0,05%;  $p < 0,001$ ). Совпадение результатов гистероскопии с морфологическим диагнозом составило в группе женщин с проявлениями МС и СПМ 87,50, у этих же пациенток с изолированной патологией эндометрия – 80,00%, в группе без МС соответственно – 82,95%.

Следовательно, при гистероскопическом исследовании у женщин основной группы (в обеих подгруппах) чаще встречалась гиперплазия эндометрия, в то время как в контрольной группе женщин, имеющих ИПЭ, чаще отмечена атрофия эндометрия.

Совпадение заключений морфологического исследования соскобов эндометрия и гистероскопических исследований выявлено у 156 женщин (91,22%).

В комплексное обследование больных входила также простая и расширенная кольпоскопия шейки матки с последующей прицельной биопсией. Патология экзоцервикса подтверждалась данными морфологического исследования биоптатов.

Наиболее часто встречающимся кольпоскопическим признаком был эндоцервицит, который выявлен у 16 ( $27,12 \pm 3,78\%$ ) пациенток основной группы с СПМ, в контрольной – у 5 ( $14,71 \pm 3,07\%$ ;  $p < 0,01$ ) женщин; доброкачественная зона трансформации с открытыми и закрытыми железами без островков цилиндрического эпителия обнаружена в группе женщин с МС и СПМ в 13 ( $22,03 \pm 2,39\%$ ) случаях, в группе без проявлений МС и СПМ – в 7 ( $20,59 \pm 2,93\%$ ).

Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки отмечена у 7 ( $11,86 \pm 2,24\%$ ) пациенток основной группы с СПМ и у 3 ( $8,82 \pm 0,86\%$ ) – в контрольной группе. Частым было сочетание доброкачественной зоны трансформации с железисто-мышечной гипертрофией. Диффузная атрофия эпителия шейки матки в сочетании с воспалением слизистой влагалища и экзоцервикса диагностирована у 6 ( $10,57 \pm 1,93\%$ ) женщин, страдающих МС и у 4 ( $11,76 \pm 2,04\%$ ) пациенток без МС. Рубцовая деформация шейки матки диагностирована у 5 ( $8,47 \pm 1,62\%$ ) женщин с СПМ в основной группе, в группе контроля – у 4 ( $11,76 \pm 2,04\%$ ).

Полип цервикального канала выявлен у 5 ( $8,47 \pm 1,62\%$ ) пациенток с СПМ в основной группе; в группе контроля с СПМ – у 3 ( $8,82 \pm 0,86\%$ ). В полипах эндоцервикса в 75,65% случаев отмечалась плоскоклеточная гиперплазия из резервных клеток цилиндрического эпителия, возникающая, как правило, на фоне воспалительных процессов. Элонгация шейки матки обнаружена у 3 ( $5,08 \pm 0,85\%$ ) пациенток с СПМ в группе с признаками МС и у 2 ( $5,88 \pm 1,03\%$ ) женщин с СПМ – в группе без МС.

Эндоцервицит в основной группе с изолированной патологией эндометрия обнаружен у 8 ( $26,67 \pm 3,07\%$ ) и в контрольной группе – у 3 ( $6,25 \pm 0,49\%$ ;  $p < 0,001$ ) пациенток. Диффузная атрофия эпителия в сочетании с воспалением слизистой влагалища и экзоцервикса диагностирована у 4 ( $13,33 \pm 1,20\%$ ) и у 4 ( $8,33 \pm 0,98\%$ ) обследованных соответственно.

Доброкачественная зона трансформации с открытыми и закрытыми железами в группе с МС и ИПЭ диагностирована у 3 ( $10,00 \pm 1,47\%$ ) женщин, в группе без МС и ИПЭ – у 3 ( $6,25 \pm 0,49\%$ ). Полип цервикального канала в основной группе с ИПЭ выявлен у 2 ( $6,67 \pm 0,55\%$ ) пациенток и у 10 ( $20,83 \pm 3,86\%$ ;  $p < 0,001$ ) – группы контроля.

Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки в группе с признаками МС и изолированной патологией эндометрия выявлена у 2 ( $6,67 \pm 0,55\%$ ) пациенток, в группе без МС – у 3 ( $6,25 \pm 0,49\%$ ); рубцовая деформация в основной группе с изолированной патологией эндометрия отмечена у 2 ( $6,67 \pm 0,55\%$ ) и 3 ( $6,25 \pm 0,49\%$ ) женщин группы контроля.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что у обследованных больных весьма значительно распространены сопутствующие патологические состояния шейки матки с преобладанием фоновых процессов. Эндоцервицит и полип цервикального канала имеют достоверно значимые отличия в обеих подгруппах основной и контрольной групп, что указывает на несомненную роль воспалительного компонента в патогенезе данной патологии. Достоверно чаще в обеих подгруппах основной группы встречались сочетания нескольких фоновых процессов шейки матки.

Следует отметить, что наибольшую достоверность диагностики сочетанной патологии матки у больных постменопаузального возраста (97,3%) удалось достичь последовательным применением данных методов, в то время как каждый из них в отдельности мог давать диагностические ошибки. Подтверждением высокой диагностической ценности подобного алгоритма явилась значительная доля совпадений клинического и морфологического диагноза у прооперированных пациенток. Кроме того, в алгоритм обследования больных данной группы, учитывая несомненную синхронность развития пролиферативных процессов половой сферы женщины, необходимо включать адекватное эндоскопическое обследование эндо- и экзоцервикса.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности гистероскопической оценки сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

### Діагностика поєднаної патології матки в період постменопаузи з використанням сучасних ендоскопічних технологій В.А. Шамрай

Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічного оцінювання при поєднаній патології матки у жінок періоду постменопаузи. Встановлені особливості необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки, період постменопаузи, гістероскопія.

### Diagnostics of complex uterus pathologies in postmenopausal period with use modern endoscopic technologies V.A. Shamraj

Results of the spent researches testifies about high degree information hysteroscopic estimation complex pathologies of a uterus at women postmenopausal period. The established features are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at these patients.

**Key words:** complex uterus pathology, postmenopausal period, hysteroscopia.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоваризэктомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2006. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: СПб МАПО. – 2005. – 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.
6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демина, Ю.А. Голова и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2009. – 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журн. – 2006. – № 1. – С. 61–63.

## Влияние неблагоприятных факторов труда медицинских работников на развитие генитальной патологии

**А.С. Шельгин**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствует о высокой частоте гинекологической заболеваемости медицинских работников различного звена – врачей и медсестер. При этом частота и структура генитальной патологии зависит не только от конкретной специальности, но и от стажа работы в медицине. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

*Ключевые слова:* медицинские работники, гинекологическая заболеваемость.

В настоящее время приоритетным моментом 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 гинекологической заболеваемости женщин – медицинских работников, что, безусловно оказывает существенное влияние на состояние их репродуктивного здоровья.

**Целью** настоящего исследования было изучение влияния неблагоприятных факторов труда медицинских работников на развитие генитальной патологии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первоначальном этапе с целью выявления основных особенностей профессиональной заболеваемости женщин – медицинских работников нами была проведена комплексная клинико-лабораторная и функциональная оценка состояния здоровья, в том числе и гинекологической заболеваемости, у 100 женщин врачей различных специальностей и у 100 женщин средних медицинских работников.

В исследовании были включены отделения различного профиля: терапевтические, хирургические, интенсивной терапии и реанимации, офтальмологические, кардиологические, пульмонологические, инфекционные, лабораторно-диагности-



ческие, функционально-диагностическое и физиотерапевтические, рентгенологическое, акушерско-гинекологическое и стоматологическое.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для решения поставленной цели нами проведен анализ хронической гинекологической заболеваемости медицинских работников по данным углубленного гинекологического осмотра.

Анализ структуры хронической гинекологической заболеваемости женщин медицинских работников выявил, наибольший процент воспалительных болезней женских тазовых органов (39,0%). Среди воспалительных заболеваний гениталий часто встречались кольпиты, которые, по-видимому, развиваются на фоне неблагоприятных условий труда (подъем и перемещение тяжестей, постоянный контакт с микробной флорой на рабочем месте, нервно-эмоциональные нагрузки) на втором месте диагностировались нарушения менструального цикла (22,0%), третье ранговое место в структуре принадлежит опущениям женских половых органов (13,0%).

Также была проанализирована структура заболеваемости в каждой профессиональной группе.

У врачей-хирургов первое место в структуре гинекологических заболеваний занимают воспалительные болезни женских тазовых органов (35,0%), второе место – нарушения менструальной функции (по 25,0%), третье ранговое место принадлежит опущению половых органов (15,0%).

Структура хронической гинекологической заболеваемости у терапевтов несколько отличается от хирургов. Первое место занимают воспалительные болезни женских тазовых органов, составляя 50%. Высокое число воспалительных заболеваний, вероятно, связано с постоянным контактом с микробной флорой. На втором ранговом месте находятся прочие не воспалительные болезни женских тазовых органов – 16,0%. Опущения половых органов занимает третье ранговое место у этих работниц, составляя по 15,0%.

Структура гинекологической заболеваемости у акушеров-гинекологов и акушерок очень сходна со структурой заболеваемости хирургов. Первое место занимают воспалительные болезни женских тазовых органов (39,0% и 38,0%), второе место – нарушением менструального цикла (по 25,0% и 23,0%), третье ранговое место принадлежит опущению половых органов (16,0% и 21,0%).

У среднего медицинского персонала хирургического профиля первое место в гинекологической заболеваемости занимают воспалительные болезни женских тазовых органов (34,0%), второе место – нарушением менструального цикла (по 27,0%), третье ранговое место принадлежит опущению половых органов (12,0%).

В структуре хронической гинекологической заболеваемости у среднего медицинского персонала терапевтического профиля первое место занимают воспалительные болезни женских тазовых органов, составляя 42,0%. На втором ранговом месте находятся прочие не воспалительные болезни женских тазовых органов – 21,0%. Опущения половых органов занимает третье место у этих работниц, составляя по 8,0%.

Структура хронической гинекологической заболеваемости специалистов клинико-лабораторного звена также представлена воспалительными болезнями жен-

ских тазовых органов (46,0%), нарушением менструального цикла (18,0%>), опущением половых органов и доброкачественными заболеваниями гениталий (по 12,0%).

Структура хронической гинекологической заболеваемости физиотерапевтов также представлена воспалительными болезнями женских тазовых органов (28,0%), нарушениями менструального цикла (25,0%) и опущением половых органов (по 23,0%).

Заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов занимает лидирующее место среди хронической патологии гениталий.

У врачей хирургов, терапевтов, акушеров-гинекологов и акушерок выявлена достоверно более высокая заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов (N70-77 по МКБ-10), уровень которых составила  $24,29 \pm 3,6$ ;  $27,4 \pm 3,17$ ;  $28,8 \pm 4,05$  и  $27,5 \pm 4,07$  случаев на 100 работников в ( $p < 0,01$ ) по сравнению с работницами группы сравнения ( $12,9 \pm 2,6$  случаев на 100 работников). В эту группу болезней входят кольпиты (N76.1), воспалительные болезни шейки матки (N72), сальпингиты и оофориты (N70.1). Наиболее значимый вклад в воспалительные болезни женских тазовых органов вносят воспалительные болезни шейки матки, составляя  $21,9 \pm 7,3$  случаев на 100 работниц у акушеров-гинекологов ( $p < 0,05$ ) и  $20,2 \pm 3,5$  на 100 работниц у акушерок ( $p < 0,01$ ), что превышает заболеваемость данной патологией в группе сравнения ( $3,6 \pm 3,5$  на 100).

Нарушение менструального цикла достоверно чаще диагностировалось у врачей хирургов ( $17,14 \pm 3,10$ )  $p < 0,05$ , акушеров-гинекологов ( $19,2 \pm 3,52$ )  $p < 0,05$ , акушерок ( $16,6 \pm 3,4$ )  $p < 0,05$  и среднего медицинского персонала хирургического профиля ( $21,6 \pm 2,3$ )  $p < 0,01$  при показателях в группе сравнения  $8,38 \pm 2,2$ . По-видимому, столь повышенный уровень нарушений менструального цикла связан с особенностями труда специалистов хирургического профиля. Это и высокая нервно-эмоциональная нагрузка, частые стрессовые ситуации, анестетики и другие лекарственные препараты в операционной.

Опущение женских половых органов (N81.1/81.6 по МКБ-10) достоверно чаще диагностировалось у врачей хирургов ( $10,75 \pm 2,6$ )  $p < 0,05$ , акушеров-гинекологов ( $12,0 \pm 2,9$ )  $p < 0,05$ , акушерок ( $15,0 \pm 3,2$ )  $p < 0,01$  и среднего медицинского персонала хирургического профиля ( $9,7 \pm 1,1$ )  $p < 0,05$  при показателях в группе сравнения  $4,5 \pm 1,6$ , что связано с тяжестью трудового процесса (рабочая поза, перемещение больных, оборудования, лекарственных препаратов).

Заболеваемость не воспалительными болезнями женскими тазовых органов была достоверно выше у среднего медицинского персонала хирургического профиля и составила  $11,0 \pm 1,78$  случаев на 100 работников при  $4,5 \pm 1,6$  случаев на 100 работников в группе сравнения.

Заболеваемость доброкачественными новообразованиями половых органов (миомой матки) (D25) была достоверно выше у физиотерапевтов ( $6,72 \pm 3,27$ )  $p < 0,05$ ; у акушерок ( $6,6 \pm 2,2$ )  $p < 0,01$ ; среднего медицинского персонала терапевтического профиля ( $8,46 \pm 2,02$ )  $p < 0,05$  по сравнению с группой сравнения ( $4,5 \pm 1,6$ ).

С целью выявления влияния стажа работы в профессии на распространенность патологии у женщин медицинских работников основных профессий были разделены на 4 группы: первую группу составили работницы со стажем работы в

профессии до 5 лет, вторую - со стажем 5-10 лет, третью - 10-15 лет и четвертую более 15 лет.

Из полученных данных видна тенденция увеличения числа нарушений менструального цикла, не воспалительными болезнями женских тазовых органов, доброкачественными новообразованиями, опущением женских половых органов. Выявлено достоверное увеличение числа не воспалительных заболеваний женских тазовых органов, в частности, эндометриозом, в группе женщин хирургов, имеющих стаж 10–14 лет по сравнению с женщинами стажевой группы 5–9 лет. Также достоверно установлено увеличение заболеваемости в виде опущений женских половых органов при стаже работы 10–14 лет.

Анализ распространенности гинекологической патологии среди женщин терапевтов показал, что воспалительные болезни женских тазовых органов в группе со стажем в профессии 5–9 лет составляют  $33,8 \pm 5,6$  случаев на 100 работниц, что достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой со стажем до 5 лет ( $71,4 \pm 9,8$  случаев на 100 работников). Этот факт можно объяснить возрастными особенностями женского организма: снижение выработки эстрогенов и как следствие угасание воспалительных процессов. Наблюдается тенденция к снижению заболеваемости воспалительными болезнями женских тазовых органов (кольпиты, воспалительные болезни шейки матки, сальпингиты и оофориты) с увеличением стажа.

Распространенность заболеваний связанных с опущением половых органов имеет тенденцию к увеличению с увеличением продолжительности работы в профессии. Не воспалительные болезни женских тазовых органов у женщин терапевтов при стаже 10–14 лет достоверно чаще встречаются, чем у тех же специалистов, имеющих стаж 5–9 лет ( $p < 0,05$ ).

Наблюдается тенденция увеличения заболеваемости воспалительными и не воспалительными болезнями женских тазовых органов, доброкачественными образованиями половых органов, опущением матки и стенок влагалища у женщин акушеров-гинекологов с возрастанием стажа работы в специальности.

Достоверно чаще встречалась дисфункция яичников у врачей акушеров-гинекологов со стажем работы 10–14 лет ( $38,7 \pm 8,7$ ) по сравнению с группой, имеющих стаж 5–9 лет ( $15,05 \pm 6,24$  случаев на 100 работников), что достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Этот факт можно объяснить возрастным снижением выработки эстрогенов и как следствие угасанием воспалительных процессов.

При анализе гинекологической заболеваемости акушеров в зависимости от стажа было выявлено достоверное увеличение числа заболеваний в виде опущений женских половых органов в группе женщин имеющих стаж 10–14 лет ( $29,4 \pm 7,8$ ) по сравнению с акушерками, имеющими стаж 5–9 лет ( $4,65 \pm 3,21$ ) ( $p < 0,01$ ).

Распространенность хронической гинекологической патологии среднего медицинского персонала хирургического профиля разных стажевых групп свидетельствует о тенденции к увеличению всех нозологических форм гинекологической заболеваемости в зависимости от стажа у среднего медицинского персонала хирургического профиля. Было выявлено достоверное увеличение числа заболеваний вследствие опущения половых органов ( $14,12 \pm 3,7$ ) ( $p < 0,05$ ) и воспалительные болезни женских тазовых органов ( $45,88 \pm 5,4$ ) ( $p < 0,01$ ) при стаже 10–14 лет по сравнению со стажем 5–9 лет ( $5,51 \pm 2,02$  и  $23,62 \pm 3,7$ ). Дисфункция яичников у среднего меди-

цинского персонала хирургического профиля наблюдалась достоверно чаще при стаже 5-9 лет, по сравнению с группой женщин до 5 лет ( $11,29 \pm 4,09$ ) ( $p < 0,01$ ).

При анализе полученных данных видно, что у среднего медицинского персонала терапевтического профиля наблюдается тенденция увеличения числа нарушений менструального цикла, не воспалительными болезнями женских тазовых органов в зависимости от стажа работы.

Оценка хронической гинекологической заболеваемости женщин медицинских работников основных специальностей выявила, что заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов в группах врачей хирургов ( $24,29 \pm 3,62$  случаев на 100 работниц), терапевтов ( $27,4 \pm 3,17$  случаев на 100 работников), акушеров-гинекологов ( $28,8 \pm 4,05$  случаев на 100 работников), акушеров ( $27,5 \pm 6,09$  случаев на 100 работников) была выше ( $p < 0,05$ ) по сравнению с заболеваемостью работников группы сравнения ( $12,9 \pm 2,6$  случаев на 100 работниц). Заболеваемость дисфункцией яичников составила  $21,4 \pm 3,46$  случаев на 100 работников в группе хирургов и  $22,4 \pm 3,7$  случаев на 100 работников в группе контроля ( $p < 0,01$ ) при  $8,38 \pm 2,2$  случаев в группе сравнения. Заболеваемость опущением матки и влагалища встречалась достоверно чаще у врачей хирургов ( $10,7 \pm 2,6$  случаев на 100 работников), акушеров-гинекологов ( $12,0 \pm 2,9$  случаев на 100 работников) ( $p < 0,05$ ) и у акушеров ( $15,0 \pm 3,26$  случаев на 100 работников), среднего медицинского персонала хирургического профиля ( $9,7 \pm 1,1$  случаев на 100 работников) ( $p < 0,01$ ).

Выявлено достоверное увеличение числа заболеваний не воспалительными болезнями женских тазовых органов, в частности эндометриозом. В группе женщин хирургов, имеющих стаж 10–14 лет по сравнению с женщинами стажевой группы 5–9 лет. Также достоверно установлено увеличение заболеваемости вследствие опущений женских половых органов у женщин хирургов, при стаже работы 10–14 лет. Частота опущений стенок влагалища и матки у женщин медицинских работников увеличивается как с возрастом, так и в стажевых группах, что связано с физиологическими возрастными процессами, происходящими в структуре мышечной ткани и наличием значительной физической нагрузки и вынужденной рабочей позы. Анализ распространенности гинекологической патологии у женщин терапевтов показал, что воспалительные болезни женских тазовых органов у специалистов со стажем в профессии 5–9 лет составляют  $33,8 \pm 5,6$  случаев на 100 работниц, что достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) по сравнению с женщинами той же профессии, имеющими стаж до 5 лет ( $71,4 \pm 9,85$ ) случаев на 100 работниц). Достоверно чаще встречались нарушения менструального цикла у врачей акушеров-гинекологов со стажем работы 10–14 лет ( $38,7 \pm 8,7$ ) по сравнению с группой имеющей стаж 5–9 лет ( $15,05 \pm 6,24$  случаев на 100 работающих), что достоверно выше ( $p < 0,05$ ).

При анализе гинекологической заболеваемости акушеров в зависимости от стажа было выявлено достоверное увеличение числа заболеваний в виде опущений женских половых органов в группе женщин при стаже 10–14 лет  $29,4 \pm 7,8$  по сравнению с акушерками, имеющими стаж 5–9 лет  $4,65 \pm 3,21$  ( $p < 0,01$ ).

Было выявлено достоверное увеличение числа опущением половых органов ( $14,12 \pm 3,7$ ) ( $p < 0,05$ ) и воспалительных болезней женских тазовых органов ( $45,88 \pm 5,4$ ) ( $p < 0,01$ ) при стаже 10–14 лет по сравнению со стажем 5–9 лет ( $5,51 \pm 2,02$  и  $23,62 \pm 3,7$ ) у среднего медицинского персонала хирургического профи-

ля. Дисфункция яичников у среднего медицинского персонала хирургического профиля наблюдалась достоверно чаще при стаже 5–9 лет, по сравнению с группой со стажем до 5 лет  $11,29 \pm 4,09$  ( $p < 0,01$ ).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте гинекологической заболеваемости медицинских работников различного звена – врачей и медсестер. При этом частота и структура генитальной патологии зависит не только от конкретной специальности, но и от стажа работы в медицине. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Вплив несприятливих чинників праці медичних працівників на розвиток генітальної патології

**А.С. Шелигін**

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту гінекологічної захворюваності медичних працівників різної ланки – лікарів і медсестер. При цьому частота і структура генітальної патології залежить не лише від конкретної спеціальності, але і від стажу роботи в медицині. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** медичні працівники, гінекологічна захворюваність.

### Influence of adverse factors of work of medical workers on development genital pathologies

**A.S. Shelygin**

Results of the spent researches testifies to high frequency of gynecologic disease of medical workers of a various link – doctors and nurses. Thus frequency and structure genital pathologies depends not only on a concrete speciality, but also from the work experience in medicine. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** medical workers, gynecologic disease.

### 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.

## Возможности прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений при длительной внутриматочной контрацепции

**В.С. Страховецкий**

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

Разработана и внедрена методика прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений при использовании внутриматочной контрацепции на основе нейросетевого моделирования. Широкое внедрение разработанной методики позволяет снизить частоту воспалительных осложнений при использовании внутриматочной контрацепции и уровень нарушений репродуктивной системы.

**Ключевые слова:** внутриматочная контрацепция, воспалительные осложнения, прогнозирование.

В современном обществе исключительная роль женщин обусловлена не только потенциалом в решении проблем народонаселения, специфичностью функции деторождения, доминирующей ролью в поддержании и сохранении домашнего очага, семьи, в воспитании ребенка, но и в полноценном участии в общественной и социально-хозяйственной жизни государства.

Репродуктивное здоровье – индикатор состояния здоровья общества и государства, а реализация стратегии в области охраны репродуктивного здоровья населения базируется на изучении репродуктивного здоровья и поведения населения с учетом совершенствования медико-профилактической помощи семьи.

Внутриматочная контрацепция является одним из распространенных методов регуляции рождаемости, которая необоснованно широко использовалась у нас в стране в 80-е годы, а последствия этого дают знать о себе сегодня. В то же время ее использование нередко сопровождается осложнениями, среди которых значительное место занимают воспалительные заболевания гениталий, риск которых увеличивается в несколько раз [1–4]. Кроме того, очень важным аспектом является атипичное течение воспалительных заболеваний репродуктивной системы на фоне длительного использования внутриматочной контрацепции с частым поражением кишечника и сальника, что требует проведения достаточно большого объема оперативного вмешательства и в ряде случаев приводит к инвалидизации молодых женщин.

Несмотря на целый ряд работ по проблеме использования внутриматочной контрацепции до сих пор отсутствует единая точка зрения на возможности длительного использования внутриматочных контрацептивов с учетом репродуктивного здоровья женщин в современных условиях. Кроме того, недостаточно изучены вопросы, связанные с длительностью использования широко доступных и популярных внутриматочных средств контрацепции, которые могут влиять на развитие воспалительных процессов женских половых органов. В последние годы осо-

бенно вырос интерес к изучению возможности прогнозирования гнойно-воспалительных заболеваний на фоне длительного использования внутриматочной контрацепции, однако работы в данном направлении являются единичными и носят разноречивый характер.

**Целью** настоящего научного исследования была разработка методики прогнозирования гнойно-воспалительных заболеваний у пациенток с длительным использованием внутриматочной контрацепции.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и микробиологическое обследование 50 пациенток с гнойно-воспалительными осложнениями на фоне длительного использования внутриматочной контрацепции. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, иммунологические, биохимические, микробиологические и статистические методы исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Использование компьютерных нейронных сетей для решения задач перспективного прогнозирования гнойно-воспалительных заболеваний на фоне внутриматочной контрацепции является достаточно простой и информативной технологией. Технология создания нейросетевых экспертных систем и программный продукт (программа Statinfo-04 «Neuro-Master») разработаны и усовершенствованы на кафедре медицинской информатики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика под руководством профессора Минцера А.П.

Медицинские задачи всегда решаются интуитивно и имеют и имеют достоверный ответ. Даже самый опытный врач вряд ли скажет, что он уверен в диагнозе или прогнозе на все сто процентов. Поэтому решения, принятые экспертными системами, должны быть достоверными. Не случайно большинство диагностических систем, основанных на формальных правилах, не получили широкого практического применения.

Как было уже отмечено выше, целью настоящего научного исследования было создание компьютерной нейросетевой экспертной системы, при введении в которую основных данных про пациенток с внутриматочной контрацепцией, врач мог бы получить вероятный прогноз развития воспалительных заболеваний, а также вероятность развития тубовариальных воспалительных образований, пельвио- и разлитого перитонита.

Для создания нейронных сетей были поставлены ряд задач (табл. 1).

Кроме того, для создания новой программы был необходим набор примеров (задачник) с входными параметрами (данными, на основании которых будто проводится прогноз). Учебная выборка состояла из 150 примеров с заранее известными ответами, которые отвечают задачам программирования. Входными данными служили сведения о том, как протекал период до установления внутриматочного контрацептива; особенности введения внутриматочного контрацептива; характер менструальной функции после введения контрацептива; клиническое течение воспалительного процесса гениталий; особенности проводимых лечебно-профилакти-

Таблица 1

### Задачи для обучения нейронных сетей

Задачи
Прогноз развития нарушений менструального цикла (гиперполименорея)
Прогноз развития острого эндометрита
Прогноз развития острого эндомиометрита
Прогноз развития острого эндомиометрита и сальпингоофорита
Прогноз развития воспалительных тубовариальных заболеваний гениталий
Прогноз развития пельвиоперитонита
Прогноз развития разлитого перитонита
Прогноз развития межпетлевых абсцессов
Прогноз развития полиорганной недостаточности
Прогноз развития послеоперационной раневой инфекции
Прогноз развития послеоперационных абсцессов брюшной полости
Прогноз развития послеоперационного перитонита

ческих мероприятий; сроки и характер удаления внутриматочного контрацептива; результаты лабораторных, микробиологических и функциональных методов исследования. Для каждого вида прогноза создавалась самостоятельная нейронная сеть из 8 нейронов, которая основывалась на базе 162 исходных параметров. При создании экспертной системы практически всегда возникает необходимость сократить количество параметров, которые необходимо ввести пользователю будущей экспертной системы для получения ответа. Поэтому во время создания нейросетевой системы проводится стандартная процедура минимизации числа изучаемых параметров, которая осуществляется в два этапа отдельно для каждой нейросети:

1. После успешного создания нейросети проводится анализ относительной значимости обучающих параметров.
2. Заданное число обучающих параметров с наименьшей значимостью (обычно 1-3) отделяют с обучения путем блокирования соответствующих входных синапсов нейросети, и обучение продолжается.

При необходимости цикл минимизации повторяется, пока не будет получен минимальный набор исходных данных, на которых нейросеть дает приемлемый результат при тестировании. Промежуточные результаты этой процедуры – показатели значимости обучающих параметров, которые сами по себе представляют научный интерес, потому что позволяют анализировать этиологию и патогенез развития прогнозируемого явления.

В результате использования процедуры минимизации из 106 начальных параметров были оставлены только 22, на основе которых все нейросети могли соответствовать поставленным задачам. В табл.2 приведены средние показатели значимо-

Таблица 2

## Средняя относительная значимость обучающих параметров

Бесплодие в анамнезе	0,120
Воспалительные заболевания генитальной локализации в анамнезе	0,120
Нарушения менструального цикла в анамнезе	0,110
Воспалительные заболевания экстрагенитальной локализации в анамнезе	0,120
Наличие воспалительных заболеваний урогенитального тракта у полового партнера	0,190
Повторное использование внутриматочного контрацептива	0,190
Введение внутриматочного контрацептива на хронической инфекции урогенитального тракта	0,190
Введение внутриматочного контрацептива на фоне нарушений менструального цикла	0,200
Патологические изменения шейки матки воспалительного генеза	0,210
Снижение числа СД3+; СД4+; СД16+ и СД20+	0,220
Повышение числа СД8+ и СД23+	0,220
Дисфункция показателей фагоцитоза	0,230
Снижение уровня $\beta$ -лизинов	0,230
Повышение уровня $\alpha$ - и сывороточного интерферона	0,230
Снижение уровня лизоцима	0,250
Снижение обсемененности <i>Lactobacillus spp.</i> и <i>Bifidobacterium spp.</i>	0,270
Повышение обсемененности <i>E. coli (lac+)</i> ; <i>E. coli (lac-)</i> ; <i>E. coli (haem+)</i> ; <i>Enterococcus spp.</i> ; <i>S. aureus</i> и <i>Candida spp.</i>	0,280
Появление обсемененности <i>Bacteroides spp.</i> ; <i>Peptococcus spp.</i> и <i>Peptostreptococcus spp.</i>	0,300
Появление болевого симптома	0,310
Появление гипертермии	0,320
Появление симптомов интоксикации	0,350
Появление симптомов инфекционно-токсического шока	0,400

сти оставленных параметров, которые расположены в порядке убывания их значимости. Как очевидно из данных этой таблицы, наиболее значимыми параметрами, от которых зависит развитие воспалительных заболеваний гениталий на фоне внутриматочной контрацепции являются данные анамнеза; результаты иммунологического и микробиологического обследования, а также основные клинические проявления локализованного и генерализованного воспаления гениталий.

Таблица 3

## Результаты тестирования

Вид прогноза	Количество правильных ответов
Прогноз развития нарушений менструального цикла (гиперполименорея)	30 (87,5%)
Прогноз развития острого эндометрита	31 (86,3%)
Прогноз развития острого эндомиометрита	27 (88,6%)
Прогноз развития острого эндомиометрита и сальпингоофорита	25 (94,3%)
Прогноз развития воспалительных тубовариальных заболеваний гениталий	23 (91,5%)
Прогноз развития пельвиоперитонита	13 (87,9%)
Прогноз развития разлитого перитонита	8 (89,3%)
Прогноз развития межпетлевых абсцессов	7 (87,3%)
Прогноз развития полиорганной недостаточности	5 (84,6%)
Прогноз развития послеоперационной раневой инфекции	15 (83,1%)
Прогноз развития послеоперационных абсцессов брюшной полости	8 (81,3%)
Прогноз развития послеоперационного перитонита	5 (75,7%)

После формирования комплекта обучающих нейросетей была создана компьютерная экспертная система, которая состоит из трех основных блоков: блока ввода данных, блока рассчитываемых параметров и блока результатов прогноза. Все данные находятся в стандартной таблице формата Paradox 5.0, что позволяет сохранить информацию о необходимом количестве пациенток. В эту запись с помощью блока введения первичных данных пользователь вносит информацию о пациентке, которая была указана выше. Нажимая на панели кнопку «тест», пользователь может получить информацию о прогнозировании экспертной системой осложнений и параметры дополнительных методов исследования. Выведенная при тестировании информация носит достоверный характер, т.е. система оповещает пользователя какова информативность того или другого прогнозируемого показателя.

Программа была протестирована на 50 пациентках с гнойно-воспалительными заболеваниями гениталий на фоне внутриматочной контрацепции (табл. 3).

При этом количество правильных прогнозов гнойно-воспалительных заболеваний на фоне внутриматочной контрацепции в среднем составило 84,86%. При прогнозировании послеоперационных осложнений допускалось отклонение в пределах  $\pm 1,5\%$  по каждому показателю, при этом правильность прогноза составила в среднем 83,75%.

## Выводы

Широкое внедрение представленной методики прогнозирования гнойно-воспалительных заболеваний на фоне внутриматочной контрацепции позволяет повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий и оптимизировать хирургического лечения данной патологии.

### Можливості прогнозування гнійно-запальних ускладнень при тривалій внутрішньоматковій контрацепції В.С. Страховецький

Розроблена і впроваджена методика прогнозування гнійно-запальних ускладнень при використанні внутрішньоматкової контрацепції на основі нейромережевого моделювання. Широке впровадження розробленої методики дозволяє знизити частоту запальних ускладнень при використанні внутрішньоматкової контрацепції та рівень порушень репродуктивної системи.

**Ключові слова:** внутрішньоматкова контрацепція, запальні ускладнення, прогнозування.

### Possibilities of forecasting of pyoinflammatory complications at long intrauterine contraceptions V.S. Strahovetsky

The technique of forecasting of pyoinflammatory complications is developed and introduced at use intrauterine contraceptions on a basis neurosetting modelling. Wide introduction of the developed technique allows to lower frequency of inflammatory complications at use intrauterine contraceptions and to lower a level of infringements of reproductive system.

**Key words:** intrauterine contraception, inflammatory complications, forecasting.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Богатова И.К., Аминова И.П. Характеристика воспалительных заболеваний гениталий, возникших на фоне внутриматочной контрацепции // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 62–65.
2. Данилова О.П., Никифорова Н.А. Иммунная система: методы исследования. – М., 2007. – 213 с.
3. Клинышкова Т.В., Сушинская Т.В. Внутриматочная контрацепция и риск инфекции половых путей у женщин // Актуальные вопросы инфекции в акушерстве и гинекологии. – Челябинск, 2007. – С. 30–33.
4. Малашевська С.В., Петрусенко В.П. Особливості мікробіоценозу статевих шляхів у жінок при тривалій внутрішньоматковій контрацепції // Зб. наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – Вип. 10, кн. 3. – К., 2009. – С. 773–778.

## Возможности прогнозирования спаечного процесса у гинекологических больных с различным оперативным анамнезом

А.А. Волошин

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

Полученные результаты свидетельствуют, факторами, приводящими к формированию спаек в малом тазу, являются перенесенные оперативные вмешательства. Риск развития и выраженность послеоперационных сращений находятся в прямой зависимости от количества чревосечений в анамнезе. Прогностически неблагоприятным является указание на два и более гинекологических вмешательства, в большей степени радикальные операции на матке. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики лапароскопического лечения гинекологических больных.

**Ключевые слова:** спаечный процесс, оперативный анамнез, прогнозирование.

Выполнение лапароскопии у пациенток с чревосечениями в анамнезе, по мнению ряда авторов [1–4] сопровождается высоким риском повреждений внутренних органов. Несовершенство дооперационной диагностики распространённости и точной локализации спаечного процесса [4] и связанная с ним опасность ранения органов брюшной полости у пациенток с чревосечениями в анамнезе, на протяжении длительного времени вызывают особую озабоченность хирургов и заставляют искать новые подходы к проблеме, совершенствуя технику лапароскопических вмешательств.

Повышение безопасности выполнения лапароскопии у пациенток с чревосечениями в анамнезе по нашему мнению основано на трех принципиально важных составляющих [4]:

- выраженность спаечного процесса в брюшной полости и малого таза перед проведением лапароскопического вмешательства;
- выбор наиболее оптимального, безопасного лапароскопического метода вхождения в брюшную полость;
- рациональные методы выполнения лапароскопического адгезиолиза.

Данные о частоте и выраженности спаечного процесса у пациенток с чревосечениями в анамнезе в литературе весьма противоречивы [1–4]. Однако все авторы считают, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости являются важным повреждающим фактором, способствующим возникновению спаечной болезни.

По мнению ряда авторов [4] подробно собранный анамнез о перенесенных операциях может дать определённое представление о распространённости спаек. Ха-

раक्टर заболевания и травматичность хирургического вмешательства играют важную роль в возникновении послеоперационных спаек брюшной полости. При лапаротомии и манипуляциях на органах брюшной полости брюшина подвергается многочисленным травматическим воздействиям. Наиболее часто к спаечной болезни ведут такие заболевания, как проникающие ранения брюшной полости, непроходимость кишечника, прободная язва желудка, внематочная беременность; а также хирургические операции: холецистэктомия, резекция желудка, аппендэктомия, грыжесечение. При всех этих заболеваниях и операциях важными повреждающими факторами являются наличие инфекции в брюшной полости, попадание в нее инородных тел, содержимого желудочно-кишечного тракта, кровоизлияния, высушивание брюшины воздухом.

Более обширные спайки, возникающие после гинекологических операций, связаны с повышенной пластической способностью брюшины нижнего этажа брюшной полости. Так по данным некоторых авторов [1], частота образования послеоперационных спаек после реконструктивных операций на матке и её придатках составила 90,1%, после адгезиолизиса – 92,1%, после тубэктомии – 90,9%, после надвлагалищной ампутации матки – 92,6%, после экстирпации матки – 95,0%, после кесарева сечения – 70,6%.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности изучаемой научной проблемы.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение зависимости выраженности спаечного процесса у гинекологических больных с учетом количества и объема предшествующих операций.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели обследовано и проведено хирургическое лечение лапароскопическим доступом у 304 пациенток, перенесших ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза.

Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от количества и характера перенесенных операций.

В 1-ю группу (n=159) вошли больные с одним чревосечением в анамнезе после гинекологических операций.

Во 2-ю группу (n=99) – женщины с двумя чревосечениями в анамнезе. В этой группе имели место гинекологические, хирургические вмешательства или их сочетание.

В 3-ю группу вошли пациентки (n=46), имеющие в анамнезе 3 и более чревосечений (n=30), а также женщины (n=16), перенесшие оперативные вмешательства по поводу разлитого гнойного перитонита, кишечной непроходимости и перфоративной язвы желудка.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Предварительные результаты исследований позволили определить прогностические факторы риска возникновения спаечного процесса в брюшной полости у пациенток с чревосечениями в анамнезе. К ним относятся: повторные чревосечения, особенно в сочетании с верхнесрединной лапаротомией; неблагоприятное

течение послеоперационного периода; оперативные вмешательства по поводу перитонита.

Полученные нами результаты позволили предположить, что на формирование послеоперационных сращений в малом тазу в большей степени оказывают влияние объемы ранее перенесенных оперативных вмешательств, чем используемые доступы (характер чревосечения). Поэтому при определении факторов, позволяющих прогнозировать развитие спаек в малом тазу у пациенток с чревосечениями в анамнезе, мы пытались установить зависимость выраженности спаечного процесса от количества и объема предшествующих операций.

Учитывая значительную вариабельность сочетаний операций у больных, имеющих два и более чревосечения, все перенесенные гинекологические вмешательства были разделены на две подгруппы. Первую подгруппу составили операции на придатках матки: туботомия, тубэктомия, резекция яичников, аднексэктомия, ревизия и дренирование брюшной полости по поводу острых воспалительных заболеваний придатков матки.

Ко второй подгруппе были отнесены реконструктивные и радикальные операции на матке: консервативная миомэктомия, ушивание перфоративного отверстия матки, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, а также кесарево сечение.

Из полученных данных видно, что соотношение объемов перенесенных гинекологических вмешательств во всех группах было приблизительно одинаковым, при этом операции на придатках матки составляли около 2/3 от всех.

Изучение зависимости выраженности спаечного процесса в малом тазу от количества перенесенных вмешательств у пациенток с чревосечениями в анамнезе показало, что перенесенные оперативные вмешательства являются важным фактором, приводящим к образованию спаек в малом тазу. Так, при ревизии органов малого таза послеоперационные сращения не обнаружены только у 67 из 304 (22,1%) больных с чревосечениями в анамнезе. Следует отметить, что среди них не было пациенток, перенесших три и более вмешательства, а также операции по поводу перитонита. Из 237 пациенток, имевших спайки в малом тазу, у 50,9% отмечены сращения легкой степени, а у 49,1% больных был констатирован спаечный процесс III-IV степени. Выраженность спаечного процесса в малом тазу имела прямопропорциональную зависимость от количества чревосечений.

Представленные результаты показывают, что к формированию послеоперационных сращений в малом тазу чаще приводят операции на матке. Так спаечный процесс в малом тазу был выявлен у 87,2% пациенток, перенесших реконструктивные и радикальные операции на матке. Приблизительно у половины из них он соответствовал III-IV степени. У больных, оперированных по поводу различной патологии придатков матки, спайки малого таза обнаружены у 65,7%. При этом тяжелая степень выраженности отмечена менее чем у трети из них (33,3%).

При оценке выраженности спаек в малом тазу и объемов оперативных вмешательств у пациенток с двумя чревосечениями в анамнезе установлено, что к возникновению спаек в малом тазу естественно в большей степени приводили гинеко-

логические операции. У всех пациенток, перенесших дважды вмешательства на внутренних половых органах, были выявлены спайки в области малого таза.

Выраженность этих сращений была вариабельной. У пациенток с двумя операциями на придатках в 55,6% наблюдений был обнаружен спаечный процесс легкой степени, а у 44,4% – тяжелый. При сочетании вмешательства на матке с операцией на придатках, спайки в малом тазу у 47,6% пациенток соответствовали I–II степени, у 52,4% – III–IV степени.

Крайне неблагоприятным оказалось указание в прошлом на два хирургических вмешательства на матке. Среди всех пациенток, имевших в анамнезе консервативную миомэктомию в сочетании с кесаревым сечением или гистерэктомией, спаечный процесс органов малого таза оказался наиболее выраженным.

Из 45 женщин с сочетаниями хирургических (аппендэктомия, холецистэктомия) и гинекологических вмешательствам в анамнезе спайки в малом тазу были обнаружены у 24 (53,3%), при этом только у 10 (22,2%) из них они имели тяжелую степень.

Данные о степени выраженности спаечного процесса в малом тазу и объемы оперативных вмешательств у пациенток 3-й группы свидетельствуют, что у большинства пациенток (85,9%) с тремя и более чревосечениями в анамнезе и операциями по поводу перитонита независимо от сочетания объемов спаечный процесс в малом тазу соответствовал III–IV степени. Наиболее выраженные сращения были отмечены у больных, перенесших только гинекологические операции. Спайки I–II степени выявлены у 14,1% пациенток с указанием на одно или два хирургических вмешательства.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, факторами, приводящими к формированию спаек в малом тазу, являются перенесенные оперативные вмешательства. Риск развития и выраженность послеоперационных сращений находятся в прямой зависимости от количества чревосечений в анамнезе. Прогностически неблагоприятным является указание на два и более гинекологических вмешательства, в большей степени радикальные операции на матке. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики лапароскопического лечения гинекологических больных.

### Можливість прогнозування спайкового процесу у гінекологічних хворих з різним оперативним анамнезом

**А.А. Волошин**

Отримані результати свідчать, що чинниками, які призводять до формування спайок в малому тазу, є перенесені оперативні втручання. Ризик розвитку і вираженість післяопераційних зрощень знаходяться в прямій залежності від кількості чревосечень в анамнезі. Прогностично несприятливою є вказівка на два і більш гінекологічних втручання, більшою мірою радикальні операції на матці. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні тактики лапароскопічного лікування гінекологічних хворих.

**Ключові слова:** спайковий процес, оперативний анамнез, прогнозування.

### Possibilities of forecasting of adhesive process at gynecologic patients with the various operative anamnesis

**A.A. Voloshin**

The received results testify, the factors leading to formation of solderings in a small basin, the transferred operative interventions are. The risk of development and expressiveness of post-operative unions are in direct dependence on quantity laparotomy in the anamnesis. Forecasting the instructions on two and more gynecologic interventions, in a greater degree radical operations on a uterus are adverse. The received results are necessary for using by tactics working out laparoscopic treatments of gynecologic patients.

**Key words:** adhesive process, operative anamnesis, forecasting.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин И.А., Лупов В.И. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии // Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 80-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2010. – С. 103–105.
3. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. Диагностика и лечение спаечной болезни у гинекологических больных // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 2. – С. 110–114.



# Изменения системного гемостаза при использовании различных гормональных релизинг-систем

**Н.В. Адамчук**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ГРС (кольцо, пластырь, ВМС) не оказывают значительного влияния на системный гемостаз у женщин репродуктивного возраста. Динамика изменений являлась статистически не достоверной в целом и между группами, не выходила за рамки нормативных значений и не была клинически значимой. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма применения ГРС у женщин репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** *гормональные релизинг-системы, системный гемостаз.*

Разработка и внедрение методов сохранения репродуктивного здоровья женщины, в том числе методов контрацепции, признаны приоритетным направлением современной медицины, и это направление постоянно развивается во всем мире. Общепризнанно, что среди многочисленных методов контрацепции наиболее эффективным и приемлемым методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция (ГК) [1–4].

В настоящее время прогресс в области гормональной контрацепции привел к созданию не только ряда пероральных средств, но и принципиально новых гормональных релизинг-систем (ГРС) пролонгированного действия с различными способами введения (чрезкожный, влагалищный, внутриматочный), что существенно расширило возможности контрацепции [1–4].

Одним из значительных преимуществ ГРС по сравнению с гормональными таблетированными средствами является возможность длительного, не ежедневно применения, отсутствие эффекта первичного прохождения через желудочно-кишечный тракт и печень, что снижает вероятность системного действия, вероятность развития побочных реакций, и следовательно открывает новые возможности для женщин и супружеской пары.

Ввиду того, что ГРС были созданы и стали внедряться в клиническую практику недавно, сведения литературы об особенностях их влияния на репродуктивное здоровье, особенно на системный гемостаз немногочисленны и противоречивы.

Все изложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Целью настоящего научного исследования было изучение влияния ГРС на системный гемостаз.**

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами были отобраны 150 фертильных женщин репродуктивного возраста от 18 до 40 лет (средний возраст  $31,2 \pm 0,6$  года), не имеющих противопоказаний к применению контрацептивных релизинг-систем в соответствии с критериям ВОЗ (2008).

Критериями включения в исследование явились: соматически и психически здоровые фертильные женщины репродуктивного возраста от 18 до 40 лет, регулярная половая жизнь, желание использовать контрацепцию, отсутствие приема гормональных контрацептивов в предшествующие 3 месяца.

Критерии исключения (ВОЗ, 2008) для назначения гормональных релизинг-систем: наличие множественных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, артериальная гипертензия ( $A \setminus D$  сист.  $> 160$ , и  $A \setminus D$  диаст.  $> 100$ ), тромбоз, тромбоз, тромбоз, тромбоз, нарушение мозгового кровообращения, церебро-васкулярные инсульты, инфаркт миокарда (в анамнезе), хирургические операции с длительной иммобилизацией, тромбоз, мутации (фактор V. Лейдена, недостаточность протеина S и др.), заболевания клапанов сердца с осложнениями, мигрень с неврологической симптоматикой, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями или в сочетании с другими сосудистыми заболеваниями или длительностью более 20 лет, острое заболевание печени (гепатит), цирроз печени в стадии декомпенсации, доброкачественные или злокачественные опухоли печени, маточные кровотечения неясной этиологии, рак молочной железы, кормление грудью до 6 недель после родов, беременность, курение (15 и более сигарет в день) в возрасте старше 35 лет; цервикальные интраэпителиальные неоплазии, выпадение шейки матки, грыжа мочевого пузыря, грыжа прямой кишки, тяжёлые хронические запоры; ожирение (масса тела более 90 кг), заболевания кожи (в том числе аллергические); воспалительные заболевания органов малого таза в настоящее время, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), туберкулез внутренних половых органов, количество половых партнеров  $> 1$ , врожденная аномалия половых органов (двурогая матка, седловидная матка, однорогая матка, перегородка в матке), миома матки (субмукозный узел или узел деформирующий полость матки), трофобластическая болезнь, пузырный занос, хориокарцинома в анамнезе).

После скрининга и оценки соответствия критериям включения-исключения все 150 женщины случайным образом были распределены на 3 группы. Использовали парные выборки. В 1 группу вошли 50, во 2-ю – 50, в 3-ю – 50 пациенток.

Женщины 1 группы использовали влагалищное кольцо «Нова Ринг»; 2 группы – вагинальный пластырь «Евра»; женщинам 3 группы была введена внутриматочная гормональная система «Мирена».

Пациентки были обследованы с помощью комплекса современных и информативных методов исследования: общеклиническое, гинекологическое обследование, обследование по тестам функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза и молочных желез и определение показателей системного гемостаза.

Оценивались: эффективность и правильность применения, удовлетворенность использованием, наличие побочных эффектов и осложнений, а также влияние на клиническое течение ПМС.

Пациентки были детально информированы о методах контрацепции. Им были разъяснены возможности и особенности метода. Всеми пациентками было дано информированное согласие на участие в проводимом исследовании.

Все женщины были обследованы перед назначением гормональных рилизинг-систем и в процессе их использования через 3, 6, 12, 18, 24 мес. Длительность наблюдений составила от 2 до 5 лет.

Результаты исследований и их обсуждение.

При изучении менструальной функции установлено, что у 92,5% пациенток менархе наступило своевременно, в возрасте от 11 до 14 лет, и только у 7,5% женщин отмечено позднее становление менструальной функции.

Средний возраст наступления менархе составил  $13,2 \pm 0,5$  года, средняя продолжительность менструального цикла –  $29,0 \pm 0,8$  дней, средняя продолжительность менструального кровотечения –  $5,1 \pm 0,4$  дня.

У большинства пациенток (76,0%), в анамнезе были беременности, роды – у 68,5%, у 56,5% женщин беременности закончились медицинскими абортми, у 12,0% – самопроизвольными выкидышами.

Из анамнеза обращало на себя внимание, что ранее 17,5% женщин принимали с целью контрацепции комбинированные пероральные контрацептивы, 22,0% использовали ВМС, 38,0% – барьерные методы контрацепции: химические спермициды (таблетки, кремы, гели), 20,0% – предохранялись от беременности с помощью презервативов и 23,5% – использовали естественные методы контрацепции: «календарный» метод и *coitus interruptus*.

Результаты комплексного обследования пациенток позволили составить картину соматического и репродуктивного здоровья женщин.

Различные экстрагенитальные заболевания ранее перенесли 56,0% пациенток 1 группы, 54,0% пациенток 2 группы и 56,0% – соответственно 3 группы. Основными вариантами были: вегето-сосудистая дистония, гастрит, пиелонефрит, патология щитовидной железы, бронхит и др.

В структуре гинекологической заболеваемости в анамнезе часто встречались инфекционные воспалительные заболевания нижнего отдела генитального тракта (вагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз, хламидиоз, уреаплазмоз и др.).

Результаты нашего исследования показали высокую контрацептивную эффективность влагалищного кольца, кожного пластыря, ВМС «Мирена». При применении каждой из названных рилизинг-систем при наблюдении в течение от 2 до 5 лет ни у одной пациентки не наступила беременность (Индекс Перля = 0).

Оценка приемлемости гормональных рилизинг-систем подтвердило данные о том, что общее состояние пациенток в процессе контрацепции оставалось удовлетворительным. Частота и характера побочных реакций в целом различалось по группам и они были специфичными для каждой рилизинг-системы. Так, при применении влагалищного кольца наблюдалось усиление влагалищной секреции (14,0%), кожного пластыря – масталгии и кожные реакции в месте аппликации пластыря (14,0%), ВМС «Мирена» – нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровянистых выделений (28,0%). Большинство побочных реакций встречалось в период адаптации (в первые 3–4 мес) применения ГРС, при увеличении продолжительности применения их число значительно снижалось. Полу-

ченные результаты свидетельствуют о необходимости проведения исследований в этом направлении для оценки влияния ГРС на системный гемостаз.

Данные о влиянии КОК на систему гемостаза достаточно разноречивы. Большинство исследователей увеличение факторов прокоагулянтного звена при использовании КОК связывает с эстрогенным компонентом контрацептива [1–4]. Некоторое повышение коагуляционного потенциала авторы не расценивают как повышение склонности к тромбообразованию, так как эти изменения не сопровождаются клиническими симптомами.

В связи с этим мы провели оценку влияния ГРС на систему гемостаза у женщин репродуктивного возраста. Исследования параметров гемостаза проводились в контрольном цикле и каждые 3 мес, в течение 1 года, а в дальнейшем 1 раз в 6 мес. Показатели системы гемостаза до назначения контрацепции находились в пределах нормативных значений во всех наблюдаемых группах.

Полученные результаты свидетельствовали об отсутствии существенных изменений гемостаза в процессе контрацепции во всех группах. Все регистрируемые изменения были статистически незначимы ( $p > 0,05$ ). Даже в тех случаях, когда показатели достигали статистически достоверных различий, они не выходили за пределы физиологических параметров.

Хотя достоверных изменений в показателях прокоагулянтного звена системы гемостаза и тромбоэластограммы при использовании эстроген-гестагенных и гестагенной системы не выявлено, отмечались тенденция к повышению уровня фибриногена, протромбинового индекса (ПИ), индекса тромботического потенциала (ИТП) и уменьшение времени образования фибриногенового сгустка, что свидетельствовало об активации коагуляционной системы. Выявленные изменения наблюдались у 8% женщин старше 40 лет, использующих эстроген-гестагенные системы ( $p < 0,05$ ). Это позволило нам сделать вывод о доминирующем влиянии эстрогенов в отношении активации системы гемостаза у женщин старшего возраста. Изменения коагуляционного звена системы гемостаза при использовании комбинированных эстроген-гестагенных систем со склонностью к гиперкоагуляции, обусловлены индивидуальной чувствительностью пациенток к синтетическим стероидам и вполне адекватно компенсированы функционированием системы ингибиторов, о чем свидетельствует отсутствие повышения уровня растворимых комплексов мономеров фибриногена ( $p > 0,05$ ).

При анализе параметров системы гемостаза у женщин, использующих ВМС «Мирена» достоверных различий с исходными параметрами в процессе контрацепции также не выявлено.

Полученные данные согласуются с результатами обследования здоровых женщин, использующих КОК, и свидетельствуют об отсутствии значимых влияний используемых контрацептивов на систему гемостаза.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ГРС (кольцо, пластырь, ВМС) не оказывают значительного влияния на системный гемостаз у женщин репродуктивного возраста. Динамика изменений являлась статистически не достоверной в целом и между группами, не выходила за рамки нормативных

значений и не была клинически значимой. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма применения ГРС у женщин репродуктивного возраста.

**Зміни системного гемостазу при використанні різних  
гормональних рилизинг-систем  
Н.В. Адамчук**

Результати проведених досліджень свідчать, що ГРС (кільце, пластир, ВМС) не роблять значного впливу на системний гемостаз у жінок репродуктивного віку. Динаміка змін була статистично не достовірною в цілому і між групами, не виходила за рамки нормативних значень і не була клінічно значимою. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму вживання ГРС у жінок репродуктивного віку.

**Ключові слова:** *гормональні рилизинг-системи, системний гемостаз.*

**Changes system hemostasis at use of the various hormonal rilizing-  
systems  
N.V. Adamchuk**

Results of the spent researches testify, that hormonal rilizing-systems do not render considerable influence on system hemostasis at women of reproductive age. Dynamics of changes was statistically not authentic as a whole and between groups, was not beyond standard values and was not clinically significant. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of application hormonal rilizing-systems at women of reproductive age.

**Key words:** *hormonal rilizing-systems, a system hemostasis.*

**ЛИТЕРАТУРА**

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.

**Первый медицинский аборт –  
как фактор риска нарушений  
репродуктивной функции**

**С.Н. Бакшеев**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте осложненных воспалительного генеза после первого медицинского аборта. Неблагоприятные отдаленные последствия медицинского аборта наблюдались в 23,9% случаев, причем наиболее часто встречались вторичное бесплодие 14,9% и невынашивание беременности 14,9%. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма реабилитационных мероприятий для женщин после первого медицинского аборта, что позволит снизить частоту нарушений репродуктивного здоровья.

**Ключевые слова:** *медицинский аборт, репродуктивное здоровье.*

Важность проблемы медицинского аборта обусловлена большим количеством осложнений, которые влечет за собой эта операция [1–6]. Так, согласно данным литературы, у женщин, перенесших медицинский аборт, число осложнений последующей беременности в 7–8 раз, а число осложненных родов в 10–12 раз выше, чем у пациенток, не имеющих в анамнезе аборт [1, 3]. При этом наибольшее число осложнений составляют угроза прерывания беременности (49,1%), преэклампсия (42,0%), аномалии родовой деятельности (22,5%), травмы мягких родовых путей (20,5%) [4, 5]. С риском, связанным с искусственным аборт, сталкиваются женщины репродуктивного периода и работоспособного возраста, что подчеркивает не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость этой проблемы.

Особый риск для репродуктивной функции женщины возникает при прерывании именно первой беременности. Среди ранних осложнений искусственного аборта самыми частыми являются воспалительные заболевания (эндометрит, сальпингоофорит). Данная патология встречается у 15–17% женщин, перенесших первый медицинский аборт [1, 5]. Необходимо отметить, что у 10–30% женщин после первого медицинского аборта развивается вторичное бесплодие [6].

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение влияния первого медицинского аборта на репродуктивное здоровье женщин.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В соответствии с целью исследования нами проведено клинико-функциональное и лабораторное обследование 119 женщин. В основную группу вошли 67 по-

вторно беременных первородящих женщин, прервавших первую беременность медицинским абортom в I триместре. Группу сравнения составили 52 первобеременных женщин без отягощенного акушерского анамнеза.

В основной группе произведен ретроспективный анализ медицинских абортom с изучением характера и связи степени тяжести осложнений со сроком прерывания беременности, наличием соматических и гинекологических заболеваний, данными генетического анализа. С целью изучения неблагоприятного влияния искусственного прерывания первой беременности на течение последующей беременности, родов и послеродового периода основная группа подразделена на две подгруппы: I подгруппа – женщины (23), имевшие осложнения после прерывания первой беременности медицинским абортom; II подгруппа – женщины (44), не имевшие осложнения после медицинского абортom. На основе данных опроса и анализа стационарной карты на каждую родильницу была заполнена специально разработанная анкета с результатами клинико-функциональных и лабораторных методов исследований.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что медицинский аборт производился в возрасте от 15 до 33 лет. Средний возраст пациенток при прерывании первой беременности составил  $20,4 \pm 2,2$  года, а в 45,2% медицинский аборт был произведен до 20 лет.

Анализ социального положения показал, что более половины (50,4%) женщин, прервавших первую беременность, представлены учащимися общеобразовательных школ, средних специальных учебных заведений и студентами вузов.

При анкетировании первую беременность признали желанной только 5,2% женщин, остальные (94,8%) – случайной. Осознание наступления беременности у большинства пациенток сопровождалось беспокойством и страхом – у 68,1%. Негативное отношение к беременности испытывали 5,2% женщин. Сожаление о необходимости абортom наблюдались у 21,5% пациенток. Безразличное отношение к беременности было отмечено у 5,2% женщин.

Попытки прервать беременность самостоятельно предпринимали 7,4% пациенток, для чего использовали внутривенное введение хлористого кальция и большие дозы гормональных контрацептивов. Эффекта от попыток прерывания беременности не получено.

Отношение полового партнера к беременности было неоднозначным: положительно отнеслись к беременности – 29,6%, настаивали на медицинском абортom – 31,9%, не знали о беременности – 17,0%, нейтральную позицию предпочли занять – 21,5% партнеров. У 65,2% пациенток родители не были осведомлены о наличии беременности. Положительно восприняли сообщение о беременности родители 11,1%, отрицательно – 23,7% женщин.

Основными причины первого медицинского абортom были незарегистрированный брак (26,7%); учеба (20,0%); материальная необеспеченность (15,6%); нежелание иметь ребенка (14,8%); мнение «рано рожать» (14,8%) и жилищные проблемы (8,1%).

По данным анкетирования решение о медицинском абортom половина пациенток (49,6%) принимала самостоятельно. По настоянию партнера прерывали первую беременность 28,1%, по настоянию родителей – 23,7% женщины.

Операция медицинского абортom проводилась в условиях стационара в день поступления методом кюретажа матки после предварительной дилатации цервикального канала. Во всех случаях применялось внутривенное обезболивание, т.е. всем женщинам операция медицинского абортom производилась по общепринятым методикам.

Непосредственно во время операции медицинского абортom было одно осложнение – травма шейки матки при дилатации у 21-летней пациентки при сроке 7 недель (наложены швы на шейку матки). После операции медицинского абортom все женщины выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии (через 1–2 сут).

В течение месяца после прерывания первой беременности осложнения наблюдались у 12 (17,9%) женщин. К осложнениям, связанным с выполнением медицинского абортom отнесены 3 (4,5%) случаев неполного абортom, когда во время операции абортom не было осуществлено полное опорожнение матки. Данные осложнения произошли при сроках прерывания беременности: до 8 нед (1), 8–10 нед (1), 11–12 нед (1). Диагноз был установлен и проведено повторное выскабливание полости матки на 2-й день (1), через 1 нед (1), через 2 нед (1).

В 1 (1,5%) случае из приведенных наблюдений после повторного выскабливания по поводу остатков плодного яйца развились воспалительные осложнения. В 1 (1,5%) случае наблюдался послепериметрический эндометрит. В другом, у 25-летней женщины, обратившейся через 2 нед после медицинского абортom, распространение инфекции не ограничилось маткой и на фоне метроэндометрита развился пельвиоперитонит. Консервативное ведение больной дало положительный результат. Женщина выписана домой через 2 нед.

Послепериметрический период осложнился воспалительными заболеваниями матки у 12,6%, придатков – у 5,2% пациенток. В 2 случаях (3,0%), описанных выше, эндометрит развился после повторного выскабливания матки по поводу неполного абортom. Эндометрит и метроэндометрит наблюдались у 8,9%, сальпингоофорит – у 3,0%, эндометрит в сочетании с сальпингоофоритом – у 1,5% женщин при сроках прерывания беременности: до 8 нед (3), 8–10 нед (4), 11–12 (3). В 5 (5 из 10 – 50,0%) наблюдениях медицинский абортom произведен при наличии эктопии шейки матки. Клинические симптомы проявились в течение первой недели после операции у 5, через 2 нед – у 3, через 1 мес – у 2 женщин. Всем женщинам было предложено стационарное лечение. Повторно госпитализировано в стационар 6, отказались по разным причинам – 4 пациентки, которые прошли амбулаторное лечение в условиях женской консультации. Три пациентки, из числа госпитализированных, сообщили о попытках самостоятельного лечения (принимали антибиотики, парацетамол). Во всех наблюдениях при воспалительных послепериметрических осложнениях проводилось комплексное лечение. В среднем длительность стационарного лечения составила две недели.

Соответственно поставленной цели проанализировано отдаленное влияние прерывания первой беременности медицинским абортom на репродуктивное здоровье женщины. Для анализа отдаленных результатов медицинского абортom изучался временной промежуток от прерывания первой беременности до наступления желанной пролонгированной беременности, который колебался от 1 до 14 лет.

Неблагоприятные отдаленные последствия медицинского абортom наблюдались в 16 (23,9%) случаях. Наиболее часто (9 из 16 – 56,3%) встречались вторичное бесплодие (14,9%) и невынашивание беременности (14,9%).

Вторинне безпліддя розвилось у 10 (14,9%) жінок, перенесших прерывание первой беременности медицинским абортom.

Длительность бесплодия колебалась от 2 до 6 лет, в среднем составила  $3,3 \pm 0,3$  года. Желанная беременность наступила после обследования и лечения в специализированных центрах или в женской консультации. Кроме вторичного бесплодия, из перенесенных гинекологических заболеваний, выявлены следующие: невынашивание беременности (50,0%), нарушение менструального цикла (20,0%), эктопия шейки матки (40,0%), сальпингоофорит (40,0%), эндометрит (20,0%), миома матки (10,0%), эндометриоз шейки матки (10,0%). После прерывания первой беременности медицинским абортom у 10 из 67 женщин (14,9%) наблюдалось невынашивание беременности. У 10 женщин описано 13 случаев самопроизвольного прерывания беременности, от 1 до 5 случаев у одной женщины. В большинстве случаев (80,0%) самопроизвольным выкидышем заканчивалась одна беременность. В среднем на одну женщину приходилось 1,3 случая невынашивания, б е р е - менности. Наибольшее число самопроизвольного прерывания беременности происходило в I триместре – 80,0%, во II триместре – 20,0%. Желанная пролонгированная беременность наступала через 1–6 лет после самопроизвольного выкидыша, в среднем через 2,1 года.

Нарушение менструального цикла после прерывания первой беременности медицинским абортom наблюдалось у 3 женщин из 67 (4,5%) в виде: аменорея (1,5%), олигоменорея (1,5%), дисфункциональных маточных кровотечений (1,5%). Все нарушения менструального цикла развивались в первый год после медицинского аборта. Менструальный цикл восстановился после гормональной терапии при аменорее через 8 мес, при олигоменорее через 2–3 года. При дисфункциональных маточных кровотечениях через 1–1,5 года после медицинского аборта произведено диагностическое выскабливание полости матки с последующей гормонотерапией.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте осложнений воспалительного генеза после первого медицинского аборта. Неблагоприятные отдаленные последствия медицинского аборта наблюдались в 23,9% случаев, причем наиболее часто встречались вторичное бесплодие 14,9% и невынашивание беременности 14,9%. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма реабилитационных мероприятий для женщин после первого медицинского аборта, что позволит снизить частоту нарушений репродуктивного здоровья.

### Репродуктивне здоров'я жінок після першого медичного аборту

**С.М. Бакшеев**

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту ускладнень запального генезу після першого медичного аборту. Несприятливі віддалені наслідки медичного аборту спостерігалися в 23,9% випадку, причому найчастіше зустрічалися вторинне безпліддя 14,9% і невиношування вагітності 14,9%. Отримані результати свідчать про

необхідність розробки алгоритму реабілітаційних заходів для жінок після першого медичного аборту, що дозволить знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я.

**Ключові слова:** медичний аборт, репродуктивне здоров'я.

### The first medical abortion as risk factor of pathology reproductive health

**S.N. Baksheev**

Results of the spent researches testify to high frequency of complications inflammatory genesis after the first medical abortion. The adverse remote consequences of medical abortion were observed in 23,9 % a case, and most often met secondary barrenness of 14,9 % and discharge of pregnancy of 14,9 %. The received results testify to necessity of working out algorithm of rehabilitation actions for women after the first medical abortion that will allow to lower frequency of infringements of reproductive health.

**Key words:** medical abortion, reproductive health.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова Н.Н. Репродуктивное здоровье девочек-подростков / Н.Н. Баранова, Т.К. Боткина // Здоровье семьи – здоровье нации: тез. докл. науч. конф. – Новосибирск, 2009. – С. 56–58.
2. Богданова Е.А. Репродуктивное здоровье девочек и девушек – основа сохранения здоровья женщины / Е.А. Богданова, М.Н. Кузнецова, О.Г. Фролова // Тезисы докладов II Всероссийской конференции детей и подростков. – М., 2006. – С. 19–20.
3. Волгина В.Ф. Этические и психологические аспекты аборта / В.Ф. Волгина // Мать и дитя: матер. V Рос. форума. – М., 2003. – С. 566.
4. Волков А.Е. Психосоматические характеристики женщин в первом триместре физиологической беременности / А.Е. Волков // Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: матер. Всерос. конф. с международным участием. – Иваново, 2009. – С. 123–127.
5. Гатина Г.А. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины / Г.А. Гатина, А.Р. Махмудова, Д.М. Магомедханова // Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 223–224.
6. Глуховец Б.И. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, Е.И. Новикова // Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 224–225.

# Оптимизация профилактики и лечения уrogenитальных расстройств у женщин с лейомиомой матки и внутренним эндометриозом

**Е.Н. Бойко**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что лейомиома матки и внутренний эндометриоз являются одной из причин развития уrogenитальных расстройств, частота и структура которых зависят от объема и доступа оперативного лечения. Использование предлагаемого алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту уrogenитальных расстройств и повысить эффективность лечения основной генитальной патологии.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, внутренний эндометриоз, уrogenитальные расстройства.

На сегодняшний день проблема лейомиомы матки и генитального эндометриоза является одной из наиболее актуальных в современной гинекологии [1–7]. Это обусловлено растущей частотой данной патологии, особенно в связи с внедрением современных диагностических технологий, а также в связи с негативным влиянием генитального эндометриоза на репродуктивную функцию и качество жизни пациенток [2, 6]. В последние годы проблеме уrogenитальных расстройств у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста уделяется большое внимание, что обусловлено очень выраженным негативным их влиянием на качество жизни женщин, а также недостаточной эффективностью используемых лечебно-профилактических мероприятий [3, 5].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме лейомиомы матки и генитального эндометриоза нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, одним из наиболее актуальных задач данного научного направления является возможность коррекции уrogenитальных расстройств у этих пациенток, в том числе и после оперативного лечения, что позволит улучшить результаты лечения основной патологии и качество жизни пациенток.

**Целью работы** явилось снижение частоты и степени выраженности уrogenитальных расстройств у женщин с генитальным эндометриозом на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и заданий нами было обследовано 129 женщин в возрасте от 32 до 69 лет (средний возраст  $48,0 \pm 0,8$  года), которые в зависимости от функционального состояния репродуктивной системы были распределены на следующие группы:

- репродуктивный период – с 16–18 до 45 лет – 26 пациенток (1 группа);
- перименопаузальный период – от 45 лет и 1 год после менопаузы – 89 пациенток (2 группа);
- постменопаузальный период – начинается через 1 год после менопаузы (последней менструации) – 14 пациенток (3 группа).

Нарушение менструальной функции у больных лейомиомой матки и сочетанным генитальным эндометриозом могут быть не связаны с возрастными изменениями функционального состояния репродуктивной системы, а быть клиническим проявлением гинекологического заболевания.

Из обследованных нами больных 26 (20,15%) пациенток находилось в репродуктивном периоде (средний возраст  $38,9 \pm 1,4$  года), 89 (69,0%) – в перименопаузе (средний возраст  $48,8 \pm 0,4$  года) и 14 (10,85%) – в периоде постменопаузы (средний возраст  $60,1 \pm 2,7$  года).

Из обследованных нами пациенток у 42 (32,6%) диагностирована лейомиома матки (средний возраст  $49,2 \pm 2,0$  года), из них лейомиома матки больших размеров (12 нед и более) – у 14 (33,3%) больных. У 18 (13,9%) пациенток обнаружен внутренний эндометриоз тела матки (средний возраст  $46,4 \pm 1,7$  года) и у 69 (53,5%) женщин – сочетания лейомиомы матки и генитального эндометриоза (средний возраст  $47,6 \pm 0,9$  года), из них у 6 (8,7%) больных диагностированы эндометриозные кисты яичников.

Критерии включения в исследование: больные лейомиомой матки и сочетанным генитальным эндометриозом.

**Критерии исключения:** женщины с тяжелой формой сахарного диабета, после перенесенных инсультов, с распространенным атеросклерозом сосудов головного мозга, рассеянным склерозом, травмами спинного мозга, грыжами межпозвоночных дисков, тромбозом болическими заболеваниями, тяжелыми заболеваниями печени и почек.

В работе применялись следующие методы исследования:

I. Общеклиническое исследование.

II. Специальные методы исследования:

- микробиологическое исследование;
- цитологическое исследование;
- кольпоскопическое исследование;
- оценка дневников мочеиспускания;
- ультразвуковое исследование;
- комплексное уродинамическое исследование и профилометрия мочеиспускательного канала;
- эндоскопические исследования: гистероскопия, цистоскопия;
- рентгенологически исследования: фикционная спиральная компьютерная томография, экскреторная урография;

- радиологическое исследование: динамическая нефросцинтиграфия;
- статистические методы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что урогенитальные расстройства чаще всего развиваются у пациенток перименопаузального возраста ( $46,4 \pm 1,7$  года) с сочетанной патологией матки (лейомиома и аденомиоз – 53,5%), при этом суммарная частота разных нарушений мочеиспускания составляет 77,5%, а в 63,5% случаев пациентки отмечают специфические жалобы.

В структуре разных урогенитальных расстройств у женщин с лейомиомой матки и внутренним эндометриозом чаще (60,0%) всего имеют место эпизоды стрессового недержания мочи (недержание мочи при напряжении), в 26,0% – сочетание дневной и ночной поллакиурии, в 6,0% – редкое мочеиспускание, в 4,0% – затрудненное мочеиспускание и в 4,0% – лишь ночная поллакиурия.

Расстройства мочеиспускания у больных лейомиомой матки и генитальным эндометриозом вызваны наличием патологии внутренних половых органов, длительностью заболевания, а также функциональным состоянием репродуктивной системы, количеством родов в анамнезе и состоянием мышц тазового дна. При этом нарушение уродинамики нижних мочевых путей у таких больных могут быть обусловлены как функциональным состоянием репродуктивной системы и развитием вековой эстрогенной недостаточности.

После оперативного лечения лейомиомы матки и внутреннего эндометриоза в объеме гистерэктомии нарушается чувствительность мочевого пузыря. До 1 года после операции в 2 раза уменьшается частота норморефлексии мочевого пузыря и в 3,9 раза увеличивается частота гипорефлексии. После 1 года развивается увеличения в 2,1 раза частоты нестабильности детрузора, снижения его сократительной способности в 2,3 раза и уменьшение недостаточности запирающего аппарата нижних мочевых путей в 2,4 раза.

Функциональное состояние нижних мочевых путей обследованных больных после гистерэктомии зависит от объема и доступа оперативного вмешательства, но даже минимальный объем (абдоминальная субтотальная гистерэктомия без придатков) приводит к прогрессу нарушений функции мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. После влагалищной гистерэктомии урогенитальные расстройства встречаются реже у 2,1 раза.

При применении предлагаемого алгоритма суммарная частота урогенитальных расстройств у больных в лейомиомой матки и генитальным эндометриозом после оперативного лечения снижается на 30,6%, при этом в течение 6 мес медикаментозной коррекции максимальная скорость потока мочи выросла на 37,6%, а индекс уретрального сопротивления уменьшается на 42,9%, а максимальное уретральное давление снижается на 4,3%.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

- с целью медикаментозной коррекции нарушений функции нижних мочевых путей у больных с лейомиомой матки и внутренним эндометриозом до и после оперативного лечения следует использовать селективные модуляторы негормональных рецепторов нижних мочевых путей – антихолинэстеразные препараты или  $\alpha$ -адреноблокаторы. Конкретный выбор препарата зависит от уродинамических показателей и наличия сопутствующей артериальной гипертензии;

- корректирующую терапию необходимо начинать в предоперационный период и продолжать в течение 6 мес после гистерэктомии. Контрольные исследования следует выполнять через 10–16 дней, 2 и 6 мес после гистерэктомии;

- с целью контроля за функциональным состоянием нижних мочевых путей следует изучать следующие параметры: цистометрию, урофлуометрию и профиллометрию мочеиспускательного канала.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что лейомиома матки и внутренний эндометриоз является одной из причин развития урогенитальных расстройств, частота и структура которых зависят от объема и доступа оперативного лечения. Использование предлагаемого алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту урогенитальных расстройств и повысить эффективность лечения основной генитальной патологии.

### Оптимізація профілактики і лікування урогенітальних розладів у жінок з лейомиомою матки і внутрішнім ендометріозом

*О.М. Бойко*

Результати проведених досліджень свідчать, що лейомиома матки і внутрішній ендометріоз є однією з причин розвитку урогенітальних розладів, частота і структура яких залежать від об'єму і доступу оперативного лікування. Використання пропонуваного алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту урогенітальних розладів і підвищити ефективність лікування основної генітальної патології.

**Ключові слова:** лейомиома матки, внутрішній ендометріоз, урогенітальні розлади.

### Preventive maintenance and treatment optimisation urogenital frustrations at women with leiomyoma of uterus and an internal endometriosis

*E.N. Wojko*

Results of the spent researches testify, that leiomyoma of uterus and an internal endometriosis is one of the development reasons urogenital frustrations, frequency and which structure depend on volume and access of operative treatment. Use of offered algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions allows to lower frequency urogenital frustrations and to raise efficiency of treatment the basic genital pathologies.

**Key words:** leiomyoma of uterus, an internal endometriosis, urogenital frustrations.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Берестовой О.А. Эндометриоз: дайджест за январь – март 2003 г. / О.А. Берестовой // Здоровье женщины. – 2009. – № 2 (14). – С. 137–142.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб.: «ООО Издательство Фолиант», 2012. – 542 с.
3. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины. 2005. – № 3 (23). – С. 72–76.
4. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – 2010. – № 1. – С. 85–86.
5. Вихляева Е.М. Эндометриоз: Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов. – М.: МИА, 2012. – С. 487–570.
6. Генитальный эндометриоз: Клиника, диагностика, лечение: Метод, рекоменд. / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева. – М., 2007. – 31 с.
7. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практик. руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 448 с.

## Оптимизация коррекции дисгормональных нарушений у женщин репродуктивного возраста с дисфункцией яичников на фоне диффузной фиброзно-кистозной мастопатии

*Н.М. Галишич*

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что дисфункция яичников у женщин с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией является актуальной научной задачей современной гинекологии. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту дисгормональных нарушений, что приводит к уменьшению частоты клинико-функциональных проявлений сочетанной патологии репродуктивной системы.

*Ключевые слова:* дисфункция яичников, диффузная фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди основной патологии репродуктивной системы в настоящее время существенное место занимает дисфункция яичников (ДЯ) [1–3]. Основными причинами развития разных вариантов ДЯ является высокий уровень патологии пубертатного периода, значительная частота воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и др. [1–3].

В настоящее время фиброзно-кистозное повреждение грудных желез является достаточно частой встречающейся патологией среди женщин репродуктивного возраста, а в структуре смертности женщин репродуктивного возраста рак грудной железы занимает одно из первых мест [1–3]. Среди широкого спектра причин такой неблагоприятной ситуации выделяют начальные дисгормональные нарушения, которые могут начинаться с пубертатного периода, отягощенный репродуктивный анамнез, медико-социальные причины и др. [1–3].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам ДЯ и фиброзно-кистозному повреждению грудных желез отдельно, научные исследования, касающиеся взаимосвязи этих двух патологий, практически, отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении единичные публикации носят фрагментарный характер. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучаемой научной задачи.

Целью работы было повышение эффективности диагностики и лечения ДЯ в сочетании с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией (ДФКМ) грудных же-



лез на основании изучения клинко-эхографических, маммографических и эндокринологических особенностей, а также усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения состояния грудных желез у женщин репродуктивного возраста (18–40 лет) с ДЯ, а также основных причин этой патологии было проведено обследование 350 женщин.

При опросе женщин, кроме общего и гинекологического анамнеза (возраст менархе, особенности становления и характер нарушения менструального цикла, паритет, результаты беременности, гинекологические заболевания), обращалось внимание на субъективные признаки диффузной фиброзно-кистозной мастопатии (ДФКМ): жалобы на боли, нагрубание грудных желез в зависимости от фаз менструального цикла, наличие патологической секреции.

Кроме гинекологического осмотра, проводился обзор грудных желез, при котором обращалось внимание на степень их развития, состояние кожных покровов, соска, ареолярной области, а также оценивались контуры, величина и симметричность грудных желез.

Пальпация грудных желез осуществлялась в вертикальном и горизонтальном положении женщин при поднятых и опущенных руках с последовательным исследованием всех квадрантов железы от периферии к центру по поступь часовой стрелки для определения участков уплотнений. Потом проводилась пальпация подмышечной области с целью определения состояния регионарных лимфатических узлов. При нажатии на околососковое пространство обнаруживали наличие выделений из соска грудной железы.

Всем пациенткам проводилось УЗИ грудных желез, при выявлении патологических изменений – рентгенологически маммография, за показаниями – дополнительные методы обследования.

В результате проведенного обследования у 201 (57,4%) пациентки с ДЯ были диагностированы заболевания грудных желез.

В настоящее исследование включены 153 женщины с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией (ДФКМ), что составило 43,7% от общего числа обследованных женщин с дисфункцией яичников. Пациентки, в которых в ходе обследования были диагностированы узловые формы ФКМ, фиброаденомы, солитарные кисты, внутрипротоковые папилломы, были направлены для последующего лечения и наблюдения в онколога-маммолога.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что суммарная частота доброкачественной патологии грудных желез у пациенток с ДЯ составляет 57,4%, причем в ее структуре преобладает диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (76,1%) по сравнению с солитарными кистами (8,5%); инволютивными изменениями (7,5%); узловой формой мастопатии, фиброаденомой (6,5%) и внутрипротоковой папилломой (1,4%) женщин.

Сочетание ДЯ и диффузной мастопатии грудных желез развивается на фоне

высокой частоты сопутствующей генитальной (хронический сальпингоофорит – 51,0%; лейомиома матки – 20,3%; эндометриоз – 17,6% и синдром поликистозных яичников – 11,8%) и экстрагенитальной патологии (сопутствующее ожирение – 46,4%; вегето-сосудистая дистония и гипертоническая болезнь – 34,0%; заболевание гепатобилиарной системы – 21,6% и патология щитовидной железы – 11,8%).

Основными клиническими жалобами пациенток при сочетании ДЯ и диффузной мастопатии грудных желез является нарушение менструальной функции в виде альго- (65,4%) и олигоменорея (54,2%), а также масталгия (94,1%), отечность, нагрубание, увеличение объема грудных желез в предменструальный период (98,0%).

Основные эхографические и маммографические изменения грудных желез при их диффузной мастопатии на фоне ДЯ характеризуются следующими вариантами: преобладанием кистозного компонента – 24,2%; фиброзного компонента – 18,9%; железистого компонента – 22,9% и смешанная форма – 34,0% случаев. Частота информативности рентгенмаммографии и ультразвукового исследования составляет 96,1%.

Эндокринологические изменения при сочетании ДЯ и диффузной мастопатии грудных желез носят разный характер:

- гиперпролактинемия в сочетании со снижением уровней ЛГ, ФСГ, ПГ и Е2 – 41,2%;

- повышение содержимого ЛГ, ПРЛ и Т при одновременном снижении уровней ФСГ и ПГ – 11,8%.

- гиперандрогения на фоне снижения содержания ПГ и неизмененных последних параметрах – 26,1%;

- изменение концентрации ТТГ, Т3, Т4 – 31,4% пациенток с преобладанием повышения уровня ТТГ (29,4% женщин) и снижение концентрации Т3 и Т4 (26,8%).

Для эффективного консервативного лечения сочетания ДЯ и ДФКМ следует использовать дифференцированный подход к употреблению направленной гормональной коррекции, а также проводить лечение сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

Эффективность усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий составила 72,8% и зависела от формы ДФКМ:

- при преобладании железистого компонента – 81,6%;

- при преобладании кистозного компонента – 79,4%;

- при смешанном типе – 75,0%;

- при преобладании фиброзного компонента – 55,2%.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ДЯ у женщин из ДФКМ является достаточной актуальной научной задачей современной гинекологии. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту дисгормональных нарушений, которая приводит к уменьшению клинко-функциональных проявлений патологии репродуктивной системы.

**Оптимізація корекції дисгормональних порушень у жінок репродуктивного віку з дисфункцією яєчників на тлі дифузної фіброзно-кістозної мастопатії**  
**Н.М. Галишич**

Результати проведених досліджень свідчать, що дисфункція яєчників у жінок з ДФКМ є достатнім актуальним науковим завданням сучасної гінекології. Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту дисгормональних порушень, що призводить до зменшення клініко-функціональних проявів патології репродуктивної системи.

**Ключові слова:** дисфункція яєчників, дифузна фіброзно-кістозна мастопатія.

**Correction optimisation dyshormonal infringements at women of reproductive age with dysfunction of ovaries against diffusion fibrocystes mastopatia**  
**N.M. Galishich**

Results of the spent researches testify, that dysfunction of ovaries at women with diffusion fibrocystes mastopatia is an actual scientific problem of modern gynecology. Use of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions allows to lower frequency dyshormonal infringements that leads to reduction of frequency of clinical-functional displays complex pathology of reproductive system.

**Key words:** dysfunction of ovaries, diffusion fibrocystes mastopatia.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Ардус Ф.А., Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. Возможности терапии дисгормональной патологии грудных желез у женщин гинекологическими заболеваниями // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16. – С. 1064–1068.
2. Бурдина Л.М. Особенности состояния грудных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов // Маммология. – 2003. – № 1. – С. 4–11.
3. Габуния М.С., Лобова Т.А., Егорова Л.Г. Состояние грудных желез при заместительной гормональной терапии // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

**Климактерический синдром у женщин с различной дисфункцией щитовидной железы**

**И.Б. Глазкова**

Таврический национальный университет им. В.И. Вернадского  
 МОНмолодежи и спорта Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что доброкачественная патология щитовидной железы у женщин с климактерическими нарушениями является достаточно актуальной научной проблемой, для решения которой необходим комплексный и дифференцированный подход с учетом полученных новых данных о патогенезе возникающих осложнений. Предлагаемый алгоритм лечебно-профилактических и прогностических мероприятий позволяет существенно снизить число различных проявлений климактерического синдрома, а также существенно повысить качество жизни больных. Это позволяет рекомендовать результаты проведенного научного исследования для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** климактерические нарушения, дисфункция щитовидной железы.

В современной демографической ситуации в Украине увеличивается количество женщин старших возрастных групп, что приводит к повышенному вниманию к состоянию их здоровья [1–3]. Среди различных проблем гинекологической заболеваемости одно из главных мест занимает климактерический синдром, частота которого остается достаточно высокой, а кроме того происходит его омоложение и негативное влияние на состояние внутренних органов [4–6].

Большинство работ отечественных и иностранных исследований по проблеме климактерического синдрома посвящено изучению эндокринологических особенностей, а также влиянию данной патологии на сердечно-сосудистую систему и опорно-двигательный аппарат [7–9]. В связи с этим представляет интерес изучение взаимосвязи функционального состояния щитовидной железы у женщин с климактерическими нарушениями, особенно учитывая влияние тиреоидных гормонов на состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой активности, метаболизма, гемостаза и минеральную плотность костей. Кроме того, функциональное напряжение щитовидной железы значительно увеличивается в тех случаях, когда растет потребность организма в йоде, в том числе и в климактерический период [1, 5, 8]. Тиреоидные гормоны поддерживают в организме определенный уровень обмена веществ, а их возрастное снижение приводит к ряду серьезных метаболических изменений: нарушению липидного обмена, атеросклерозу, сосудистой недостаточности, гиперкоагуляции и др.

Несмотря на значительное число научных публикаций по данному научному направлению нельзя считать все проблемы решенными. По нашему мнению, в пер-

вую очередь это относится к клинко-патогенетическим особенностям климактерического синдрома у женщин с разной патологией щитовидной железы, а также к возможности прогнозирования, профилактики и адекватной коррекции. Все это, безусловно, свидетельствует об актуальности изучаемой научной проблемы.

**Целью** исследования стало снижение частоты и степени тяжести климактерических нарушений у женщин с доброкачественной тиреоидной патологией на основе изучения клинических, психоневрологических, эндокринологических, биохимических, гемостазиологических особенностей, минеральной плотности костей, а также разработки и внедрения алгоритма лечебно-профилактических и прогностических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью и задачей нами было проведено комплексное клинко-лабораторное, инструментальное и функциональное обследование 320 женщин в возрасте 45–55 лет, которые были разделены на следующие группы и подгруппы:

1 группа (контрольная) – 60 женщин 45–55 лет без клинко-лабораторных проявлений климактерических нарушений:

подгруппа 1.1. – 30 женщин аналогичного возраста в перименопаузальный период;

подгруппа 1.2. – 30 женщин аналогичного возраста в постменопаузальный период.

2 группа (сравнения) – 60 женщин 45–55 лет без тиреоидной патологии с клинко-лабораторными проявлениями климактерических нарушений:

подгруппа 2.1. – 30 женщин аналогичного возраста в перименопаузальный период;

подгруппа 2.2. – 30 женщин аналогичного возраста в постменопаузальный период;

3 группа – 100 женщин 45–55 лет с различной тиреоидной патологией и клинко-лабораторными проявлениями климактерических нарушений, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;

подгруппа 3.1. – 50 женщин аналогичного возраста в перименопаузальный период;

подгруппа 3.1.1. – 20 женщин с гипопункцией щитовидной железы;

подгруппа 3.1.2. – 20 женщин с аутоиммунным тиреоидитом;

подгруппа 3.1.3. – 10 женщин с гиперфункцией щитовидной железы;

подгруппа 3.2. – 50 женщин аналогичного возраста в постменопаузальный период;

подгруппа 3.2.1. – 20 женщин с гипопункцией щитовидной железы;

подгруппа 3.2.2. – 20 женщин с аутоиммунным тиреоидитом;

подгруппа 3.2.3. – 10 женщин с гиперфункцией щитовидной железы;

4 группа – 100 женщин 45–55 лет с различной тиреоидной патологией и клинко-лабораторными проявлениями климактерических нарушений, предлагаемые нами лечебно-профилактические мероприятия;

подгруппа 4.1. – 50 женщин аналогичного возраста в перименопаузальный период;

подгруппа 4.1.1. – 20 женщин с гипопункцией щитовидной железы;

подгруппа 4.1.2. – 20 женщин с аутоиммунным тиреоидитом;

подгруппа 4.1.3. – 10 женщин с гиперфункцией щитовидной железы;

подгруппа 4.2. – 50 женщин аналогичного возраста в постменопаузальный период;

подгруппа 4.2.1. – 20 женщин с гипопункцией щитовидной железы;

подгруппа 4.2.2. – 20 женщин с аутоиммунным тиреоидитом;

подгруппа 4.2.3. – 10 женщин с гиперфункцией щитовидной железы;

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия у женщин с тиреоидной патологией включали в себя следующие моменты:

- заместительная гормональная терапия: в перименопаузе использовали фемостон 2/10, а постменопаузе фемостон конти 1/5 в непрерывном режиме;

- коррекция тиреоидной дисфункции прямо зависит от функционального состояния щитовидной железы; при гипопункции левотироксин (доза и длительность приема препарата подбирались индивидуально до нормализации уровня ТТГ); при гиперфункции щитовидной железы использовали мерказолил (доза и длительность приема препарата подбирались индивидуально до нормализации уровней ТТГ, Т4 и Т3).

- дополнительно назначали антиоксиданты, витаминотерапию, растительные адаптогены, седативные препараты и при необходимости коррекция микробиотоза половых путей общепринятыми препаратами.

Основными отличиями предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий у женщин с тиреоидной патологией было дополнительное использование следующих моментов:

- для коррекции дисметаболических нарушений использование антигомотоксической терапии: Тиреоида-композитум (по 1 ампуле 1 раз в неделю в течение 3–6 мес); Мулимен (по 15 капель 2 раза в день в течение 3–6 мес); Убихинон композитум (по 1 ампуле 1 раз в неделю в течение 3–6 мес); Игнация гомоккорд (по 10 капель 3 раза в день в течение 3–6 мес); Кралонин (по 10 капель 3 раза в день в течение 3–6 мес) и Остеобиос (по 10 капель 3 раза в день в течение 3–6 мес).

Научным обоснованием изменения подхода в применении левотироксина является необходимость более эффективной коррекции дисметаболических нарушений и профилактики развития атеросклероза на фоне снижения функции щитовидной железы.

Использование антигомотоксической терапии мы считаем необходимым компонентом эффективного подхода к коррекции дисгормональных и дисметаболических нарушений у женщин с климактерическими нарушениями на фоне тиреоидной патологии. Выбор вышеописанных препаратов был обусловлен следующими моментами:

- Тиреоида композитум обладает гормонорегулирующим, регенерирующим, противовоспалительным, антиоксидантным, седативным и включает метаболиты и препараты йода, что обуславливает комплексный подход к решению поставленной проблемы;

- Мулимен обладает гормонорегулирующим, спазмолитическим, седативным и гемостатическим эффектом, на фоне его приема снижается частота и длительность кровянистых выделений из половых путей на фоне ЗГТ;

- Убихинон композитум обладает антиоксидантным, антигистаминным, метаболическим действием и содержит комплекс витаминов и микроэлементов;

- Игнация гомоккорд позволяет эффективно и безопасно нормализовать пониженный фон настроения и при выраженных депрессиях может применяться длительно, эффективно корригируя данное состояние;

- Кралонин обладает коронарорасширяющим, метаболическим, антиаритмическим, гипотензивным и седативным действием, поддерживая функциональные

возможности миокарда. Кроме того, прием этого препарата позволяет снизить дозировку и уменьшить побочные эффекты традиционных лекарственных препаратов (сердечные гликозиды, гипотензивные, нитраты и бета-блокаторы);

- Остеобиос оказывает всестороннее комплексное действие на все звенья обмена кальция в организме и трофику костной ткани, а также позволяет оптимизировать комплексную терапию, избежать побочных эффектов общепринятых аллопатических препаратов.

При необходимости коррекции микробиоценоза половых путей мы сделали свой выбор на препарате Симбитер-2, который содержит натуральные живые микроорганизмы, необходимые для физиологического поддержания микробиоценоза половых путей. Длительность приема препарата зависела от результатов клинико-лабораторных исследований (в среднем, 10–14 дней).

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, эхографические, эндокринологические, иммунологические, биохимические, микробиологические и статистические.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота и степень выраженности климактерических нарушений, изменений эндокринологического статуса и гомеостаза зависят от периода менопаузы и конкретного варианта тиреоидной патологии.

Общими моментами для пациенток с доброкачественной тиреоидной патологией в периоде менопаузы являются структура климактерических нарушений (легкая степень – 62,0%; средняя – 26,0% и тяжелая – 12,0%); наличие выраженного обменно-эндокринного синдрома (44,0%); синдром «ожидания хронической болезни» (72,0%); головная боль сосудистого характера (30,0%); различные депрессивные состояния (60,0%) и снижение качества жизни на 40 баллов. В постменопаузальный период изменяется структура климактерических нарушений (легкая степень – 34,0%; средняя – 44,0% и тяжелая – 32,0%); появляются тяжелые нейровегетативные нарушения (22,0%) и выраженный психоэмоциональный синдром (80,0%); увеличивается частота синдрома «ожидания хронической болезни» (86,0%); головная боль приобретает мигреноподобный характер (36,0%); происходит рост частоты депрессивных состояний (92,0%); у всех пациенток возникают различные нарушения сна (100,0%), а качество жизни снижается до 6065 баллов.

Для пациенток с гипофункцией щитовидной железы в пери- и постменопаузальных периодах характерно увеличение частоты климактерических нарушений средней и тяжелой степени; рост уровня вегетативной дистонии и обменно-эндокринного синдрома; нарастание степени выраженности гипервентиляционных расстройств, интенсивности болевых ощущений и их неблагоприятное влияние на качество жизни пациенток; более высокие значения реактивной и личностной тревожности; снижение интегральной самооценки личности и качества жизни. При аутоиммунном тиреоидите происходит увеличение частоты вегетативной дистонии и преобладание умеренной депрессии. При гиперфункции щитовидной железы происходит рост степени выраженности психоэмоционального синдрома; преобладание синдрома «ожидания хронической болезни» и сильной депрессии.

Эндокринологические изменения у женщин с климактерическими нарушениями на фоне доброкачественной патологии щитовидной железы зависят от конкретного варианта тиреоидных заболеваний и периода менопаузы. При гипофункции щитовидной железы в перименопаузальном периоде характерно достоверное увеличение содержания ЛГ; Прл; ФСГ; св.Т; ТТГ; АТПО; АТГ и ТСГ при одновременном снижении уровня П; Э2; Т4св. и КТ; в постменопаузальном периоде достоверное повышение Прл; св.Т; ТТГ; АТПО и АТГ. При аутоиммунном тиреоидите дисгормональные изменения носят менее выраженный характер: в перименопаузальном периоде происходит достоверное увеличение содержания КТ; АТПО и АТГ при одновременном снижении уровня П; Э2 и ПТГ; в постменопаузальном периоде отмечается достоверное повышение Прл; АТПО и АТГ на фоне снижения уровня ЛГ, Э2 и П. При гиперфункции щитовидной железы эндокринологические нарушения наименее выражены: в перименопаузальном периоде происходит достоверное увеличение ЛГ; АТПО и АТГ при одновременном снижении уровня П; в постменопаузальном периоде достоверное повышение Прл; КТ; АТПО и АТГ на фоне одновременного уменьшения ЛГ и Э2.

Изменения метаболизма и гемостаза в перименопаузальном периоде встречаются только у пациенток с гипофункцией щитовидной железы и заключаются в достоверном увеличении содержания ХС, ТГ, ЛПНП, глюкозы, АТИ АДФ при одновременном снижении уровня ЛПВП и ФА. В постменопаузальном периоде при гипофункции щитовидной железы и аутоиммунном тиреоидите происходит прогрессирование метаболических и гемореологических расстройств: атерогенная дислипидемия, нарушение толерантности к углеводам, обмена пуринов, кальция и фосфора, а также возрастает тромбогенный потенциал крови. При гиперфункции щитовидной железы изменения метаболизма и гемостаза носят компенсированный характер.

Проявления остеопороза в перименопаузальный период при всех вариантах тиреоидной патологии отсутствуют. В постменопаузальный период при гипофункции щитовидной железы и АИТ происходит достоверное увеличение обеих параметров МПК с одинаковым коэффициентом, а независимо от варианта тиреоидной патологии отмечается снижение роста пациенток на  $4,4 \pm 0,3$  см.

Применение предлагаемой нами методики позволяет устранить следующие негативные моменты климактерических нарушений у пациенток с различной доброкачественной тиреоидной патологией в пери- и постменопаузальных периодах:

- снизить частоту климактерических нарушений средней (на 20,0%) и тяжелой степени (на 30,0%);
- уменьшить средний балл вегетативной дистонии (на 10 баллов);
- частоту психоэмоционального синдрома (на 30,0%);
- снизить степень выраженности обменно-эндокринного синдрома (на 70,0%);
- в перименопаузальном периоде снизить частоту сосудистых головных болей (на 10,0%), а в постменопаузальном – головных болей мигреноподобного характера (на 35,0%) и напряжения (на 25,0%);
- сократить разницу в частоте выраженных гипервентиляционных расстройств (на 50 баллов);
- нормализовать три основных параметра сна: пробуждение от чувства нехватки воздуха, повышенная двигательная активность и различные видения в период засыпания;

- снизить частоту болевых ощущений: интенсивность боли (на 30,0%) и ее благоприятное влияние на жизнь (на 50,0%);
- уменьшить степень выраженности различных депрессивных состояний (на 30,0%);
- повысить параметры качества жизни (на 50 баллов).

Для практического здравоохранения мы считаем возможным рекомендовать следующие моменты:

1. С целью снижения частоты климактерических нарушений у женщин с доброкачественной патологией щитовидной железы необходимо использовать в дифференцированном режиме следующие моменты:

- заместительная гормональная терапия;
- коррекция тиреоидной дисфункции;
- антиоксиданты, витаминотерапия, растительные адаптогены, седативные препараты;
- антигомотоксическая терапия;
- коррекция микробиоценоза половых путей.

2. Для контроля за эффективностью предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий необходимо динамическое (до лечения, через 6 и 12 мес) исследование основных клинических, эндокринологических, биохимических, гемостазиологических и психологических параметров.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований доброкачественная патология щитовидной железы у женщин с климактерическими нарушениями является достаточно актуальной научной проблемой, для решения которой необходим комплексный и дифференцированный подход с учетом полученных новых данных о патогенезе возникающих осложнений. Предлагаемый алгоритм лечебно-профилактических и прогностических мероприятий позволяет существенно снизить число различных проявлений климактерического синдрома, а также существенно повысить качество жизни больных. Это позволяет рекомендовать результаты проведенного научного исследования для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Клімактеричний синдром у жінок з різною дисфункцією щитоподібної залози І.Б. Глазкова

Результати проведених досліджень свідчать, що доброякісна патологія щитоподібної залози у жінок з клімактеричними порушеннями є досить актуальною науковою проблемою, для вирішення якої необхідний комплексний і диференційований підхід з врахуванням отриманих нових даних про патогенез виникаючих ускладнень. Запропонований алгоритм лікувально-профілактичних і прогностичних заходів дозволяє істотно знизити число різних проявів клімактеричного синдрому, а також істотно підвищити якість життя хворих. Це дозволяє рекомендувати результати проведеного наукового дослідження для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** клімактеричні порушення, дисфункція щитоподібної залози.

### Climacteric syndrome at women with various dysfunction of a thyroid gland I.B. Glazkova

Results of the spent researches testify, that the good-quality pathology of a thyroid gland at women with climacteric infringements is enough an actual scientific problem for which decision the complex and differentiated approach taking into account the received new data about pathogenesis arising complications is necessary. The offered algorithm treatment-and-prophylactic and prognostical actions allows to lower essentially number of various displays of a climacteric syndrome, and also it is essential to raise quality of a life of patients. It allows to recommend results of the carried out scientific research for wide use in practical public health services.

**Keywords:** climacteric infringements, dysfunction of a thyroid gland.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Дубоссарская З.М. Теория и практика гинекологической эндокринологии // Днепрпетровск. – 2005. – 232 с.
2. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве // Москва. – 2012. – С. 250–265.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.П. Неоперативная гинекология. – М., 2008. – 480 с.
4. Руководство по эндокринной гинекологии // Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2008. – 592 с.
5. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. – М., 2011. – 685 с.
6. Леуш С.Ст., Рощина Г.Ф. Менопаузальный период: эндокринологический статус, симптоматика, терапия // Здоровье женщины. – 2002. – № 1 (9). – С. 53–55.
7. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М., 2011. – 247 с.
8. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология. – Ч.1. – К.: Заповіт, 2003. – 300 с.
9. Балан В.Е. Эпидемиология климактерического периода // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 5–9.

## Оптимизация коррекции дисгормональных нарушений у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне фиброзно-кистозной мастопатии

**Е.Н. Жидковская**

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

Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин перименопаузального возраста с сочетанием гиперпластических процессов эндометрия и фиброзно-кистозной мастопатии позволяет определить первоочередность развития (половые органы или грудные железы); метод лечения (консервативный или оперативный) и вариант медикаментозной коррекции (препараты для гормональной и метаболической терапии). В совокупности это позволяет снизить заболеваемость женщин перименопаузального возраста, предупреждает развитие онкологической патологии. **Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, фиброзно-кистозная мастопатия, тактика лечения.

Среди основной патологии репродуктивной системы в перименопаузальном периоде занимают гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) [1–5]. Основными причинами развития разных вариантов гиперпластических процессов эндометрия является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, много случаев воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и др. [1, 4].

В настоящее время фиброзно-кистозное поражение грудных желез (ФКМ) является патологией, достаточно часто встречающейся среди женщин перименопаузального возраста, а в структуре смертности женщин рак грудной железы занимает одно из первых мест [2, 3]. Среди широкого спектра причин такой неблагоприятной ситуации выделяют начальные дисгормональные нарушения, которые могут начинаться с пубертатного периода, обремененный репродуктивный анамнез, медико-социальные причины и др. [1–5].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам ГПЭ и ФКМ отдельно, научные исследования, касающиеся взаимосвязи этих двух патологий практически отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении одиночные публикации носят фрагментарный характер. Все изложенное выше свидетельствует об актуальности поднимаемой научной задачи.

Целью работы было повышение эффективности диагностики и лечения сочетанной патологии – ГПЭ и ФКМ на основании изучения клинико-эхографических, доплерометрических и эндокринологических особенностей, а также усовершенствование алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и заданий под наблюдением были 230 пациенток перименопаузального периода с верифицированными гиперпластическими процессами эндометрия, у которых выполнено тщательное обследование грудных желез. К перименопаузе относили пациенток, которые с 45 до 55 лет имели климактерические симптомы к менопаузе и в течение 2 лет после последней менструации. Состояние грудных желез изучено также у 98 пациенток перименопаузального периода без гинекологической патологии – контрольная группа.

Все обследованные пациентки с ГПЭ (n=230) были распределены на две группы: 1-я группа – пациентки с ГПЭ, у которых отсутствуют заболевания грудных желез (n=65), 2-я группа пациентки с ГПЭ и наличием заболеваний грудных желез (n=165).

Исследование проводили по специально разработанной схеме, которая включала тщательный анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, характера менструальной функции и сопутствующих гинекологических заболеваний; анализ гормонального статуса. При этом учитывалось применение в анамнезе гормональных препаратов с целью лечения гинекологических заболеваний и метод используемой контрацепции.

На втором этапе работы определены методы лечения ГПЭ и состояние грудных желез при этом. В эту группу вошли все 230 пациенток первого этапа с ГПЭ перименопаузального периода.

В процессе проспективного исследования изучено влияние гормональных препаратов, применяемых для лечения ГПЭ в период перименопаузы на состояние грудных желез: у 37 – в процессе употребления прогестинов, у 17 – антагонистов гонадотропинов, у 19 – агонистов ГНРГ, у 10 – ЗГТ, употребляемой с целью лечения климактерических расстройств и профилактики рецидива патологии эндометрия. Из 83 пациенток, которые получили гормональную терапию для лечения ГПЭ, у 70 патология эндометрия совмещалась с ФКМ.

В процессе наблюдения за пациентками с ГПЭ на протяжении 2–4 лет изучено состояние грудных желез у 98 – после оперативной гистероскопии (аблации эндометрия, полипэктомии) и у 49 – после гистерэктомии. Обнаружены факторы, содействующие возникновению пролиферативных осложнений со стороны грудных желез после применения оперативных методов лечения гиперплазии эндометрия у пациенток перименопаузального периода. Сделана также попытка оценить возможность снижения заболеваемости рака грудной железы путем ранней диагностики предраковых и фоновых заболеваний грудных желез у пациенток перименопаузального периода с ГПЭ, что составляет группу наиболее высокого риска возникновения заболеваний грудных желез. Проведена работа для определения лечебной тактики при обнаруженных доброкачественных заболеваниях грудных желез у пациенток с ГПЭ перименопаузального периода. Для реализации данной за-

дачі из обследованных 230 пациенток с ГПЭ отобрано 165 пациенток с сочетанием ГПЭ и грудных желез.

Лечение больных с сочетанием ГПЭ и ФКМ проведено с учетом как гинекологическим, так и маммологической патологии. Проведено динамическое наблюдение по состоянию грудных желез у пациенток с ФКМ и ГПЭ в процессе медикаментозной терапии, употребляемой как с целью лечения патологии эндометрия (70 наблюдений), так и с целью терапии заболеваний грудных желез (64 наблюдений). Длительность периода наблюдения за больными с сочетанными ГПЭ и ФКМ составила 2–4 года. Клинико-ультразвуковое исследование проводили 1 раз в 6 мес, рентгенологическую маммографию – 1 раз в год. Анализ данных, полученных в ходе настоящего наблюдения, позволил разработать обоснованную систему диагностических и лечебных мероприятий для пациенток с сочетанием ГПЭ и ФКМ в период перименопаузы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что факторами риска развития сочетанной патологии ГПЭ и ФКМ являются:

- соматические заболевания: изменения в щитовидной железе, частые вирусные респираторные заболевания, дискинезия желчных путей, артериальная гипертензия, ожирение 2–3 ст.;

- отсутствие или наличие менее двух родов;

- отсутствие или короткий период (менее 6 мес) грудного вскармливания.

ГПЭ развиваются в перименопаузальном периоде (73,4%), в их структуре преобладают гиперплазия эндометрия без атипии (56,5%); полипы эндометрия (39,7%); сочетание гиперплазии и аденомиоза (24,8%) по сравнению с атипичной гиперплазией эндометрия (18,3%); сочетание гиперплазии и полипов эндометрия (12,2%), а также сочетание гиперплазии с субмукозной миомой матки (1,8%).

ГПЭ встречаются самостоятельно лишь в 21,7% случаев; чаще сочетается с аденомиозом и лейомиомой матки (42,2%); с аденомиозом (21,7%) или с лейомиомой матки (14,4%).

Суммарная частота разных форм ФКМ у женщин с ГПЭ 73,5%, причем с преобладанием диффузной формы ФКМ (56,5%) по сравнению с кистами грудных желез (9,5%) и узловой формы ФКМ (7,5%).

Частота и форма ФКМ зависят от варианта ГПЭ:

- при простой гиперплазии суммарная частота составляет 84,1% с преобладанием диффузной формы ФКМ (74,4%);

- при наличии признаков атипии гиперпластического процесса эндометрия суммарная частота составляет всего лишь 26,2%, в основном, за счет диффузной формы ФКМ (23,8%);

- при полипах эндометрия наиболее высокая суммарная частота (94,6%) с явным преобладанием узловатых форм ФКМ (66,7%).

Основными методами лечения ГПЭ на фоне ФКМ является гистероскопия с последующей гормональной терапией (46,5%); только гормональная терапия (39,5%) и гистерэктомия (28,0%).

Дифференцированный подход к подбору гормональных препаратов, применяемых с целью лечения ГПЭ в перименопаузе, зависит от начального состояния грудных желез:

- при неизмененных грудных железах возможно употребление всех видов гормональной терапии.

- при диффузных формах ФКМ больным с ГПЭ в перименопаузе в возрасте до 50 лет целесообразно назначение гестагенных препаратов как в циклическом, так и в непрерывном режиме. Пациенткам старше 50 лет как в пре-, так и в постменопаузе наиболее эффективно употребление антагонистов или агонистов половых гормонов.

- при узловатых формах ФКМ как в пре-, так и в постменопаузе преимущество следует отдать антагонистам гонадотропинов, агонистам гонадотропин-рилизинг гормона.

Гормональная терапия ГПЭ должна проводиться с контролем состояния грудных желез на основании объективных методов диагностики: эхография, маммография и доплерометрия. При неэффективности гормонотерапии необходимо использовать оперативную гистероскопию или гистерэктомию с последующей гормональной коррекцией с учетом состояния грудных желез.

Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин перименопаузального периода с сочетанием ГПЭ и ФКМ позволяет определить первоочередность (половые органы или грудные железы); метод лечения (консервативный или оперативный) и вариант медикаментозной коррекции (препараты для гормональной и метаболической терапии). В совокупности это позволяет снизить заболеваемость у женщин перименопаузального периода, предупреждает развитие онкологической патологии.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности выбранного научного задания. Использование разработанного алгоритма позволяет снизить заболеваемость у женщин перименопаузального периода и предупредить развитие онкологической патологии.

### Оптимізація корекції дисгормональних порушень у жінок перименопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія на фоні фіброзно-кістозної мастопатії

**О.М. Жидковська**

Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок перименопаузального періоду з поєднанням гіперпластичних процесів ендометрія і фіброзно-кістозної мастопатії дозволяє визначити першочерговість (статеві органи або грудні залози); метод лікування (консервативний або оперативний) і варіант медикаментозної корекції (препарати для гормональної і метаболічної терапії). В сукупності це дозволяє знизити захворюваність в жінок перименопаузального періоду і попереджує розвиток онкологічної патології.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, фіброзно-кістозна мастопатія, тактика лікування.

**Correction optimisation dyshormonal infringements at women perimenopausal age with hyperplastic processes of endometrium against fibro-cysts mastopatia**  
**E.N. Zhidkovskaja**

Use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us at women perimenopausal age with a combination of hyperplastic processes of endometrium and fibro-cysts mastopatia allows to define developments (genitals or mammary glands); a treatment method (conservative or operative) and a variant of medicamentous correction (preparations for hormonal and metabolic therapy). In aggregate it allows to lower disease of women perimenopausal age to warn development of an oncological pathology.

**Key words:** *hyperplastic processes of endometrium, fibro-cysts mastopatia, treatment tactics.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодняк, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.
2. Железнов Б.И. Клиника, диагностика и лечение полипов эндометрия / Б.И. Железнов А.Н. Стрижаков, В.А. Лебедев // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 11. – С. 73–77.
3. Клинико-патогенетические варианты гиперпластических процессов эндометрия у женщин, проживающих в различных экологических условиях / [Давидян Л.Ю., Родкана Р.А., Багдасаров А.Ю., Олейникова Д.В.] // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 83, № 2. – С. 105–107.
4. Рожковська И.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / И.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2010. – № 2. – С. 49–50.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – Л.: Медицина, Питерское отделение, 2009. – 463 с.

**Профілактика рецидиву гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з доброякісною патологією щитоподібної залози в перименопаузі**

**О.О. Литвак**

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС України

Результати проведених досліджень свідчать, що особливості антипроліферативної дії препарату, що вивчається, на гіперплазований ендометрій без метаболічного впливу на обмінних процесу організму в цілому, дають підставу вважати його препаратом вибору для післяопераційної профілактики і лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з екстрагенітальною патологією, яким протипоказана гормональна терапія.

**Ключові слова:** *гіперпластичні процеси ендометрія, доброякісна патологія щитоподібної залози, перименопауза.*

Актуальність вивчення гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) в перименопаузі обумовлена неухильним збільшенням частки даної патології в структурі гінекологічної захворюваності. За даними статистичних досліджень, серед жінок в перименопаузального віку, які звертаються в гінекологічну клініку з приводу дисфункціональних маткових кровотеч в 54–62% випадках спостерігаються гіперпластичні процеси ендометрія [1].

Удосконалення малоінвазивної техніки хірургічного втручання у пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія не привело до очікуваних результатів – зниження частоти виникнення гіперплазії ендометрія, особливо в перименопаузальному віці. Це пов'язано, можливо, з поліморбідністю, що є однією з актуальних проблем сучасної медицини. За статистикою до 57% хворих, які госпіталізовані до гінекологічного стаціонару, є пацієнтки з доброякісними захворюваннями матки різних вікових груп з супутньою екстрагенітальною патологією. Ряд авторів відзначають, що в структурі супутніх екстрагенітальних захворювань, частка доброякісної патології щитоподібної залози складає від 35% до 65% [1, 2].

В період угасання репродуктивної функції жінки, на тлі порушення тиреоїдної секреції та виснаження гаметопродукуючої і гормональної функцій яєчників, розвивається комплекс, тісно пов'язаних між собою нейро-гормонально-метаболічних змін гомеостазу організму в цілому, який отримав назву «перименопаузальний метаболічний синдром». Саме ці патологічні зміни являються предикторами розвитку гіперпластичного, передонкологічного і онкологічного процесів в ендометрії [1, 2, 4, 5].



Оскільки, гіперпластичні процеси ендометрія виникають як наслідки нейрогормональних порушень в організмі жінки перименопаузального віку, то стандартним лікуванням клімактеричних розладів є гормональна терапія. За даними різних досліджень, ефективність гормонального лікування гіперплазії ендометрія складає від 59% до 84%. В той самий час, гормонотерапія супроводжується великою кількістю побічних ефектів і має ряд протипоказань, що обмежує її застосування у жінок із метаболічними порушеннями на тлі хронічних екстрагенітальних захворювань або будь-яких ендокринопатій.

Ці проблеми диктують необхідність пошуку препаратів, що діють вибірково, впливають тільки на клітини з високим проліферативним потенціалом і не дають системних ефектів гормональних препаратів. З цієї точки зору, цікавим є напрямок наукового пошуку лікування гіперпластичних процесів у пацієнток вищезазначеної категорії із застосуванням негормональних препаратів.

Численні дослідження останніх років індолу-3-карбінолу, як біологічно активної речовини, що формується в процесі розщеплювання глюкозинолатів (натуральних компонентів клітин рослин сімейства хрестоцвітних). Індол-3-карбінолу пригнічує висока виборча протипухлинна активність, яка заснована на антиестрогенному і проапоптотичному ефектах. Антиестрогенна дія індол-3-карбінола обумовлена індукцією CYP1A1, що викликає зниження рівня експресії ядерних рецепторів естрогену (E2) і блокуючи каскад утворення патологічних метаболітів естрогенів, тим самим нормалізуючи метаболізм естрогенів в печінці.

Антипроліферативний механізм дії індолу-3-карбінолу реалізується шляхом інгібування чинників зростання і взаємодією систем цитохрому P450 і Ah-рецепторів, які є своєрідними «антитоксикологічними» комірцями клітин, що інактивують різні канцерогени, отрути, ксенобіотики і т.ін. [6–8]. Його проапоптотичний вплив на клітини обумовлено блокадою експресії антиапоптотичного білка bcl-2 в пухлинних клітинах, що приводить до їх загибелі [5].

**Метою роботи** стало вивчення ефективності Інділену 200 як патогенетично обґрунтованого препарату вибору для післяопераційної профілактики рецидивів гіперпластичного процесу ендометрія у жінок перименопаузального віку із доброякісними захворюваннями щитоподібної залози, яким протипоказана гормональна терапія.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 63 жінки віком від 45 до 53 років з різними порушеннями менструальної функції (НМФ) на тлі гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) у поєднанні з доброякісною патологією щитоподібної залози.

Перед призначенням профілактичної терапії препаратом Інділен 200 діагностичний алгоритм обстеження всіх пацієнток з ГПЕ і доброякісною тиреоїдною патологією включав: загальноклінічне дослідження, визначення в сироватці крові рівнів естрадіолу (Е), прогестерону (П), лютеотропіна (ЛГ), фолікулостимулюючого (ФСГ) гормону, гінекологічне обстеження, УЗІ органів малого тазу, гістероскопію, з прицільною біопсією окремих ділянок ендометрія для патогістологічного дослідження. Усі операції проводилися з використанням гістероскопа фірми «Karl Shtortz», під внутрішньовенним наркозом, з письмової згоди пацієнток на оперативне лікування.

Усі обстежувані пацієнтки були на диспансерному обліку у ендокринологів. Структура доброякісної патології щитоподібної залози, у обстежених, включала наступні нозологічні форми: дифузний нетоксичний 13% (еутиреоїдний) зоб (ДНЗ); дифузний (токсичний) зоб (ДТЗ) у стадії медикаментозної субкомпенсації – 24%; вузловий зоб з субклінічним гіпотиреозом (УЗ СГ) – 40%, аутоімунний тиреоїдит (АІТ) 23%.

Критеріями виключення з дослідження були наступні моменти: наявність титру антитіл до тиреоглобуліну і/або тиреоїдній пероксидазі; наявність в анамнезі операцій на щитоподібній залозі.

Для реалізації мети дослідження, всі обстежувані хворі, були розділені на дві групи, які формувалися за принципами рандомізації, відповідно зверненню хворих до клініки: основну (38 осіб), в якій проводили протирецидивну терапію препаратом Інділен 200 та групу порівняння (25 жінок), яким не проводили будь-яке профілактичне лікування післяопераційному періоді. Препарат Інділен 200 призначався в кількості 200 мг (1 капсула) двічі на день протягом 3 і 6 міс. Випадковий підбір хворих привів до компонування однотипних, основної і порівняльної, груп пацієнток за віком, станом функціональної активності щитоподібної залози, тривалістю перименопаузи, клінічної симптоматики перебігу ГПЕ.

Жінки обох досліджуваних груп мали протипоказання до застосування гормональної терапії ГПЕ (згідно клінічним протоколам, затвердженим МОЗ України від 31.12.04 № 676 і від 27.12.06 № 905 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»).

Оцінка результатів профілактичного лікування препаратом Інділен 200 проводилася на підставі аналізу коефіцієнта атерогенності та динамічних змін біохімічних показників сироватки крові: рівнів альбуміну, глобуліну, вмісту загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької (ЛПНЦ) і високої щільності (ЛПВЩ).

Для вивчення стану ендометрія в післяопераційному періоді використовували УЗД та іспіраційну біопсію ендометрія з подальшим визначенням рівнів прозапальних чинників (цитокінінів IL-1, TNF-a) у біоптатах імуноферментним методом з використанням тест-систем Biosource Belgium.

Трансвагінальну ехографію проводили на 5–7-й день менструального або умовного менструального циклу (ультразвуковий апарат ACUSON I28-XP з трансвагінальним датчиком 7,5 Мгц).

Пацієнтки обох груп проходили обстеження перед оперативним лікуванням і через 3–6 міс.

Цифровий матеріал був оброблений за допомогою програмного пакету статистичного аналізу STATISTICA-5, Excel Microsoft Office.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані показали, що гіперпластичні процеси ендометрія у всіх обстежених жінок діагностували:

- у 75% хворих на підставі скарг на порушення менструальної функції (ПМФ);
- у 9% жінок ГПЕ була знахідкою на УЗД органів черевної порожнини, яке виконувалося з приводу інших захворювань;

- у 25% випадків ГПЕ була виявлена при планових профілактичних оглядах у дільничного гінеколога.

При аналізі ПМФ у жінок, які знаходилися під спостереженням отримали наступні результати: регулярний цикл був у 12 осіб (19%); менорагії – у 21 (33%); альгодисменореї – у 6 (9%); олігоменорея – у 2 (3%), опсоменорея – у 5 (8%), ациклічні маткові кровотечі після затримки менструації від 2 до 12 міс – у 27 (43%) хворих. При цьому тривалість НМФ в середньому складала  $3,2 \pm 0,6$  року.

При оцінці гінекологічного статусу контингенту обох дослідницьких груп кількість осіб з поєднаним ураженням матки, а саме ГПЕ на тлі лейоміоми – у 75% (47 осіб); у поєднанні з аденоміозом – у 13% (8 жінок). Середні розміри вузлів були  $16,7 \pm 5,3$  мм. При цьому розташування міоматозних вузлів, в більшості випадків (75%), було субсерозним і/або інтерстиціальним, тільки у 6 пацієнток (10%) спостерігалось субмукозное розташування міоматозного вузла.

При первинному обстеженні гормонального профілю у всіх 63 пацієнток, характер змін вмісту гіпофізарно-яєчникових гормонів був типовим для перименопаузи з підвищенням рівнів естрадіолу, ФСГ, ЛГ і зниженням рівня прогестерону.

При сонографії органів малого тазу на 5–7-й день менструального або умовного менструального циклу у осіб основної групи було виявлено збільшення розмірів матки (передньо-задній розмір – до  $82,04 \pm 11,46$  мм, товщина ендометрія – до  $21,8 \pm 5,2$  мм, наявність одного або декілька персистуючих фолікулів з діаметром в середньому  $26,6 \pm 4,6$  мм, при цьому об'єм яєчників складала  $5,16 \pm 0,3$  см<sup>3</sup>. У 43% з усіх хворих, що знаходилися під спостереженням, була діагностована активна форма залізистої гіперплазії ендометрія; хронічна форма активної гіперплазії зустрічалась частіше і була виявлена у 67% пацієнток обох груп.

На ехограмах у хворих як основної так і групи порівняння візуалізувалися залозисто-кістозні зміни у вигляді вогнищ, округлої форми, різного діаметру із губчастою неоднорідною ехо-структурами і підвищеною щільністю, округлої форми; поліпи ендометрія мали чітку ехо-структуру по периферії з ехо-негативними включеннями в їх товщі.

При відеогістероскопії у жінок з поєднаною патологією ЩЖ і ГПЕ спостерігалися гіперпластичні процеси у вигляді значної складчастості слизової оболонки ендометрія в порожнині матки з ускладненням візуалізації одного з двох або обидві «вічок» маткових труб на тлі одинарних або множинних поліпів, з чіткими контурами тарізної форми і довжини, які розташовувалися частіше в області маткових труб (58%), у дна матки (35%), в нижньому сегменті (13%).

При огляді порожнини матки, у пацієнток групи порівняння, під час гістероскопії гіперплазії ендометрія мала вигляд нерівномірно потовщених складок слизової оболонки матки різної висоти і форми із забарвленням від блідо-рожевого до яскраво-червоного кольору.

Патогістологічне дослідження ендометрія у всіх 63 досліджуваних клінічних випадків, виявило: складну (залозисто-кістозну) ГПЕ (58%), складну (залозисто-кістозну) ГПЕ із залізистими поліпами (25%), складну (залозисто-кістозну) ГПЕ у поєднанні з фіброзними поліпами (12%). Атипія прості ГПЕ і складна ГПЕ були діагностовані в 5% випадках зі всього контингенту обстежених. Вони були направлені на подальше консультування до онкогінеколога.

Тривалість оперативного втручання коливалася від 20,0 до 40,0 хв і в середньому складала  $27,9 \pm 5,7$  хв, крововтрата в середньому була  $20,2 \pm 5,3$  мл. Післяопераційний період протікав без ускладнень у всіх пацієнток. У післяопераційний період з метою знеболення призначали ненаркотичні анальгетики. Призначення наркотичних анальгетиків не використовувалося у зв'язку з невираженим больовим синдромом.

Контрольні обстеження в динаміці лікування препаратом Інділен 200 показували нормалізацію клінічної картини з 3-го місяця лікування у хворих основної групи, що було підтверджене біохімічними, імунологічними, сонографічними і морфологічними дослідженнями.

Клінічне спостереження, що проводиться, виявило достовірне зменшення інтенсивності і тривалості менструальних кровотеч у пацієнток основної групи вже після 3 міс терапії Інділеном 200, склав в середньому  $7,6 \pm 0,7$  дні, через 6 міс –  $5,5 \pm 0,5$  дні.

Характер менструального циклу основної групи через 3 міс лікування за типом: регулярного – у 24 (63%) хворих, менорагії – у 2 (5%), олігоменореї – у 2 (5%) і опсоменореї – у 4 (10%), у вигляді ациклічних маткових кровотеч – у 6 (15%) пацієнток. Через 6 міс спостереження регулярний менструальний цикл був у 30 (80%), менорагії – у 2 (5%), оліго- та опсоменорея – у 4 (10%), у вигляді ациклічних маткових кровотеч – у 2 (5,2%) жінок.

Нормалізація показників менструальної функції у пацієнток основної групи підтверджувалося УЗД на 5–7-й день менструального або умовного менструального циклу: товщина ендометрія через 3 міс складала в середньому  $15,6 \pm 7,6$  мм, після 6 міс –  $9,5 \pm 8,8$  мм, через 9 міс –  $6,62 \pm 2,9$  мм, передньо-задній розмір матки змінився від  $82,04 \pm 11,46$  мм до  $77,3 \pm 2,3$  мм, об'єм яєчників залишався незмінним.

Під час динамічного спостереження за хворими протягом 3 і 6 міс за відновленням менструальної функції і станом органів малого тазу у пацієнток групи порівняння не виявило статистично значущих змін структури міометрія, розмірів матки і яєчників.

Повне клініко-морфологічне одужання в групі порівняння мало місце у 23 (57%) пацієнток, морфологічний ефект за наявності мено-метрорагій спостерігався у 9 (22%) жінок, відсутність клініко-морфологічного ефекту констатовано у 8 (20%) хворих за той же часовий відрізок після операції.

Під час аналізу вивчених імунологічних показників концентрації прозапальних цитокінів (IL-1, TNF-а) в біоптатах ендометрія було встановлено, що концентрація як IL-1, так і TNF-в в отриманому матеріалі біопсії, після гістероскопії, в обох групах була підвищена. Дійсно, зміст IL-1 і в TNF-в в 1-й основній і в 2-й групі порівняння в середньому склав  $125,6 \pm 6,4$  пг/мл,  $82,3 \pm 4,3$  пг/мл, що в 5,7 і 2,1 разів відповідно перевищує середньостатистичну норму у соматично здорових жінок тієї ж вікової категорії. При цьому обидва показника (IL-1, TNF-а) в біоптатах ендометрія були підвищені практично однаково як в основній так і в групі порівняння, тому достовірної різниці між цими двома групами щодо вказаних прозапальних цитокінів до початку післяопераційної профілактики рецидивів гіперпластичного процесу ендометрія не наголошувалося.

При проведенні протирецидивної терапії препаратом Інділен 200 у пацієнток основної групи наголошувалося поступове зниження концентрації прозапальних

цитокінів в матеріалі пайпель-біопсійному після операції через 3 міс рівень ІЛ-1 був  $52,2 \pm 3,2$  пг/мл, через 6 міс –  $30,6 \pm 2,8$  пг/мл, а зміст TNF-в відповідно  $62,1 \pm 2,2$  пг/мл.

У групі порівняння була відсутня динаміка нормалізації рівнів прозапальних цитокінів (ІЛ-1, TNF-в) в пайпель-біоптатах ендометрія. Таким чином, підвищена концентрація прозапальних цитокінів (ІЛ-1, TNF-в) в біоптатах ендометрія в післяопераційному періоді у пацієнок тих, що не приймають яку-небудь профілактичну терапію після оперативного лікування, на наш погляд, відображає участь імунних механізмів в патогенезі ГПЕ і може викликати надалі проградієнтність гіперпластичного процесу.

У всіх жінок основної групи і групи порівняння мали місце метаболічні порушення. У 80% жінок всього обстеженого контингенту до оперативного втручання наголошувалося: гіперхолестеринемія, достовірно збільшення ліпопротеїдів високої щільності (ХС-ЛПВЩ) і зниження ліпопротеїдів низької щільності (ХС-ЛПНЩ), підвищення коефіцієнта атерогенності.

У хворих 1 і 2-ї груп порівняння з ГПЕ і ДТЗ було виявлено: зниження ЛПВЩ на тлі збільшення вміст в сироватці крові ХС-ЛПНЩ і підвищення коефіцієнта атерогенності.

Достовірної відмінності між вмістом тригліцеридів, загального холестерину, рівнем фібриногену і змістом альбуміну і глобулінів в плазмі крові до і після операції у обстежених хворих обох груп, на тлі проведення і без протирецидивної терапії Інділеном 200, не було виявлено.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що призначення негормональної терапії препаратом Інділен 200 сприяє зниженню рецидивів ГПЕ в основній групі на 80% порівняно з 57% у жінок яким не була призначена протирецидивна терапія в післяопераційній періоді. Інділен 200 добре переносився хворими, не наголошувалося яких-небудь побічних дій при тривалому його застосуванні.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що особливості антипроліферативної дії Інділена 200 на гіперплазований ендометрій без метаболічного впливу на обмінних процесу організму в цілому, дають підставу вважати його препаратом вибору для післяопераційної профілактики і лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з екстрагенітальною патологією, яким протипоказана гормональна терапія.

### Профилактика рецидива гиперпластических процессов эндометрия у женщин с доброкачественной патологией щитовидной железы в перименопаузе

**Е.О. Литвак**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что особенности антипролиферативного действия изучаемого препарата на гиперплазированный эндометрий без метаболического влияния на обменные процессы организма в целом, дают основание использовать данный препарат для послеоперационной профилактики и лечения гипер-

пластических процессов эндометрия у женщин с экстрагенитальной патологией, которым противопоказана гормональная терапия.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, доброкачественная патология щитовидной железы, перименопауза.

### Preventive maintenance of relapse of hyperplastic processes endometrium at women with a good-quality pathology of a thyroid gland in perimenopause

**E. O. Litvak**

Results of the spent researches testify, that features antiproliferative actions of a studied preparation on hyperplasia of endometrium without metabolic influence on exchange processes of an organism as a whole, give the basis to use the given preparation for postoperative preventive maintenance and treatment of hyperplastic processes of endometrium at women with extragenital pathology to which hormonal therapy is counter-indicative.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, a good-quality pathology of a thyroid gland, perimenopause.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Татарчук Т.Ф., Сольський Я.П. Ендокринна гінекологія (клінічні нариси). – Ч. 1. – К.: «Заповіт», 2003. – 300 с.
2. Лопухов Д.А. Клініко-діагностична характеристика поєднаної доброякісної патології матки в перименопаузі: Автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – М., 1992. – 33 с.
3. Стан щитовидної залози у хворих з доброякісними пухлинами і гіперпластичними процесами жіночих статевих органів /С.В. Руднев, А.І. Волобуєв, Л.В. Адамян, В.А. Малишева //Акушерство і гінекологія. – 2000. – № 2. – С. 41–43.
4. Таранов А.Г. Лабораторна діагностика в акушерстві і гінекології: Довідник. – 3-є видавництво, стереотипне. – М.: Еліксом, 2004. – 80 с.
5. Луценко Н.С., Гераськіна Л.Р., Евтерева І.А. Деякі механізми проліферативних процесів в органах репродуктивної системи //Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 35–39.

# Климактерический синдром и урогенитальные расстройства

*И.Б. Глазкова*

Таврический национальный университет им. В.И. Вернадского  
МОНмолодежи и спорта Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что степень выраженности климактерических нарушений у женщин с урогенитальными расстройствами имеет свои специфические особенности. В первую очередь, они состоят в преобладании суммарной частоты основных климактерических нарушений, а также существенных расхождений со стороны вегетативных нарушений. Это позволяет сделать вывод о неблагоприятном влиянии урогенитальных расстройств на клиническое течение климактерического синдрома и выделить этих женщин в самостоятельную группу для решения актуальной задачи современной гинекологии.

*Ключевые слова:* климактерический синдром, урогенитальные расстройства.

В связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе возрос интерес к здоровью женщин старшей возрастной группы. Установлено, что универсальными «маркерами» эстрогенного дефицита, который развивается в климактерии, являются не только вазомоторные нарушения и эмоционально-психический дискомфорт, характерные для перименопаузы, но и атрофические изменения в урогенитальном тракте: атрофический вагинит, цистоуретрит, нарушения контроля мочеиспускания [1, 3].

В последние годы проблеме урогенитальной атрофии уделяется большое внимание, что обусловлено негативным влиянием урогенитальных расстройств на качество жизни женщин в климактерии и ожидаемом увеличении в ближайшие годы популяции женщин, которые ими страдают [1–4].

Несмотря на тот факт, что многие научные коллективы нашей страны и за рубежом работают в этом направлении, нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь, это касается возможности коррекции урогенитальных и климактерических нарушений с использованием современной медикаментозной коррекции.

Все изложенное выше является достаточно убедительным основанием для проведения настоящего научного исследования.

**Целью** работы было изучение влияния климактерического синдрома на развитие урогенитальных расстройств, а также их взаимосвязь между собой.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами были обследованы 150 женщин, которые были разделены на две группы: 1 группа – 50 женщин с урогенитальными и климактерическими расстройствами; контрольная группа – 50 женщин такого же возраста без урогенитальных расстройств при климактерическом синдроме. Все

женщины I группы предъявляли специфические жалобы: сухость, зуд во влагалище, диспареуния, рецидивирующие вагинальные выделения, частые, болезненные мочеиспускания в дневное и ночное время, недержание мочи при напряжении и др.

В комплекс клинического обследования были включены следующие моменты: изучение особенностей анамнеза, продолжительность заболевания, наличие сопутствующей соматической заболеваемости; оценка менопаузального индекса; определение индекса массы тела, индекса объема талия/бедро, степень оволосения, оценка сухости кожи и слизистых и объективное гинекологическое обследование: оценка сухости слизистой оболочки влагалища, степень диспареунии, осмотр в зеркалах и бимануальное исследование.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют, что средний возраст женщин контрольной и основной групп составил чуть более 48 лет, причем без достоверных различий по группам ( $p > 0,05$ ). Как показали основные результаты клинической характеристики обследованных женщин, необходимость выделения пациенток с сочетанием климактерических и урогенитальных расстройств в самостоятельную научную задачу обусловлено рядом факторов: средний возраст (около 50 лет); высокий уровень сопутствующей генитальной и соматической заболеваемости, а также трудности при разработке эффективных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Основной целью наших исследований стало изучение сравнительных моментов клинического течения климактерического синдрома у женщин без и с урогенитальными расстройствами. В этом аспекте, в первую очередь, была проведена оценка частоты основных проявлений климактерического синдрома по индексу Куппермана. В соответствии с полученными результатами достоверные различия между группами имели место со стороны следующих параметров: приливы жара; потливость; парестезии; нарушения сна; раздражительность; депрессивное настроение; нарушения внимания; слабость; боли в суставах и костях и тахикардия. По нашему мнению перечисленные выше различия связаны с негативным влиянием урогенитальных расстройств на основные клинические проявления климактерического синдрома.

Вышеперечисленные особенности оказали существенное влияние на распределение степени тяжести климактерического синдрома. Так, если в контрольной группе преобладала легкая степень климактерического синдрома (52,0%), то в основной группе – тяжелые формы (44,0%). Уровень климактерических нарушений средней степени тяжести находился в обеих группах в одинаковых пределах (контрольная – 30,0% и I – 26,0%). Основные расхождения были обусловлены следующими симптомами: приливы жара, потливость, нарушения сна, депрессивное настроение и слабость.

Полученные результаты стали основой для более глубокого изучения частоты вегетативных нарушений. Как свидетельствуют полученные данные, достоверные различия отсутствовали со стороны таких показателей, как колебания артериального давления; синкопальные состояния; приступы помутнения сознания и затрудненный вдох. Все другие параметры имели достоверные различия: изменения

цвета кожных покровов при волнении; быстрая утомляемость; эмоциональная нестабильность; нарушения сна; изменения аппетита; изменения самочувствия при изменениях погоды; изменения цвета кистей и ступней; повышение температуры тела без воспалительных заболеваний; головная боль; болезненные спазмы в пальцах рук, ног и икроножных мышцах; приступы панического страха чувство внутреннего дрожания; нарушения функции желудочно-кишечного тракта и аллергические реакции. Установленные различия подтверждают необходимость выделения пациенток с сочетанием климактерических и урогенитальных расстройств в отдельную группу для решения самостоятельной научной задачи, актуальность которой не вызывает сомнений.

Кроме перечисленных выше клинических моментов мы считаем целесообразным более подробно остановиться основных проявлениях урогенитальных расстройств. При этом, как свидетельствуют полученные данные в основной группе чаще других имели место урогенитальные расстройства средней степени тяжести (48,0%) по сравнению с легкими (28,0%) и тяжелыми (24,0%) формами. Среди основных симптомов недержания мочи (в соответствии с недельным дневником мочеиспускания) можно выделить преобладание поллакиурии (72,0%); атрофического вагинита (62,0%) и цисталгии (52,0%) по сравнению с диспареунией (32,0%) и никтурией (30,0%).

Достаточно показательной является и частота стандартных тестов недержания мочи: количество эпизодов недержания мочи за неделю ( $20,4 \pm 1,3$  балла); количество прокладок за неделю ( $13,3 \pm 1,3$  балла) и количественный почасовой прокладочный тест ( $10,1 \pm 1,1$  балла).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты нашей работы, степень выраженности климактерических нарушений у женщин с урогенитальными расстройствами имеет свои специфические особенности. В первую очередь, они состоят в преобладании суммарной частоты основных климактерических нарушений, а также существенных расхождений со стороны вегетативных нарушений. Это позволяет сделать вывод о неблагоприятном влиянии урогенитальных расстройств на клиническое течение климактерического синдрома и выделить этих женщин в самостоятельную группу для решения актуальной задачи современной гинекологии.

### Клімактеричний синдром і урогенітальні розлади

*І.Б. Глазкова*

Результати проведених досліджень свідчать, що ступінь вираженості клімактеричних порушень у жінок з урогенітальними розладами має свої специфічні особливості. В першу чергу, вони полягають в переважанні сумарної частоти основних клімактеричних порушень, а також істотних розбіжностей з боку вегетативних порушень. Це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив урогенітальних розладів на клінічний перебіг клімактеричного синдрому і виділити цих жінок в самостійну групу для вирішення актуального завдання сучасної гінекології.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, урогенітальні розлади.

### Climacteric syndrome and urogenital frustration

*I.B. Glazkova*

Results of the spent researches testify, that degree of expressiveness of climacteric infringements at women with urogenital frustration has the specific features. First of all, they consist in prevalence of total frequency of the basic climacteric infringements, and also essential divergences from vegetative infringements. It allows to draw a conclusion on adverse influence urogenital frustration on a clinical current of a climacteric syndrome and to allocate these women in independent group for the decision of an actual problem of modern gynecology.

**Key words:** a climacteric syndrome, urogenital frustration.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Рыженко О.С. Коррекция урогенитальных расстройств при климактерическом синдроме // Репродуктивное здоровье женщины. – 2009. – № 3. – С. 41–43.
2. Венцківський Б.М., Нізова Н.М., Татарчук Т.Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 49–57.
3. Вихляева Е.М. Климактерический синдром / Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляевой: Мед. информ. агентство, 2007. – С. 603–649.
4. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. – М., 2011. – 685 с.

## Сучасні аспекти діагностики та лікування клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта

О.В. Кіяшко

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

Результати проведених досліджень свідчать про несприятливий вплив остеохондрозу шийного відділу хребта на клінічний перебіг клімактеричного синдрому, що пов'язане не лише з гормональними змінами, але із специфічним впливом даної соматичної патології на стан вегетативної нервової системи, стан мозкового кровообігу і серцево-судинну систему. Безумовно, основним варіантом лікування клімактеричних порушень у пацієнток з остеохондрозом шийного відділу хребта є замісна гормональна терапія. Проте за наявності протипоказань і небажаних пацієнток можливе вживання антигомотоксичної терапії не лише системно, але й місцево. Використання запропонованого вдосконаленого підходу дозволяє надати пацієнтці право вибору, знизити частоту побічних ефектів і підвищити якість життя пацієнток пери- і постменопаузального періодів.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, остеохондроз шийного відділу хребта, діагностика, лікування.

У зв'язку із збільшенням тривалості життя в сучасному суспільстві зріс інтерес до проблем здоров'я жінок старшої вікової групи. Встановлено, що універсальними "маркерами" естрогенного дефіциту, що розвивається в клімактерії, є не лише вазомоторні порушення і емоційно-психічний дискомфорт, характерні для перименопаузи, але й специфічні зміни з боку опорно-рухового апарату [1–5].

Останніми роками проблемі патології опорно-рухового апарату у жінок пре- та клімактеричного періоду приділяється велика увага, що зумовлене край вираженим негативним впливом різної патології (остеохондроз, спино-мозкові грижі та ін.) на якість життя жінок в клімактерії і очікуваним подвоєнням найближчими роками популяції жінок, що страждають даною патологією [1–5]. Проблема патології хребта вивчається протягом багатьох років, проте результати досліджень про взаємозв'язок клімактеричного синдрому і патологічних змін з боку хребта вельми суперечні. Показано, що розвиток основних клінічних симптомів патології, що вивчається, пов'язують переважно з дисгормональними змінами. Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми клімактеричних порушень і патології опорно-рухового апарату не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На нашу думку, одним з найбільш актуальних завдань даного наукового напрямку є можливість адекватної корекції клімактеричних порушень у жінок з різною патологією хребта, що дозволить поліпшити результати лікування основної патології і якість життя пацієнток старших вікових груп.

Метою роботи було зниження частоти клімактеричних порушень в жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта на підставі вивчення основних клінічних, ендокринологічних, гемодинамічних та функціональних, а також удосконалення і впровадження комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження і поставленим завданням нами обстежені 158 жінок, з яких 130 мали симптоми патологічного клімактерія, але в частини з них виявлялися і інші скарги, характерні для остеохондрозу шийного відділу хребта. Всім 130 пацієнткам виконана рентгенографія шийного відділу хребта (ШВХ) в двох проекціях. На підставі рентгенологічного заключення і клінічних проявів з 130 обстежених жінок виділено основна група і група порівняння.

Основну склали 94 жінки з патологічним перебігом клімактерія у поєднанні з остеохондрозом ШВХ, встановленим лікарем-неврологом рентгенологічний і клінічно.

До групи порівняння увійшли 36 пацієнток з клінікою патологічного перебігу клімактерія без проявів остеохондрозу ШВХ. Контрольну групу склали 28 жінок у віці від 30 до 44 років із збереженням менструальним циклом без клінічних і рентгенологічних проявів остеохондрозу ШВХ.

Пацієнток основної групи залежно від характеру терапії, що проводиться, було розподілено на першу і другу клінічні підгрупи. Замісну гормональну терапію призначали з врахуванням протипоказань.

До 1-ї підгрупи увійшли 46 жінок, які визнали неприйнятно використовувати гормонотерапію, що призначається за принципом інформованої згоди. У них застосований метод негормональної корекції шляхом системного і місцевого використання антигомотоксичної терапії (клімакт-хель і труамель). 2-у підгрупу склали 48 пацієнток, які використовували замісну гормональну терапію (ЗГТ) (препарат фемостон 2/10, що містить 2 мг 17 $\beta$ -естрадіолу і 10 мг дідрогестерону).

Тривалість терапії підбиралася індивідуально.

У попередні 6 міс жінки, що беруть участь в дослідженні, не застосовували гормональні засоби.

Для оцінки ефективності терапії, що проводиться, динамічний контроль здійснювався в 1-й підгрупі через 1, 3, 6, 12 міс після проведення 10-денного лікувального курсу антигомотоксичної терапії; у 2-й підгрупі – через 1, 3, 6, і 12 міс від початку прийому ЗГТ.

До комплексу проведених досліджень увійшли клінічні, ендокринологічні, рентгенологічні, функціональні (реоенцефалографія, кольорове дуплексне сканування брахіоцефальних і транскраніальних артерій) та ін.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта характеризується відсутністю легкого ступеня, переважанням середньо-важкого (53,8%) і важкого ступеня (46,2%).

При оцінюванні частоти різних клінічних проявів клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта частота нейро-вегетативних симптомів вище в 1,7 разу, психоемоційних порушень – в 2 рази, при цьому загальний індекс менопаузи збільшений в 1,8 разу в порівнянні з жінками без даної патології.

Наявність остеохондрозу шийного відділу хребта у жінок з клімактеричним синдромом наводить до збільшення частоти артеріальної гіпертензії у в 1,5 разу, гіпотонії – в 2,2 разу, головному болю – 1,8 разу і клінічних проявів вестибулопатій – в 2,1 разу.

Стан вегетативної нервової системи у жінок з клімактеричним синдромом на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта характеризується вегетативною нестійкістю, зайвим переважанням симпатичного тону, зниженням або виснаженням адаптаційних резервів організму.

Церебральний кровотік в басейні хребетної артерії жінок, страждаючих клімактеричним синдромом на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта характеризується більш вираженими змінами, ніж в пацієнок без даної патології, переважно на інтракраніальному рівні, а також зниженням кровотоку в транскраніальних і брахіоцефальних артеріях.

Погіршення стану церебрального кровотоку і в вертебро-базиллярному басейні супроводжується дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарних структур, що в поєднанні із зміненою діяльністю вищих вегетативних центрів патогенетично обумовлює ускладнений перебіг клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта.

Застосування замісної гормональної терапії протягом 12 лікувальних циклів у пацієнок, страждаючих клімактеричним синдромом на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта, супроводжувалося зниженням менопаузального індексу нейро-вегетативних розладів важкого ступеня до практично повної відсутності цих проявів. Використання лікувальної методики з антигомотоксичною терапією сприяє зниженню нейро-вегетативних розладів з рівня важкого ступеня до легкого протягом перших 6 міс спостереження з подальшим поверненням симптомів до початкового рівня до 12 міс.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- наявність остеохондрозу шийного відділу хребта є чинником ризику розвитку середньо-важких і важких форм клімактеричного синдрому.

- для ефективної діагностики клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта необхідне додаткове вивчення функціонального стану вегетативної нервової системи, а також оцінка стану церебрального кровотоку і у вертебро-базиллярному басейні.

- з метою лікування клімактеричного синдрому у жінок з остеохондрозом шийного відділу хребта окрім використання загальноприйнятого фізіотерапевтичного лікування і метаболічної терапії, необхідно застосовувати замісну гормональну терапію, а за наявності протипоказань або відмові пацієнтки – антигомотоксичну терапію.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про несприятливий вплив остеохондрозу шийного відділу хребта на клінічний перебіг клімактеричного синдрому, що пов'язане не лише з гормональними змінами, але із специфічним впливом даної соматичної патології на стан вегетативної нервової системи, стан мозкового кровообігу і серцево-судинну систему. Безумовно, основним варіантом лікування клімактеричних порушень у пацієнок з остеохондрозом шийного відділу хребта є замісна гормональна терапія. Проте за наявності протипоказань і небажанні пацієнок можливе вживання антигомотоксичної терапії не лише системно, але й місцево. Використання запропонованого вдосконаленого підходу дозволяє надати пацієнтці право вибору, зни-

зити частоту побічних ефектів та підвищити якість життя пацієнок пери- і постменопаузального періодів.

## Современные аспекты диагностики и лечения климактерического синдрома у женщин с остеохондрозом шейного отдела позвоночника О.В. Кияшко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о неблагоприятном влиянии остеохондроза шейного отдела позвоночника на клиническое течение климактерического синдрома, что связано не только с гормональными изменениями, а и со специфическим влиянием данной соматической патологии на состояние вегетативной нервной системы, состояние мозгового кровообращения и сердечно-сосудистую систему. Безусловно, основным вариантом лечения климактерических нарушений у пациенток с остеохондрозом шейного отдела позвоночника является заместительная гормональная терапия. Однако при наличии противопоказаний и нежелании пациенток возможно применение антигомотоксической терапии не только системно, но и местно. Использование предлагаемого усовершенствованного подхода позволяет предоставить пациентке право выбора, снизить частоту побочных эффектов и повысить качество жизни пациенток пери- и постменопаузальных периодов.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, остеохондроз шейного отдела позвоночника, диагностика, лечение.

## Modern aspects of diagnostics and treatment of climacteric syndrome at women with an osteochondrosis of cervical department of a backbone E. V. Kijashko

Results of the spent researches testify to adverse influence of an osteochondrosis of cervical department of a backbone on a clinical current of a climacteric syndrome that is connected not only with hormonal changes, but with specific influence of the given somatic pathology on a condition of vegetative nervous system, a condition of brain blood circulation and cardiovascular system. Certainly, basic variant of treatment of climacteric infringements at patients with an osteochondrosis of cervical department of a backbone is replaceable hormonal therapy, however in the presence of contraindications and unwillingness of patients probably application antigomotoxic therapies not only is system. Use of the offered advanced approach allows to give to the patient the option, to lower frequency of by-effects and to raise quality of a life of patients peri- and postmenopausal periods.

**Key words:** a climacteric syndrome, an osteochondrosis of cervical department of a backbone, diagnostics, treatment.

## ЛІТЕРАТУРА

Венціківський Б.М., Татарчук Т.Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 49–57.

Веропотвелян П.М., Лунгол В.М., Веропотвелян М.П. До питання про медичні та соціально-клінічні аспекти клімактеричного синдрому // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 4. – С. 111–113.

Використання фітопрепаратів у комплексному лікуванні клімактеричного синдрому у жінок / Я.П. Сольський, Т.Ф. Татарчук, Т.І. Кваша та ін. // Ліки. – 2007. – № 2. – С. 113–116.

Вихляева Е.М. Постменопаузальний синдром і стратегія замістьїльної гормональної терапії // Акушерство і гінекологія. – 2006. – № 5. – С. 51–56.

Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. – М.: Медицина, 2006. – 265 с.

## Пути снижения патологии шейки матки на фоне климактерического синдрома

**В.В. Костиков**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности научного задания – повышение эффективности лечения патологии шейки матки у пациенток с климактерическим синдромом. Усовершенствованный нами алгоритм позволяет добиться низкой частоты рецидивирования и предупредить развитие гемостазиологических нарушений. Методика является простой и общедоступной, что дает нам основание рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** патология шейки матки, климактерический синдром.

В нынешних условиях патология шейки матки является одной из наиболее распространенных патологий среди женщин репродуктивного и климактерического возраста [1–4]. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется около 500 тыс. пациенток, которые заболели раком шейки матки, а основными направлениями в решении данной проблемы является профилактика и ранняя диагностика.

Среди разных групп высокого риска относительно развития патологии шейки матки в последнее время выделяют женщин климактерического возраста. Это обусловлено высоким уровнем сопутствующей экстрагенитальной патологии, дисгормональными изменениями и др. [1–4].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме патологии шейки матки нельзя считать все вопросы данной проблемы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь это относится к особенностям патологии шейки матки у женщин с климактерическим синдромом, особенно своевременной диагностики и тактики лечебно-профилактических мероприятий. Все это, безусловно, свидетельствует об актуальности избранного научного направления.

**Целью исследования** было повышение эффективности лечения патологических изменений шейки у женщин с климактерическим синдромом на основе изучения у них клинико-кольпоскопических, микробиологических, цитологических и морфологических особенностей, а также усовершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели клинико-лабораторные и функциональные исследования проводили у 126 женщин в возрасте 44–55 лет. У всех женщин был диагностирован климактерический синдром (КС) разной степени выраженности. В соответствии с задачами данного исследования нами были отобраны пациентки, у которых в процессе обследования была обнаружена патология шейки матки на

фоне ее деформации, что требовало хирургического лечения. У 42 женщин был диагностированный эндометриоз шейки матки на фоне ее деформации – группа А; у 44 женщин – лейкоплакия (без атипии клеток) на фоне деформации шейки матки – группа Б; группу В составили 40 женщин, у которых была диагностирована лейкоплакия шейки матки с атипией клеток на фоне деформации шейки матки.

В зависимости от методики выполненного хирургического вмешательства были выделены 3 группы женщин, что позволило произвести оценку результатов лечения и обосновать целесообразность дифференцированного подхода к выполнению операции.

Группу 1 составили 44 женщины (18 пациенток с эндометриозом и 26 с лейкоплакией без атипии клеток на фоне деформации шейки матки), у которых было выполнено так называемое LEEP вмешательства (Loop Electrosurgical Excision Procedure).

Группу 2 составили 54 женщины (24 с эндометриозом, 18 с лейкоплакией без атипии, 12 с лейкоплакией и атипией клеток), которым была выполнена диатермическая конусообразная экцизия шейки матки.

В группу 3 вошло 28 женщин с лейкоплакией и атипией клеток, которым была выполнена ампутация шейки матки за Штурмдорфом. Из этой группы у 16 женщин наблюдали опущение передней и/или задней стенок влагалища, в связи с чем им было выполнено кроме операции Штурмдорфа также переднюю и заднюю кольпоперинеопластику (кольпоррафию).

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) назначалась женщинам через месяц после реконструктивно-пластических операций на шейке матки, LEEP (по поводу эндометриоза шейки матки на фоне ее деформации) проводилась на фоне приема ЗГТ.

Для изучения динамики течения репаративного процесса на шейке матки после LEEP на фоне ЗГТ, пациентки группы 1 были разделены на 2 рандомизированных подгруппы – 1.1 и 1.2. Подгруппу 1.1 составили 26 женщин, которые не получали ЗГТ и подгруппу 1.2 – 18 пациенток, которые получали ЗГТ перорально препаратом “Ливиал”.

Контрольную группу для изучения антитромбогенной активности сосудистой стенки у женщин с КС составили 20 женщин, которые на момент обследования были соматически здоровы.

Всем женщинам с обнаруженной патологией шейки матки к началу оперативного лечения была проведена манжеточная проба по методу Балуди М.В. с определением основных параметров антитромбогенной активности сосудистой стенки. Антитромбогенную активность сосудистой стенки оценивали на основании антикоагуляционной и фибринолитической активности антиагрегации стенки сосудов. В зависимости от выраженности исходных нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки были выделены 2 подгруппы: в подгруппу F вошли женщины, у которых изменения индексов, составляющих антитромбогенную активность сосудистой стенки, не превышали 15%; подгруппу D характеризовали более выраженные (свыше 15%) отклонения индексов антитромбогенной активности сосудов.

Для изучения возможности фармакологической коррекции нарушенной функциональной активности сосудистой стенки в зависимости от вида примененной терапии и согласия пациенток на предлагаемую терапию с учетом всех возможных противопоказаний выделена третья подгруппа G.



Следовательно, подгруппу F составили 46 пациенток (выраженность нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки до 15%), которые с целью коррекции нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки получали ЗГТ препаратом “Климодиен”.

Подгруппу D составили 9 женщин (выраженность нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки больше 15%), которые также получали ЗГТ препаратом “Ливиал”.

В третьей подгруппе – G, состоящей из 31 женщины также со сначала выраженным снижением антитромбогенной активности сосудистой стенки (более чем на 15%), нами была оценена возможность коррекции антитромбогенной активности стенки сосудов ЗГТ в сочетании с антиагрегантами. Как ЗГТ здесь использовали – “Ливиал”, который не влияет на гемостаз. Среди антиагрегантов преимущество отдавали препарату “Кардиомагнил”.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре патологических изменений деформированной шейки матки у женщин с климактерическим синдромом в 34,9% случаев имеет место лейкоплакия без атипии клеток; в 33,3% – эндометриоз шейки матки и в 31,8% - лейкоплакия с атипией клеток.

При кольпоскопической оценке деформированной шейки матки у женщин с климактерическим синдромом в большинстве случаев (59,5%) имеет место лейкоплакия шейки матки в дистальной ее части; реже - эндометриоз эндоцервикальной части шейки матки (23,0%), эндометриоз экзоцервикса (10,3%) и лейкоплакия с переходом на свод влагалища (7,2%).

У женщин с патологией шейки матки и климактерическим синдромом при цитологическом исследовании в подавляющем большинстве случаев (65,1%) обнаружены нормальные соотношения многослойного плоского эпителия и парабазальных клеток с небольшим количеством лейкоцитов (I и II тип мазка); в 28,3% наблюдений - атипия клеток и в 6,6% - комплексы клеток зрелой и незрелой плоскоклеточной метаплазии (III тип мазка).

У женщин с патологией шейки матки чаще (60,9%) всего климактерический синдром имеет среднюю степень тяжести по сравнению с легким (11,4%) и тяжелым (27,7%). При этом наиболее частыми расстройствами нейро-вегетативные (85,0%), психо-эмоциональные (70,3%) и обменно-эндокринные (26,5%).

Эффективность оперативного лечения деформированной шейки матки у пациенток с климактерическим синдромом составляет при ЛЕЕР вмешательстве - 97,7%, при диатермической конусообразной эксцизии шейки матки и ампутации шейки матки за Штурмдорфом - 100,0%.

У пациенток с патологией шейки матки на фоне климактерического синдрома изменения системного гемостаза носят компенсированный характер, но в 60% случаев наблюдается снижение антитромбогенной активности сосудистой стенки сосудов до 15%, в 35% больных отмечается снижение более чем на 15%, а в 5% - изменения отсутствуют.

Использование дифференцированного подхода к профилактике тромботических осложнений после оперативного лечения патологии шейки матки у женщин с

климактерическим синдромом позволяет предупредить развитие этих осложнений, а также улучшить послеоперационную реабилитацию пациенток за счет снижения частоты патологической клинической симптоматики.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать следующие моменты:

- для оперативного лечения деформированной шейки матки у женщин с климактерическим синдромом необходимо использовать ЛЕЕР вмешательства, диатермическую конусообразную эксцизию шейки матки и ампутацию шейки матки за Штурмдорфом. Выбор конкретной операции зависит от результатов кольпоскопических, цитологических и гистологических методов исследования.

- основными факторами риска тромботических осложнений у женщин с патологией шейки матки на фоне климактерического синдрома выражены эмоциональный предоперационный стресс, сопутствующая эндокринная патология, хронические инфекции генитальной и экстрагенитальной локализации.

- для оценки степени риска развития тромботических осложнений после оперативного лечения патологии шейки матки на фоне климактерического синдрома необходимо использовать оценку антитромбогенной активности сосудистой стенки с помощью манжеточной пробы.

- с целью профилактики тромботических осложнений после оперативного лечения патологии шейки матки у женщин с климактерическим синдромом необходимо использовать дифференцированный подход с применением заместительной гормональной терапии и антиагрегантов.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – повышение эффективности лечения патологии шейки матки у пациенток с климактерическим синдромом. Усовершенствованный нами алгоритм позволяет добиться низкой частоты рецидивирования и предупредить развитие гемостазиологических нарушений. Методика является простой и общедоступной, что дает нам основание рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Шляхи зниження патології шийки матки на тлі клімактеричного синдрому В.В. Костіков

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання, що вивчається, – підвищення ефективності лікування патології шийки матки у пацієнок з клімактеричним синдромом. Вдосконалений нами алгоритм дозволяє добитися низької частоти рецидивування і попередити розвиток гемостазиологічних порушень. Методика є простою і загальнодоступною, що дає нам підставу рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** патологія шийки матки, клімактеричний синдром.

**Decrease ways pathology of cervix of uterus against  
a climacteric syndrome**  
**V. V. Kostikov**

Results of the spent researches testify to an urgency of the scientific task – increase of efficiency of treatment of a pathology of cervix of uterus at patients with a climacteric syndrome. The algorithm improved by us allows to achieve low frequency recediving and to warn development hemostasiological infringements. The technique is simple and popular that gives to our the grounds to recommend it for wide use in practical public health services.

**Key words:** *a pathology of cervix of uterus, a climacteric syndrome.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Крымская М.Л. Климактерический период / М.Л. Крымская. – М.: Медицина, 2010. – 272 с.
2. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки (клинические лекции) / В.Н. Прилепская. – М., 2010 – С. 56–94.
3. Сольський Я.П. Проблеми клімаксу в Україні / Я.П. Сольський, Т.Ф. Татарчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 6. – С. 72–76.
4. Щербина И.Н. Влияние микробного фактора на результаты термокоагуляции эктопий шейки матки / И.Н. Щербина // Врачебная практика. – 2011. – № 5. – С. 16–18.

**Влияние перенесенных операций  
на придатках матки и методики прове-  
дения вспомогательных репродуктивных  
технологий**

**С.М. Кукурудз**

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев  
Прикарпатский центр репродукции человека, г. Ивано-Франковск

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки после оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы должны быть направлены на консультацию с врачом-репродуктологом в специализированное отделение для того, чтобы оценить их репродуктивную функцию и, в случае необходимости, разработать эффективные методы ведения таких женщин с целью восстановления фертильности в оптимальные сроки. Усовершенствованная методика вспомогательных репродуктивных технологий у этих пациенток позволяет снизить частоту женского бесплодия и повысить эффективность наступления желанной беременности.

**Ключевые слова:** *операции на придатках матки, вспомогательные репродуктивные технологии.*

В последние годы вспомогательные репродуктивные технологии все чаще используются у пациенток с различными вариантами гинекологической заболеваемости, причем эффективность их постоянно повышается [1–4]. В структуре различной гинекологической патологии при которой используют вспомогательные репродуктивные технологии выросла роль различных оперативных вмешательств на придатках матки [2, 3]. При этом тактика ведения этих пациенток окончательно не отработана, что является одной из причин недостаточной эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Женщины после вспомогательных репродуктивных технологий относятся к группе повышенного риска различных акушерских и перинатальных осложнений, в том числе и невынашивания беременности, особенно в случае исходной эндокринопатии вследствие нарушений овариального резерва. Особенно это касается пациенток после перенесенных операций на придатках матки по поводу различной генитальной патологии.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме вспомогательных репродуктивных технологий нельзя считать ее полностью решенной, особенно в плане тактики ведения пациенток, перенесших различные операции на придатках матки и профилактики у них акушерских и перинатальных осложнений.

Все вышеизложенное явилось для нас основанием к проведению настоящего научного исследования, позволяющего решить важную научную задачу современной репродуктологии.

**Целью исследования** было повышение эффективности возобновление репродуктивной функции у женщин с оперированными придатками на основе изучения у них клинично-функциональных, эндокринологических и эндоскопических особенностей, а также разработки и внедрения комплекса лечебно-диагностических мероприятий с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения поставленных задач было проведено ретроспективное групповое исследование 342 пациенток с бесплодием, какие прошли 435 циклов ВРТ в центре Прикарпатья репродукции человека с 2008 по 2011 гг.

Из 342 пациенток с бесплодием 143 женщины (57,5%) имели в анамнезе оперативные вмешательства на придатках матки, прошли 288 циклов ВРТ и составили основную группу исследования (группа 1).

Основная группа (группа 1) была разделена таким образом: 1А подгруппа – 73 пациентки, которые имели в анамнезе операции на яичниках по поводу опухолевидных образований. На основании изучения гинекологического анамнеза данная группа была разделена на 3 подгруппы:

1 подгруппа (1А-1) – 43 пациентки (59,0%), которым были удалены эндометриоидные кисты;

2 подгруппа (1А-2) – 20 пациенток (27,3%), у которых оперативные вмешательства были проведены по поводу фолликулярных кист и кист желтого тела;

3 подгруппа (1А-3) – 10 пациенток (13,7%) после хирургического лечения синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Контрольная группа (группа 2) включала 199 пациенток с бесплодием, подобранных так, чтобы изолировано оценить влияние оперативных вмешательств на результаты ВРТ. Ниже представлены критерии подбора контрольных групп и разделения их на подгруппы:

2А подгруппа – пациентки (106) имеют на момент проведения ВРТ в одном или обоих яичниках опухолевидные образования. Данная группа дальше также была разделена на 3 подгруппы:

- 2А-1 – эндометриоидные кисты (средний размер кист составил  $2,8 \pm 1,3$  см), были обнаружены у 56 пациенток (52,8%);

- 2А-2 – функциональные кисты (фолликулярные, кисты желтого тела диаметром 5см, средний размер составил  $4,3 \pm 1,1$  см) – у 36 пациенток (34,0%);

- 2А-3 – мультифолликулярные кисты – у 14 пациенток (13,2%).

2Б подгруппа – пациентки (63), которые имеют в анамнезе двух- или односторонние тубэктомии была разделена:

- 2Б-1 подгруппа – 28 пациенток (44,0%), которым тубэктомия была проведена перед проведением программы ВРТ (группа контроля для пациенток после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах и наличием один или двустороннего гидросальпинкса на момент проведения ВРТ);

- 2Б-2 подгруппа – 35 пациенток (56,0%), которым тубэктомия была проведена до обращения в отделение ВРТ.

Пациентки основной и контрольной групп по возрасту, длительности бесплодия, длительности менструального цикла, массо-ростовым показателям между собой достоверно не различались. Возраст всех пациенток с бесплодием колебался от 22 до 35 лет и в среднем составил –  $29,3 \pm 3,4$  года. Длительность бесплодия всех пациенток составила  $7,1 \pm 3,4$  года.

При изучении гинекологического анамнеза в 1Б подгруппе было установлено, что ведущей причиной, которая приводит к выполнению реконструктивно-пластических операций на маточных трубах является внематочная беременность – у 24 (43,7%), гидро-, сактосальпинкс – у 23 (41,8%), нарушенная проходимость маточных труб по данным ГСГ – у 8 (14,5%) женщин.

Причинами гидросальпинкса в 1Б-1 подгруппе были предыдущие оперативные вмешательства на маточных трубах, воспалительные заболевания органов малого таза, хронический сальпингит.

В 1Б подгруппе пациенткам с патологией маточных труб проводились органосохраняющие операции:

- фимбриолизис – 8 (14,5%);
- фимбриопластика – 19 (34,5%);
- сальпингостомия – 28 (51%).

При ретроспективном анализе 142 историй болезни было установлено, что пациентки в целом перенесли 230 оперативных вмешательств: из их числа лапароскопия – 180 (78,2%) и лапаротомии – 50 (21,8%).

Исследование является ретроспективным, и проводилось в соответствии с дизайном случай-контроль. Как основная группа (случай) рассматривались пациентки с беременностью, которая наступила после ВРТ. Как контроль рассматривались пациентки, у которых все попытки ВРТ были не удачными.

Данные о ранее выполненных хирургических вмешательствах собирались на основании анамнеза и выписок из историй болезни пациенток.

Проводилось сравнение достоверности наступления беременности после ВРТ в основной и контрольной группе по средствам расчета относительного риска и статистическое сравнение пропорций.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические эхографические, эндокринологические, микробиологические эндоскопические и статистические.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре всех операций на придатках матки в женщин с бесплодием в 41% случаев имели место операции на яичниках; в 26% – операции на маточных трубах и в 33% – сочетанные операции на яичниках и маточных трубах.

У пациенток с бесплодием основными вариантами операций на яичниках являются:

- двусторонняя резекция яичников – 48,0%;
- односторонняя резекция яичника – 38,4%;
- диатермокаутеризация яичников – 8,2%;
- односторонняя овариэктомия – 5,4%

на маточных трубах:

- одно- (8,5%) и двухсторонняя тубэктомия (44,9%) – 53,4%
- реконструктивно-пластические операции – 46,6%.

Перенесенные операции на яичниках и маточных трубах у пациенток с бесплодием ухудшает результаты вспомогательных репродуктивных технологий, что проявляется меньшим количеством фолликулов (на  $3,2 \pm 0,5$ ), ооцита (на  $4,1 \pm 0,7$ ) при большем количестве препаратов, необходимых для индукции овуляции, что является результатом снижения овариального резерва и ухудшения кровоснабжения яичников.

Достоверность наступления беременности у женщин с операциями на яичниках и маточных трубах в анамнезе зависит от объема выполненной операции, уровня сохранения здоровой ткани яичников и ее способности реагировать на проведение соответствующей стимуляции, количества, интенсивности дробления и способности к вживлению перенесенных в полость матки эмбрионов.

Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий выше у пациенток с неоперированной патологией яичников: при незначительных размерах эндометриом (37% – неоперированных и 17% – после оперированных); при функциональных кистах яичников (46% и 25%) и при синдроме поликистозных яичников (43% и 23%).

У пациенток, оперированных на маточных трубах эффективность вспомогательных репродуктивных технологий выше после проведения тубэктомии по сравнению с реконструктивно-пластическими операциями: частота наступления беременности составляет 45% – после тубэктомии и 30% – при наличии маточных труб, а частота имплантации 11% и 5% соответственно.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

- пациенткам с эндометриоидными кистами (диаметром до 2–3 см), с функциональными кистами яичников диаметром не более 4 см рекомендуется проведение лечения бесплодия методом вспомогательных репродуктивных технологий без предшествующего хирургического лечения;
- для пациенток с бесплодием, имеющих в анамнезе операции на яичниках, факторами, повышающими вероятность наступления беременности, являются отказ от выжидательной тактики и проведение вспомогательных репродуктивных технологий сразу после завершения хирургического лечения;
- реконструктивно-пластические (органосохраняющие) операции на маточных трубах у пациенток с бесплодием являются мало перспективными, потому что механическое восстановление проходимости маточных труб у больных с бесплодием (гидросальпинксы, внематочная беременность) приводят к рецидиву внематочных беременностей и гидросальпинксов, что диктует необходимость выполнения тубэктомии перед вспомогательными репродуктивными технологиями;
- при наличии патологии маточных труб (гидросальпинкс, функциональная несостоятельность маточных труб после внематочной беременности) перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий необходимо выполнение двухсторонней тубэктомии;
- все пациентки после оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы должны быть направлены на консультацию с врачом-репродуктологом в

специализированное отделение для того, чтобы оценить их репродуктивную функцию и, в случае необходимости, разработать эффективные методы ведения таких женщин с целью восстановления фертильности в оптимальные сроки.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода к проведению ВРТ у женщин с оперируемыми придатками (яичники и маточные трубы) в анамнезе. Полученные результаты позволили разработать алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

### Вплив перенесених операцій на придатках матки та методики проведення допоміжних репродуктивних технологій С.М. Кукурудз

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути направлені на консультацію з лікарем-репродуктологом в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і, у разі потреби, розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни. Вдосконалена методика допоміжних репродуктивних технологій у цих пацієнток дозволяє знизити частоту жіночого безпліддя і підвищити ефективність настання бажаної вагітності.

**Ключові слова:** операції на придатках матки, допоміжні репродуктивні технології.

### Influence transferred operations on uterus appendages on techniques of carrying out auxiliary reproductive technologies S.M. Kukurudz

Results of the spent researches testify, that patients after operative interventions on bodies of reproductive system should be directed on consultation of the doctor-reproduktologist to specialised branch to estimate their reproductive function and, in case of need, to develop effective methods of conducting such women for the purpose of restoration fertility in optimum terms. The advanced technique of auxiliary reproductive technologies at these patients allows to lower frequency of female barrenness and to raise efficiency of approach of desired pregnancy.

**Key words:** operations on uterus appendages, auxiliary reproductive technologies.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюх [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 4. – С. 57–58.
2. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 147–149.
3. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс [та ін.] // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики : зб. наук. праць. – К.; Луганськ, 2010. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.

## Пути снижения патологии грудных желез в пубертатный период

**А.Н. Марченко**

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

Изучены особенности состояния грудных желез у девушек с нарушениями менструального цикла в пубертатный период. Установленные клинико-эндокринологические и эхографические особенности позволили научно обосновать и разработать лечебно-профилактическую методику на основе использования антигомотоксической терапии. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** грудные железы, нарушения менструального цикла, профилактика.

Рост заболеваемости грудных желез по разным возрастным группам, что отмечается во всем мире за последнее десятилетие, значительно повышает интерес к изучению основных аспектов их физиологии и патологии. Данные современной литературы свидетельствуют о том, что почти половину подростков тревожат болезненные ощущения в грудных железах, а их биопсия показывает высокую частоту доброкачественных опухолей [5–7]. Общепринятые методы диагностики патологии грудных желез у девочек-подростков являются недостаточно эффективными. В связи с этим в последние годы ученых чаще назначают УЗИ, что не представляет опасность для здоровья и с помощью которого адекватно оценивается структура грудных желез [1–4]. Однако работы, посвященные изучению состояния грудных желез при патологическом течении периода полового созревания, особенно при нарушениях менструального цикла, являются единичными и противоречивыми.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности избранного научного направления.

**Целью работы** стало снижение частоты и степени выражения патологических изменений грудных желез у девочек с нарушениями менструального цикла в пубертатный период на основании изучения клинико-эндокринологических и эхографических особенностей, а также разработки и внедрения комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 100 девочек с нерегулярным менструальным циклом, которые были распределены на две группы в зависимости от используемых лечебно-профилактических мероприятий:

I группа – 50 девочек с нерегулярным менструальным циклом, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия. В зависимости от диагнос-

тированных эндокринологических нарушений выделили подгруппы: А – 15 пациенток с гиперандрогенией; Б – 11 с гиперпролактинемией; В – 9 с гиперэстрогенией; Г – 15 с гипоэстрогенией.

II группа – 50 девочек с нерегулярным менструальным циклом, получавших предложенную нами методику. В зависимости от диагностированных эндокринологических нарушений выделяли подгруппы: А – 16 пациенток с гиперандрогенией; Б – 10 с гиперпролактинемией; 10 – с гиперэстрогенией и 14 – с гипоэстрогенией.

**Критерии отбора пациенток с нерегулярным менструальным циклом:**

- клинические признаки нарушений менструального цикла: олигоменорея, аменорея первичная и повторная, дисфункциональные маточные кровотечения;
- эндокринологические нарушения: гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипер- и гипоэстрогения.

В контрольную группу вошли 50 гинекологически и соматически здоровых девочек в возрасте от 12 до 17 лет, отобранных в школах и средних учебных заведениях при диспансеризации.

**Критерии отбора девочек в контрольную группу:**

- регулярная менструальная функция;
- отсутствие отклонений физического и полового развития;
- отсутствие проявлений хронических соматических заболеваний;
- отсутствие отягощенности семейного анамнеза опухолями, гиперпластическими процессами разнообразной локализации и эндокринопатиями.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия проводили в соответствии с рекомендациями [7] и заключали в себе такие моменты:

1. Немедикаментозные методы лечения:

- лечебная физкультура;
- физические методы лечения (лечебные ванны, гальванический «воротник» по Щербаку; эндоназальный электрофорез с витамином В1 и литием).

2. Циклическая витаминотерапия (фолиевая кислота и аскорбиновая кислота, витамины В1, В6 и Е).

3. Направленная гормональная коррекция с учетом варианта нарушения эндокринного статуса.

Длительность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий зависела от характера нарушений менструального цикла и изменений эндокринного статуса.

Основными отличительными чертами предложенной нами методики лечебно-профилактических мероприятий является использование антигомотоксичных препаратов:

- лимфомнозот – по 15 капель 3 раза в день до еды – курс 14 дней;
- овариум-композитум – 2,2 мл 2 раза в неделю – на курс 10 инъекций;
- галиум-композитум – по 10 капель 3 раза в день – курс 30 дней.

Научным обоснованием для применения комплексных биологических препаратов явилось их комплексное влияние на функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и основные метаболические процессы у девочек пубертатного периода.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические, эхографические, функциональные и математические.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Грудные железы девочек в пубертатный период склонны в меру становления менструальной функции к специфическим морфологическим изменениям, которые зависят не только от этапов функционального развития репродуктивной системы, но и от гормональных изменений в течение менструального цикла. Ультразвуковое исследование грудных желез у девочек-подростков позволяет оценить их структуру (соотношение стромы, железистой и жировой ткани) с учетом возрастных особенностей, что позволяет считать данный метод наиболее информативным при оценивании клинического течения пубертатного периода.

Нарушение менструального цикла в пубертатный период является одной из основных причин развития патологических изменений со стороны грудных желез, причем в структуре дисменореи преобладает олигоменорея (54,0%) по сравнению с менометроррагиями (26,0%) и аменореей (20,0%).

Основными клиническими проявлениями патологии грудных желез у девочек пубертатного периода с нарушениями менструального цикла являются болезненные ощущения (12,0%); нагрубание грудных желез (12,0%); выделение из сосков (10,0%) и диффузное уплотнение грудных желез (10,0%).

Частота патологических изменений со стороны грудных желез в пубертатный период на фоне дисменореи составляет 32,0% с преимуществом гипопластических изменений (20,0%) в сравнении с мастопатией (6,0%); кистами (6,0%) и гиперплазией грудных желез (6,0%).

Характер и частота патологических изменений со стороны грудных желез зависят от характера эндокринологических нарушений: при гиперандрогении повышена частота мастопатии (13,3%) и гипоплазии (26,7%); при гиперпролактинемии – увеличен уровень мастопатии (9,1%), кистозных (9,1%) и гиперпластических изменений (9,1%); при гиперэстрогении – повышена частота гиперплазии (22,2%) и при гипоестрогении – увеличен уровень гипоплазии грудных желез (33,3%).

Использование предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволило снизить частоту нарушений менструального цикла в 1,9 раза одновременно с уменьшением уровня клинических проявлений патологии грудных желез: болезненные ощущения в грудных железах – в 2 раза; их нагрубание – в 1,2 раза; выделение из сосков – в 1,7 раза и диффузное уплотнение грудных желез – в 1,7 раза. Суммарная частота диффузных и очаговых изменений в грудных железах через 3 мес от начала проведенной терапии снизилась в 2,4 раза за счет всех патологических изменений: мастопатия – в 3 раза; кисты – в 3 раза; гиперплазия – в 3 раза и гипоплазия – соответственно в 2 раза.

### ВЫВОДЫ

С целью снижения частота патологических изменений грудных желез у девочек пубертатного периода с нарушениями менструального цикла необходимо использовать лечебно-профилактический комплекс антигомотоксичных препаратов.

Частота проведения данного комплекса зависит от характера патологических изменений грудных желез, эндокринологических и эхографических параметров.

### Шляхи зниження патології грудних залоз в пубертатний період А.М. Марченко

Вивчено особливості стану грудних залоз у дівчат із порушеннями менструального циклу в пубертатний період. Установлені клініко-ендокринологічні і ехографічні особливості дозволили науково обґрунтувати і розробити лікувально-профілактичну методику на основі використання антигомотоксичної терапії. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** грудні залози, порушення менструального циклу, профілактика.

### Ways of decrease in a pathology of mammary glands in pubertate period A.N. Marchenko

Features of a condition dairy glands 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 antigomotoxic therapies. The received results allow to recommend the developed technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** dairy glands, infringements menstrual a cycle, preventive maintenance.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова Е.А., Кузнецова М.Н., Фролова О.Г. Охрана здоровья девочек и девушек – основа репродуктивного здоровья женщин // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 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. реком. – М., 2004. – С. 23.
4. Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях: Автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2010. – 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, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 246–247.
7. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Рук-во для врачей. – Санкт-Пет. «Фолиант», 2008. – 560 с.

## Аналіз ускладнень під час та після проведення лапароскопічних втручань

**М.С. Молодиченко**

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

Результати проведених досліджень свідчать про те, що основними ускладненнями після лапароскопічних гінекологічних операцій є інфекційні і тромбогеморагічні, частота яких залежить від об'єму оперативного втручання і якості передопераційного обстеження, а також від володіння хірургом всіма сучасними технологіями.

**Ключові слова:** лапароскопічні гінекологічні операції, ускладнення.

В Україні останніми роками широко розвиваються і упродовжуються ендоскопічні методи хірургічного лікування в гінекології [4, 7]. В даний час, не дивлячись на первинний скептицизм деяких фахівців операції з приводу позаматкової вагітності, безпліддя доброякісних утворень придатків матки практично не виконуються лапаротомічним способом. Лапароскопічна гістеректомія в багатьох клініках стала звичайною плановою операцією, все великої популярності набуває ендоскопічний доступ при лікуванні пролапсу геніталій [1], онкогінекологічних захворюваннях [3], поширеного ендометріозу [2], при цьому подальший розвиток і вдосконалення лапароскопічних методів зупинити неможливо. У сучасній літературі практично відсутні роботи, що систематизують і узагальнюють дані про ускладнення лапароскопічних операцій в гінекології. До теперішнього часу відсутні єдині підходи до обліку і реєстрації ускладнень. Більшість публікацій містять просту констатацію фактів і засновано на недостатньому матеріалі [8]. Крім того, надзвичайно актуальною залишається проблема інтраопераційної діагностики ускладнень лапароскопії [5, 6]. Це пов'язано з тим, що часто клінічні прояви лапароскопічних ускладнень мають специфічний характер, супроводжуються мінімально вираженою симптоматикою на ранніх стадіях. У зв'язку з цим представляється актуальним дослідження, присвячене всебічному вивченню й аналізу ускладнень лапароскопії в гінекології після лапароскопічних втручань.

**Метою** дослідження було проведення аналізу ускладнень під час та після проведення лапароскопічних втручань.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами був проведений ретроспективний аналіз ускладнень лапароскопічних операцій, виконаних в різних гінекологічних відділеннях України за останні роки.

Всього нам удалось зібрати відомості про 98 (5,3%) ускладнень, що виникли під час виконання або були наслідком 1862 лапароскопічних гінекологічних операцій.

Відповідно до етапності досліджень, що проводяться, для виявлення чинників ризику розвитку післяопераційних інфекційно-запальних ускладнень проведено ретроспективний аналіз 128 історій хвороби пацієнток, прооперованих лапароскопічним шляхом, з яких в 35 були проведені операції на матці з приводу міоми, в 25 хворих – на яєчниках з приводу кіст і доброякісних пухлин, у 51 пацієнтки – на маткових трубах з приводу ектопічної вагітності, сактосальпінксів, оклюзії інтерстиціального і істмічного відділів, 13 жінкам виконували усунення (лізис) спайок в малому тазі, 4 виконана стерилізація маткових труб за медичними показаннями і, більш ніж в 50% випадків, виконувалися поєднані операції. Було проведено 68 операцій в плановому і 60 в невідкладному порядкух. Ці пацієнтки склали групу ретроспективного аналізу (ГРА). В ГРА вік пацієнток варіював від 17 до 48 років, середній вік склав  $32,2 \pm 0,8$  років.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сумарна частота інтра- і післяопераційних ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях складає 5,3% і залежить від складності виконаних операцій: при діагностичній лапароскопії – 3,6%; при малих лапароскопічних операціях – 4,5%; при великих – 5,3% і операціях підвищеної складності – 6,2%.

У структурі всіх інтра- і післяопераційних ускладнень при гінекологічних лапароскопічних операціях переважають інфекційно-запальні – 27,6%; тромбогеморагічні – 22,4% і кровотечі – 21,4% в порівнянні з пораненнями кишечника – 15,3%, сечовивідних шляхів – 8,2% і пораненнями судин – 5,1%. Серед всіх ускладнень при малих лапароскопічних операціях частіше зустрічаються кровотечі (53,3%) і інфекційно-запальні (33,3%) на відміну від поранення судин (6,7%) і сечового міхура (6,7%). При великих лапароскопічних гінекологічних операціях серед ускладнень переважають кровотечі (38,5%), інфекційно-запальні (28,8%) і тромбогеморагічні (19,2%) в порівнянні з пораненнями кишечника (5,8%), сечового міхура (5,8%) і сечоводу (1,9%). У структурі ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій підвищеної складності частіше за інших мають місце кровотечі – 32,1%; інфекційно-запальні (28,6%) і тромбогеморагічні ускладнення (25,0%) на відміну від поранень кишечника (7,1%), а також травм сечового міхура (3,6%) і сечоводу (3,6%).

Основними чинниками ризику інфекційно-запальних ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій є: підвищена маса тіла ( $IMT > 25,0$ ) – сила впливу чинника 5,4%; гінекологічні запальні захворювання (особливо, хронічний сальпінгоофорит на тлі інфекцій, що передаються статевим шляхом) – загальна сила впливу 12,9%; перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини – сила впливу 13,8%; порушення репродуктивної функції – сила впливу 17,6% (в т. ч., вторинне безпліддя – 13,1%).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про те, що основними ускладненнями після лапароскопічних гінекологічних операцій є інфекційні

і тромбоеморагічні, частота яких залежить від об'єму оперативного втручання і якості передопераційного обстеження, а також від володіння хірургом всіма сучасними технологіями.

**Анализ осложнений во время и после проведения лапароскопических вмешательств**  
**М.С. Молодиченко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными осложнениями при лапароскопических гинекологических операциях являются инфекционно-воспалительные и тромбогеморрагические, частота которых зависит от объема оперативного вмешательства и качества предоперационного обследования, а также от владения хирургом всеми современными технологиями.

**Ключевые слова:** лапароскопические гинекологические операции, осложнения.

**Analysis of complications under time and after realization of interferences**  
**M.S. Molodichenko**

Results of the spent researches testify that the basic complications at laparoscopic gynecologic operations are infectious-inflammatory and thrombohemorrhagic which frequency depends on volume of operative intervention and quality of preoperative inspection, and also from possession of surgeon of all modern technologies.

**Key words:** laparoscopic gynecologic operations, complications.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Адамян Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста / Л.В. Адамян, З.Р. Зарубиани, С.И. Киселёв // Акушерство и гинекология. – 2012. – №3. – С. 40–44.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – СПб: Гиппократ, 2012. – 176 с.
3. Воробйова Л.І. Сучасні принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин матки і придатків / Л.І. Воробйова, Ю.С. Доценко, Г.В. Євтушенко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – №3. – С. 78–79.
4. Гладчук И.З. Лапароскопические гинекологические операции на современном этапе / И.З. Гладчук // Практическая медицина. – 2012. – №3. – С. 21–29.
5. Грубник В.В. Симультаннные лапароскопические операции / В.В. Грубник, В.В. Бойко В.В. Ильашенко // Актуальные проблемы хирургии: Сб. науч. трудов, посвящ. 130-лет. со дня рожд. Н.И. Напалкова. – Ростов н/Д., 2008. – С.28.
6. Дронов А.В. Симультаннные лапароскопические операции у детей / А.В. Дронов, А.В. Поддубный, К.А. Дедов // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – №1. – С. 18.
7. Запорожан В.Н. Современные эндоскопические технологии в оперативной гинекологии / В.Н. Запорожан, И.З. Гладчук // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – №6. – С. 10–17.
8. Кулаков В.И. Оперативная гинекология, хирургические энергии: Руководство / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. – М.: Медицина, Антидор, 2010. – 860 с.

**Профілактика і лікування патології шийки матки у багатонароджуючих жінок**

**Е.Е. Мусаєва**

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

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність вдосконалених нами лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, що підтверджується результатами не лише клінічних, але і додаткових методів дослідження. Методика є простою і загальнодоступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.  
**Ключові слова:** патологія шийки матки, багатонароджуючі жінки.

В даний час патологія шийки матки (ШМ) є однією з найбільш поширених серед жінок репродуктивного віку [1–5]. За даними ВООЗ щорік в світі виявляється близько 500 тис. хворих на рак ШМ, а основними напрямками у вирішенні даної проблеми є профілактика та рання діагностика.

Серед різних груп високого ризику щодо розвитку патології ШМ останнім часом виділяють багатонароджуючих жінок [4, 5]. Це обумовлено частою травматизацією ШМ при розродженні, високим рівнем супутньої екстрагенітальної патології, дисгормональними змінами, порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів тощо [1–3].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми патології ШМ не можна вважати всі питання даної проблеми повністю вирішеними. На нашу думку, в першу чергу, це відноситься до особливостей патології ШМ у багатонароджуючих, особливо своєчасної діагностики і тактики лікувально-профілактичних заходів. Все це, безумовно, свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування патологічних змін ШМ у багатонароджуючих жінок на основі вивчення в них клініко-кольпоскопічних, мікробіологічних, цитологічних і морфологічних особливостей, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Проведено комплексне обстеження 100 багатонароджуючих (3 і більш за пологи) жінок, які мали акушерські травми ШМ при попередніх пологах, представлених двома групами (1 група – 50 і 2 група – 50). При цьому проведено лікування виявленої у віддаленому періоді патології ШМ і вивчено результати лікування.

Як контрольна група було обстежено 50 багатонароджуючих жінок аналогічного віку без патології ШМ.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи включали наступні моменти:

1. Санація статевих шляхів і ШМ:

- лікування протезойно-бактеріальної інфекції з використанням антибактеріальної терапії згідно загальноприйнятих протоколів;



- корекція імунної системи рослинними адаптогенами (настойка елеутерокока і китайського лимонника) і індукторами інтерферону (циклоферон, неовір, протефлазид і лаферон);

- місцева санація індукторами інтерферону у вигляді свічок, аплікацій.

2. Хірургічне лікування:

- діатермокоагуляція апаратом «ЕН 57»;

- кріохірургічне лікування апаратом «Кріотон-3» фірми НПП «Медан» (Україна);

Пропоновані нами лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи включали наступні додаткові моменти:

- комплексні фітопрепарати для системного використання на основі вітекса, лопуха, конюшини лугової, астрагала і перцевої м'яти;

- комплексні фітопрепарати для місцевого використання на основі календули, подорожника, вітекса і масла чайного дерева;

- використання направленої гормональної корекції з врахуванням рівня естрогену: при високому рівні естрогену – етінілестрадіол 0,03 мг, а за наявності проти-показань (екстрагенітальна патологія) – 2 мг 17в-естрадіол і 10 мг дідгестерон.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, функціональні і статистичні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що провідними причинами розвитку патології ШМ багатонароджуючих жінок є материнський травматизм при розродженні: розриви ШМ 1 ступеня (60,0%) і 2 ступеня (40,0%); розриви промежини 1 ступеня (28,0%) і 2 ступеня (30,0%); глибокі розриви піхви (34,0%), а також несприятливий преморбідний фон за рахунок високої частоти початкової соматичної (анемії різного генезу – 46,0%; патологія шлунково-кишкового тракту – 34,0% і серцево-судинні захворювання – 28,0%) і генітальної патології (40,0%).

Основними варіантами патології ШМ у багатонароджуючих жінок є фоніві і передракові захворювання ШМ (92,0%) з переважанням ерозованого ектропіона (62,0%). Крім того має місце високий рівень цервіцитів різної етіології (76,0%) на тлі порушень мікробіоценозу статевих шляхів (30,0%) і хронічного салпінгоофориту у стадії ремісії (20,0%).

Кольпоскопічна картина патологічних змін шийки матки у багатонароджуючих жінок характеризується переважанням цервіциту (76,0%) і ерозованого ектропіона (62,0%) в порівнянні з ніжною лейкоплакією (18,0%); рубцевою деформацією (6,0%) і наявністю зони атипії трансформації (6,0%).

Результати проведених цитологічних досліджень свідчать про явне переважання клітин багатошарового плоского і циліндрового епітелію на тлі запальних змін (76,0%) в порівнянні з лейкоплакією ШМ (18,0%); дисплазією легкого ступеня (4,0%) і відсутністю патологічних змін з боку клітин багатошарового плоского і циліндрового епітелію (2,0%).

У багатонароджуючих жінок з патологією ШМ у вагінальному аспіраті характерна наявність високої частоти патогенної і умовно-патогенної мікрофлори у вигляді різних асоціацій (86,0%), а також достовірне зниження вмісту сечовини і глюкози при одночасному підвищенні рівня імуноглобуліну М.

Дисгормональні і дисметаболічні порушення у багатонароджуючих жінок з патологією ШМ характеризуються наявністю достовірного зниження вмісту естродіолу, тироксину, сироваткового заліза і міді при одночасному підвищенні рівня фолікулоstimулюючого, лютеїнізуючого гормонів, тестостерону, пролактину, тиротропного гормону і холестерину.

Використання вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних і прогностичних заходів у багатонароджуючих жінок з патологією ШМ дозволяє знизити сумарну частоту рецидиву з 42,0% при загальноприйнятому алгоритмі до 26,0% – при розробленому.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про ефективність вдосконалених нами лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, що підтверджується результатами не лише клінічних, але і додаткових методів дослідження. Методика є простою і загальнодоступною і може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

### Профилактика и лечение патологии шейки матки у многорожавших женщин Э.Э. Мусаева

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности усовершенствованных нами лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, что подтверждается результатами не только клинических, но и дополнительных методов исследования. Методика является простой и общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** патология шейки матки, многорожавшие женщины.

### Preventive maintenance and treatment pathology of a cervix of a uterus at multigiving birth women E.E. Musaeva

Results of the spent researches testify to efficiency of the treatment-and-prophylactic us treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions that proves to be true results not only clinical, but also additional methods of research. The technique is simple and popular and wide application in practical public health services can find.

**Key words:** a pathology of a cervix of the uterus, multigiving birth women.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии / Е.В. Коханевич. – К.: «ТМК», 2001. – 152 с.
2. Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В.И. Кулаков, Е.А. Бутова – М., 2003. – 128 с.
3. Цвелев Ю.В. Травматизм у беременных / Ю.В. Цвелев, С.В. Дивин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – Вып. 1. – Т. XLIX. – С. 63–69.
4. Weerasekera D.S., Premaratne S. A randomised prospective trial of the obstetric forceps versus vacuum extraction using defined criteria // J Obstet Gynecol. – 2008. – Vol. 22. – № 4. – P. 344–345.
5. Danford D. Morphology of the human cervix // Clin.Obstet.Gynecol. – 2009. – Vol. 26. – № 1. – P. 7–13.

## Шляхи зниження патології пубертатного періоду у дівчаток, що народилися від матерів з плацентарною дисфункцією

**О.В. Наустинная**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема патології пубертатного періоду у дівчат, які народилась від матерів з плацентарною дисфункцією, має важливе медико-соціальне значення, особливо у плані складності патогенетичних порушень, які відбуваються за рахунок дисгормональних змін. Диференційований підхід на підставі використання медикаментозної корекції дозволяє покращити клінічний перебіг пубертатного періоду, знизити частоту патологічних змін та підготувати репродуктивну систему дівчат до майбутнього материнства. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати удосконалений алгоритм для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** патологія пубертатного періоду, плацентарна дисфункція, профілактика.

Репродуктивне здоров'я дівчаток і дівчат є основою нормальної демографічної ситуації в країні. Останніми роками розвиток дитячої і підліткової гінекології має дуже важливе значення, оскільки саме в пубертатному періоді закладається основа можливої гінекологічної і соматичної захворюваності [1–6].

Серед різних проблем сучасного акушерства плацентарна дисфункція (ПД) є однією з найбільш актуальних. Це обумовлено зростанням екстрагенітальної патології, несприятливим впливом екологічних чинників, збільшенням частоти інтраамніального інфікування і ін. [1,3]. Народження дітей з низькою масою тіла часто супроводжується гіпоксичними ушкодженнями, відхиленнями в постнатальній адаптації, порушеннями захисно-приспосовних механізмів і ін. [2, 4]. На думку ряду авторів [5, 6] в своєму подальшому розвитку такі діти схильні до ендокринопатій, імунodefіцитних станів, відхилень в нервово-психічному статусі тощо.

Останніми роками у вітчизняній і зарубіжній літературі [1–6] все частіше піднімається питання про наявність взаємозв'язку між розвитком акушерської патології в матері і станом репродуктивного здоров'я дівчаток і дівчат, особливо порушення менструальної функції. У той же час, в сучасній літературі є лише поодинокі публікації [1, 3] про фізичний і статевий розвиток дівчаток, що народилися із затримкою розвитку плода (ЗРП). Хоча тут можна передбачити про виявлення певних закономірностей, які дозволять розширити наявні дані про патогенез порушень менструальної функції і науково обґрунтувати необхідність зміни алгоритму ведення таких дівчаток.

Все викладене вище з'явилося для нас підставою до проведення справжнього наукового дослідження.

**Метою** роботи було зниження частоти патології пубертатного періоду у дівчаток, народжених від матерів з ПД на основі вивчення клінічних, ехографічних і ендокринологічних особливостей, а також розробки і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне (ендокринологічний статус) і функціональне обстеження 150 дівчаток пубертатного періоду, яких було розподілено на три групи:

- контрольна група – 50 соматично здорових дівчаток, які народилися через природні пологи шляхи від матерів без акушерської і екстрагенітальної патології;
- I група – 50 дівчаток, які народилися від матерів з ПД і ЗРП, при цьому вони отримували загальноприйняті діагностичні і лікувально-профілактичні заходи;
- II група – 50 дівчаток, які народилися від матерів з ПД і ЗРП і отримували вдосконалений нами алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

На першому етапі проведених досліджень (вік дівчаток до 12 років) були вивчені порівняльні аспекти клінічного перебігу раннього пубертатного періоду і основні функціональні і лабораторні показники. На другому етапі (вік від 14 до 16 років) була оцінена по тих же критеріях ефективність загальноприйнятих і вдосконалених лікувально-профілактичних заходів.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали наступні моменти: вітамінотерапія (Е, С, фолієва кислота); фізіотерапія (ендоназальний електрофорез) і біостимулятори.

Диференційований підхід до корекції патології пубертатного періоду включав наступні моменти:

- за наявності інтраамніального інфікування перевагу слід віддавати препаратам для профілактики – ле-кран, афлазин і дисменорм; для лікування – дистрентаза, вібуркол і поліжинакс;
- при ендокринному генезі ПД слід використовувати для профілактики тазалок, циклодинон і йодомарин; для лікування – фемостон 1/10, новінет або оваріум-композитум;
- при поєднаному варіанті ПД використовували комплекс вище перелічених препаратів.

Початок проведення лікувально-профілактичних заходів був у віці 12–12,5 року, що випереджає на 3–6 місяців початок менструальної функції дівчаток Одеського регіону.

Методика лікування підбиралась індивідуально з врахуванням результатів клініко-ехографічних і ендокринних показників.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами ПД в матерів дівчаток з подальшою патологією пубертатного періоду є екстрагенітальна патологія (47,0%), інтраамніальне інфікування (30,0%) і ендокринне безпліддя (23,0%). По термінах розвитку в половині випадків (48,0%) це ускладнення розви-

валось після 33 тиж, трохи рідше в 29–32 тиж (33,0%) і до 28 тиж (19,0%), а основним проявом була ЗРП (89,0%).

Основними варіантами перинатальної патології у дівчаток, народжених від матерів з ПД є внутрішньоутробне інфікування (31,0%), асфіксія новонароджених (22,0%), постгіпоксична енцефалопатія (18,0%), гіпербілірубінемія (7,0%) і геморагічний синдром (5,0%) на тлі пониженої маси тіла ( $2674,3 \pm 71,1$  г).

Наявність ПД в матері призводить до високої частоти патології пубертатного періоду, причому як в 14, так і в 16 років: порушення менструальної функції (14 років – 18,0% і 16 – 22,0%); запальні захворювання геніталій (14 років – 12,0% і 16 – 16,0%); патологія молочних залоз (14 років – 10,0% і 16 – 12,0%) і гіпоталамічний синдром (14 років – 4,0% і 16 – 6,0%).

У структурі порушень менструальної функції в дівчаток, народжених від матерів з ПД переважають гіпоменструальний синдром (14 років – 27,8% і 16 – 27,3%), альгодисменорея (14 років – 27,8% і 16 – 27,3%), ювенільні маткові кровотечі (14 років – 27,8% і 16 – 22,7%), а також первинна і вторинна аменорея (14 років – 16,6% і 16 – 22,7%).

Дисгормональні порушення у дівчаток, народжених від матерів з ПД, характеризуються наявністю їх високої сумарної частоти (14 років – 36,0% і 16 – 46,0%) з незначним переважаанням гіперпролактинемії (14 років – 12,0% і 16 – 14,0%) в порівнянні з гіпер- (14 років – 8,0% і 16 – 12,0%) і гіпоестрогенією (14 років – 8,0% і 16 – 10,0%), а також з гіперандрогенією (14 років – 8,0% і 16 – 10,0%).

Використання розробленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту сумарної патології пубертатного періоду в 14 роки на 16,0% і в 16 – на 32,0% при одночасному зниженні рівня дисгормональних порушень (14 років – на 22,0% і 16 – на 30,0%) і нормалізації ехографічних параметрів внутрішніх статевих органів і молочних залоз.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, проблема патології пубертатного періоду в дівчаток, що народилися від матерів з ПД, має дуже важливе медико-соціальне значення, особливо в плані складності патогенетичних порушень, які відбуваються за рахунок дисгормональних змін. Диференційований підхід на основі використання медикаментозної корекції дозволяє знайти клінічний перебіг пубертатного періоду, знизити частоту патологічних змін і підготувати репродуктивну систему дівчаток до майбутнього материнства. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в практичному охорону здоров'я.

### Пути снижения патологии пубертатного периода у девочек, родившихся от матерей с плацентарной дисфункцией O.V. Наустинная

Результаты проведенных исследований показали, что проблема патологии пубертатного периода у девочек, родившихся от матерей с плацентарной дисфункцией, имеет очень важное медико-социальное значение, особенно в плане сложности патогенетических на-

рушений, которые происходят за счет дисгормональных изменений. Дифференцированный подход на основе использования медикаментозной коррекции позволяет улучшить клиническое течение пубертатного периода, снизить частоту патологических изменений и подготовить репродуктивную систему девочек к будущему материнству. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** патология пубертатного периода, плацентарная дисфункция, профилактика.

### Ways decrease of pathology pubertate period at the girls who were born from mothers with placental dysfunction O.V. Naustinnay

Results of the spent researches have shown, that a pathology problem pubertate period at the girls who were born from mothers with placental dysfunction, has very important medical-social value, especially in respect of complexity of pathogenetic infringements which occur for the account dyshormonal changes. The differentiated approach on the basis of use of medicinal correction allows to seize a clinical current pubertate period, to lower frequency of pathological changes and to prepare reproductive system of girls for the future motherhood. The received results allow us to recommend advanced algorithm for wide use in practical medicine.

**Key words:** a pathology of pubertate period, placental dysfunction, preventive maintenance.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Палагусенец А.Ю., Данкович Н.О. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток, які народилися з крупною масою тіла // Науковий вісник Ужгородського ун-та серія "Медицина". – 2007. – Вип. 13. – С. 170–172.
2. Вовк І.Б. Сучасні функціональні методи дослідження в дитячій та підлітковій гінекології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 4. – С. 36–38.
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. Данкович Н.О., Палагусинец А.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 80–81.
5. Ромашенко О.В. Запальні захворювання органів малого тазу у юних жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 1. – С. 113–117.
6. Шабанова Л.Ф., Ландина О.Ю., Куликов А.М. Оценка эффективности реабилитации при соматических заболеваниях у подростков // Международный журнал иммунореабилитации. – 2007. – № 4. – С. 53–55.

## Актуальные аспекты сочетания патологии грудных желез и генитального эндометриоза

Ю.М. Негребецкая

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

Результаты проведенных исследований показали, что научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии грудных желез на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальной и требует индивидуализированного комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной сочетанной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, патология грудных желез.

Среди основной патологии репродуктивной системы в условиях настоящего одно из основных мест занимает эндометриоз [1–5]. Основными причинами развития данной патологии является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, значительная частота воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и др. [1, 5].

В настоящее время фиброзно-кистозное поражение грудных желез является патологией, которая достаточно часто встречается среди женщин репродуктивного возраста, а в структуре смертности женщин рак грудной железы занимает одно из первых мест [2, 3]. Среди широкого спектра причин такой неблагоприятной ситуации выделяют начальные дисгормональные нарушения, которые могут начинаться с пубертатного периода, отягощенный репродуктивный анамнез, медико-социальные причины и др. [1–5].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам генитального эндометриоза и фиброзно-кистозного поражения грудных желез отдельно, научные исследования, которые касаются взаимосвязи этих двух патологий, практически, отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении единичные публикации носят фрагментарный характер. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности поднимаемой научной задачи.

**Целью работы** было повышение эффективности диагностики и прогнозирования патологии грудных желез в женщин с генитальным эндометриозом у женщин с воспалительными процессами гениталий на основании изучения клинко-эхографических, доплеромерических и эндокринологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических и прогностических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и заданиями работы было проведено обследование 50 женщин с генитальным эндометриозом (основная группа) и 50 практически здоровых женщин (контрольная группа) с регулярным менструальным циклом.

Критерием включения явилось наличие эндометриоза у указанных категорий, а критерием исключения – сочетание эндометриоза с лейомиомой матки, гиперплазией эндометрия и придаточными образованиями. Исследования проводились до лечения эндометриоза на 5–7 и 21–23 дня менструального цикла двукратно, потом после лечения в эти же дни через 1, 3, 6, 9 мес после завершения курса лечения.

Подбор в группы осуществляли методом сравнения пар. Все группы рандомизированы по возрасту и паритету.

В каждой из включенных в исследование групп использовались общеклинические, гормональные, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические и гистологические методы исследования. У всех женщин в основной группе эндометриоз подтвержден лапароскопическим методом исследования.

#### Общеклиническое обследование включало следующие моменты:

- анамнез: исследовались жалобы со стороны грудных желез (боль, выделение, наличие очаговых образований), изучались данные о травмах, об оперативном лечении грудных желез, об акушерском анамнезе (количество родов, аборт, длительность лактации), о гинекологическом анамнезе (заболевание матки и придатков, нарушения менструального цикла), о наличии соматических заболеваний;
- обзор грудных желез проводился в вертикальном положении сначала с опущенными, потом с подведенными руками. Оценивали контуры и величину желез, симметричность, состояние кожных покровов, ровные расположения сосков;
- пальпация грудных желез осуществлялась в вертикальном и горизонтальном положении женщин при поднятых и опущенных руках с последовательным исследованием всех квадрантов железы, а также с пальпацией подмышечных, надключичных и подключичных лимфатических узлов, как региональных зон лимфооттока.

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что развитие сочетанной патологии характеризуется следующими формами генитального эндометриоза:

- эндометриомы – 48,0%;
  - аденомиоз – 44,0%;
  - сочетание внутреннего и наружного эндометриоза – 12,0%;
- и патологии грудных желез:
- фиброзно-кистозная мастопатия – 64,0%;
  - диффузный фиброаденоматоз – 22,0%;
  - фиброаденома – 12,0%;
  - очаговый фиброаденоматоз – 2,0%.

Суммарная частота экстрагенитальной патологии у пациенток с сочетанием генитального эндометриоза и патологии грудных желез составляет 91,6%, а в ее

структуре преобладают заболевания пищеварительного тракта (70,3%) и тиреоидная патология (40,1%) по сравнению с болезнями почек (16,4%); алиментарным ожирением (10,5%) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (6,2%), при этом уровень различных сочетанных форм составляет 51,9%.

Сочетание генитального эндометриоза и патологии грудных желез являются одной из причин высокого уровня невынашивания (24,3%) и нарушений репродуктивной функции (90,7%) с преобладанием вторичного бесплодия (52,6%) по сравнению с первичным (38,1%) при средней его длительности –  $5,67 \pm 0,54$  года.

Основными клиническими проявлениями сочетанной патологии половых органов и грудных желез являются масталгия (82,3%); альгодисменорея (76,4%); галакторея (38,3%) и постоянная тазовая боль (24,2%), частота которых связана с фазой менструального цикла и возрастает в конце лютеиновой фазы.

Дисгормональные изменения у пациенток с генитальным эндометриозом и патологией грудных желез характеризуются наличием гиперэстрогении в 1-й фазе менструального цикла, повышением уровня ФСГ на протяжении всего цикла и гиперпролактинемией в 8,6% наблюдений.

При оценке особенностей кровотока грудных желез у женщин с генитальным эндометриозом установлено, что несмотря на наличие пролиферативных изменений структуры, наблюдаются дегенеративные изменения сосудистой сети, которые выражаются в снижении показателей кровотока (Ri) в очагах поражения грудных желез.

Наиболее информативными маркерами в развитии и прогрессе патологического процесса в грудных железах при генитальном эндометриозе есть следующие показатели:

- концентрация эстрадиола в плазме крови;
- величина индекса резистентности;

- количество кистозных полостей в железах и их максимальный размер.

Эффективность предлагаемого прогностического правила составляет 78,6%.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать следующие моменты:

- с целью прогнозирования развития патологии грудных желез у пациенток с генитальным эндометриозом необходимо использовать диагностический индекс S по формуле:

$$S = 0,1 * X1 + 0,001 * X2 + 0,56 * X3 + 0,4 * X4 - 4,24$$

X1- величина индекса резистентности

X2 – концентрация эстрадиола в плазме крови в пг/мл

X3 – количество кист в грудных железах

X4 – максимальный размер кисты в мм

При значении диагностического индекса  $S < 0$  диагностируют низкую достоверность возникновения патологии грудных желез.

При значении диагностического индекса  $0 < S < 5$  диагностируют среднюю степень возникновения патологии грудных желез.

При значении диагностического индекса  $S > 5$  судят о высоком риске возникновения патологии грудных желез.

- тактика ведения пациенток с сочетанием генитального эндометриоза и патологией грудных желез при отсутствии показаний к оперативному лечению заключается в лечении сопутствующей экстрагенитальной патологии, использовании направленной гормональной коррекции с учетом данных эндокринологического ста-

туса и метаболической терапии под контролем результатов биохимических исследований.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии грудных желез на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальной и требует индивидуализируемого комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый нами алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной соединенной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

### Актуальні аспекти поєднання патології грудних залоз і генітального ендометріозу Ю.М. Негребецька

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології грудних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з врахуванням даних додаткових методів дослідження. Пропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, патологія грудних залоз.

### Actual aspects of a combination pathology of mammary glands and genital endometriosis J.M. Negrebetskaja

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem of increase of efficiency of diagnostics and treatment of a good-quality pathology of mammary glands against genital endometriosis is enough actual and demands the individualised complex campaign with the account data additional methods of research. The offered algorithm allows to raise efficiency of diagnostics and treatment given complex pathologies and to lower disease of women of reproductive age.

**Key words:** genital endometriosis, a pathology of mammary glands.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей. / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2007. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза – 2-е изд., испр. и доп. / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2000. – 235 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины, № 3 (23). – 2005. – С. 72–76.

# Влияние сочетанной патологии матки и яичников на тактику хирургического лечения

**П.М. Прудников**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – сочетанная патология матки и яичников. Разработанный алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность оперативного лечения, а при желании пациенток и отсутствии противопоказаний – восстановить репродуктивную функцию. **Ключевые слова:** сочетанная патология матки и яичников, хирургическое лечение.

В структуре гинекологической патологии лейомиома матки и опухоли яичников занимают ведущее место. Так, по разным источникам эти заболевания встречаются у 30–35% женщин репродуктивного возраста [1, 2] и приблизительно у 30% из них новообразование яичников сопровождается лейомиомой матки. При этом основным вариантом лечения данной патологии оперативный [3, 4].

Традиционные подходы в оперативной гинекологии, господствующие десятилетиями, вытесняются новыми прогрессивными технологиями, что вызывает споры и неприятие врачей, которые достаточно долго оперируют традиционными методами. Кроме того, отсутствие критериев решающего выбора оперативного доступа приводит к поляризации мыслей о целесообразности употребления малоинвазивных технологий при больших размерах опухоли яичника и лейомиомы. Существует как точка зрения о неограниченных возможностях эндоскопической хирургии, так и скептическое отношение к внедрению новых технологий и перехода оперативной гинекологии к малоинвазивности [1–4].

Сегодня всемирно признанные авторитеты в эндоскопической хирургии утверждают, что нет ограничений для выполнения лапароскопической операции по удалению матки [1, 3]. Опыт мировой хирургии свидетельствует в интересах того, что излишне конфронтационный, не пренебрегающий крайними мыслями путь развития, стремящийся к разработке «стандартных для всех» альтернатив, не всегда производителен [2, 4]. Все эти подходы являются предметом обсуждения и на сегодняшний день не имеют строго определенных постулатов действия. Остаются до сих пор не изученными критерии отбора, показания, противопоказания, целесообразность, возможны ожидаемые осложнения, отдаленные результаты для назначения того или другого оперативного вмешательства при соединенной патологии матки и яичников. Анализ научной литературы свидетельствует о недостаточном освещении указанных аспектов проблемы, что появилось основанием к проведению настоящего исследования.

Целью исследования было повышение эффективности лечения сочетанной патологии матки и яичников на основании изучения клинико-эхографических, эндокринологических и морфологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения настоящего исследования под нашим наблюдением находились пациентки с доброкачественными опухолями яичников и матки. Нами обследовано 160 пациенток, 110 из них вошло в основную группу (эндоскопические методы лечения), 50 пациенток составило группу сравнения (общепринятые методы лечения).

У всех женщин, которые наблюдались, детально изучался анамнез жизни, проведенный анализ преморбидного фона, перенесенных в прошлом сопутствующих гинекологических и общесоматических заболеваний, особенности менструальной, половой и генеративной функций.

Всем больным проведенный стандарт обследования с учетом нозологии имеющейся патологии. Перед операцией проводилась консультация терапевтом и анестезиологом, и за показаниями – другими специалистами.

Из дополнительных методов исследования применялись: оценка эндокринологического статуса, эхография, гистеросальпингография, рентгенологическое исследование желудка и кишечника, гистероскопия, лапароскопия, кольпоскопия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследований свидетельствуют, что средний возраст пациенток с сочетанной патологией матки и яичников составляет  $35,1 \pm 5,2$  года, длительность заболевания –  $2,2 \pm 0,8$  года, а основными жалобами являются нарушения менструальной функции (61,2%) и репродуктивной функции (28,9%); болевой синдром (46,4%) и диспаурия (24,3%).

При сочетанной патологии матки и яичников лейомиома матки была с субсерозным расположением узлов в 40,1%; с интерстициальным расположением узлов – в 36,0%; сочетанная лейомиома – в 16,9% и с субмукозным расположением узлов – 7,0%. Частота сопутствующей гиперплазии эндометрия составила 52,9%.

В структуре доброкачественных опухолей яичников при наличии сочетанной патологии матки преобладали эпителиальные (49,8%) и герминогенные опухоли яичников (26,5%) по сравнению с опухолями стромы полового тяжа (7,7%); фолликулярными (6,3%), параовариальными (4,8%) и эндометриоидными кистами (4,9%).

Изменения эндокринологического статуса находятся в прямой зависимости от сопутствующих заболеваний органов и звеньев репродуктивной системы всего организма женщины:

- у женщин в лейомиомой матки и эпителиальными опухолями яичников имеет место повышение уровня ФСГ;
- при сочетании лейомиомы матки с герминогенными опухолями яичников и опухолями стромы полового тяжа – повышение содержания ЛГ, пролактина и прогестерона;

- у пациенток с лейомиомой матки и фолликулярными кистами все показатели гормонального статуса были повышены, кроме прогесторона;

- при эндометриоидных кистах яичников и лейомиоме матки уровень ЛГ эстрадиола, пролактина и прогестерона были достоверно увеличены.

Диагностика лейомиомы матки, опухолей и опухолевидных образований яичников не может базироваться на одном каком-то методе исследования, а требует целого комплекса диагностических мероприятий (трансвагинальное УЗИ, доплерография, гистеро- и лапароскопия) для установления факта наличия опухолевого образования на ранних стадиях развития и проведения дифференциальной диагностики доброкачественного или злокачественного процесса, а также определения возможного морфологического строения опухоли и уточнение действительной опухолевой или неопухолевой природы образований матки и яичников. Информативность такого подхода составляет 96,4%.

Объем хирургического вмешательства при сочетании патологии матки и яичников определяется степенью поражения органов репродуктивной системы, возрастом пациентки, желанием сохранить и восстановить репродуктивную функцию и результатами морфологических исследований до и во время операции.

Частота восстановления репродуктивной функции после оперативного лечения сочетанной патологии матки и яичников составляет через 1–2 года 47,2%, а основными причинами негативного лечения бесплодия являются выраженный спаечный процесс – 70,6%; рецидивы лейомиомы (17,76%), кист (17,6%) и опухолей яичников (11,8%).

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

1. Алгоритм обследования пациенток с подозрением на сочетанную патологию матки и яичников должен включать следующие этапы:

I этап – общеклиническое, эндокринологическое исследование и определение неспецифического маркера опухолевого роста СА-125.

II этап – функциональные методы исследования (трансвагинальное УЗИ, доплерометрия с измерением кровотока в узле миомы, в кисте или опухоли яичника, его капсуле и прилежащем эндометрии, гистероскопия с последующим гистологическим исследованием материала

III этап – при необходимости диагностическая лапароскопия.

2. Тактика оперативного лечения сочетанной патологии матки и яичников включает следующие моменты:

- проведение консервативно-пластических или радикальных операций с учетом степени поражения органов репродуктивной системы, возрастом пациентки, желанием сохранить и восстановить репродуктивную функцию и результатами морфологических исследований до и во время операции;

- послеоперационная реабилитация с использованием гормональной коррекции и медикаментозной терапии дисметаболических нарушений;

- диспансерное наблюдение: кольпоскопия, УЗИ и доплерометрия, оценка гормонального статуса и определение неспецифического онкомаркера СА-125;

- контрольная гистеро- и лапароскопия по показаниям.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – сочетанная патология матки и яичников. Разработанный алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность оперативного лечения, а при желании пациенток и отсутствии противопоказаний – восстановить репродуктивную функцию.

### Вплив поєднаної патології матки і яєчників на тактику хірургічного лікування П.М. Прудников

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання, що вивчається – поєднана патологія матки і яєчників. Розроблений алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування, а за бажання пацієнток і відсутності протипоказань – відновити репродуктивну функцію.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки і яєчників, хірургічне лікування.

### Influence of complex pathologies of a uterus and ovariums on tactics of surgical treatment P.M. Prudnikov

Results of the spent researches testify to an urgency of a studied scientific problem – complex pathology of a uterus and ovariums. The developed algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions allows to raise efficiency of operative treatment, and at desire of patients and absence of contra-indications – to restore reproductive function.

**Key words:** complex pathology of a uterus and ovariums, surgical treatment.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробйова Л.І. Сучасні принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин матки і придатків / Л.І. Воробйова, Ю.С. Доценко, Г.В. Євтушенко // ПАГ. – 2006. – № 3. – С. 78–79.
2. Гайдарова А.Х. Сочетанные и симультанные операции в гинекологии / А.Х. Гайдарова, В.Д. Чупрынин // Новые технологии в гинекологии / Под ред. В.Н. Кулакова, Л.В. Адамян. – К.: Пантори, 2008. – С. 173–174.
3. Галлинин Ю.И. Лапароскопическая миомектомия и аднексектомия / Ю.И. Галлинер, А.Д. Тимошин. – Минск, 2009. – 61 с.
4. Диагностическая значимость определения онкомаркеров СА 125, СА 19–9, СЕА в гинекологии: Методические рекомендации / [Адамян Л.В., Фанченко Н.Д., Алексеева М.Л. и др.]. – Москва. – 2004. – 45 с.

## Прогнозирование гипоталамического синдрома

**И.О. Фортунa, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов**

Одесский национальный медицинский университет

Как показали результаты проведенных исследований, использование методики логистической регрессии необходимо применять для прогнозирования и ранней диагностики гипоталамического синдрома и его репродуктивных осложнений в любые возрастные периоды. Полученные результаты можно использовать в практическом здравоохранении при наличии современных информационных технологий.

**Ключевые слова:** гипоталамический синдром, прогнозирование.

В настоящее время среди причин репродуктивных нарушений существенное место занимают гипоталамические синдромы (ГС), которые развиваются преимущественно у лиц подросткового (гипоталамический синдром периода полового созревания – ГСПП) и репродуктивного возраста (нейрообменодокринный синдром) [4, 6, 7].

Увеличение частоты гипоталамического синдрома пубертатного периода отражает общие тенденции [1, 3], обуславливает увеличение нарушений процессов становления репродуктивной системы у девушек и нейроэндокринной формы гипоталамического синдрома у женщин с репродуктивным в репродуктивном возрасте.

Социальная значимость этой патологии определяется молодым возрастом больных и быстро прогрессирующим характером заболевания, которое проявляется многочисленными клиническими симптомами и выраженными метаболическими нарушениями [4,6].

Несмотря на значительное число научных исследований по данной теме, нельзя считать все вопросы полностью решенными. Особенно это касается влияния гипоталамического синдрома на состояние репродуктивной системы, изменений гормональных, метаболических и иммунологических показателей, а также установление корреляционных связей между ними и разработки методики прогнозирования гипоталамического синдрома и его репродуктивных нарушений у девушек и женщин.

**Целью** настоящего научного исследования было разработка методики прогнозирования гипоталамического синдрома и его репродуктивных осложнений на основе метода логической регрессии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 50 девушек и женщин с репродуктивными нарушениями гипоталамического синдрома (основная группа).

При этом основными моментами диагностики гипоталамического синдрома были: наличие нейроэндокринных нарушений (ожирение с индексом массы тела

более 26); трофические нарушения (стрии, фолликулит, гиперпигментация, гиперкератоз); нарушения водно-солевого обмена (отеки); нарушения углеводного обмена; лактозея; нарушения менструального цикла; предменструальный синдром; мотивационные расстройства (гиперфагия, гиперфагическая реакция на стресс, нарушения либидо); вегето-сосудистые и терморегуляторные нарушения (субфебрилитет с термоинверсией и термоасимметрией, гипертермические кризы); нарушения сна; неврологические и психоэмоциональные расстройства.

Контрольную группу составили 50 соматически здоровых девушек и женщин аналогичного возраста без репродуктивных нарушений.

Метод логической регрессии позволяет оценивать параметры уравнения регрессии, с помощью которого производится прогноз вероятности принадлежности конкретного объекта к тому или иному состоянию [5]. Состояние объекта описывается дискретным качественным признаком. В качестве признаков предикторов выступают номинальные, ранговые или же количественные признаки. Метод был использован для прогноза вероятности принадлежности девушек и женщин к группам больных гипоталамическим синдромом и здоровых, а также – к подгруппам с различными вариантами нарушений состояния репродуктивной системы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе была создана модель ГС в смешанной группе девушек и женщин, то есть за зависимости от возраста.

Выражение для вычисления показателя экспоненты для уравнения регрессии представлено ниже:

$$\beta = 14,01 - 2,7 \times V9 - 2,54 \times V10 - 0,59 \times V34 - 0,01 \times V48 + 16,09 \times \text{otn } 3$$

$$\text{Concordant} = 94,9\% \text{ Somers' } D = 0,898$$

$$R^2 = 0,5024 \text{ Max-rescaled } R^2 = 0,7099$$

где

14,01 – свободный член,

V9 – перинатальные факторы (0 – не были, 1 – были)

V10 – черепно-мозговые травмы (0 – не были, 1 – были)

V34 – индекс массы тела (кг/м<sup>2</sup>)

V48 – пролактин (мМЕ/мл)

Otn 3 – отношение «длительность половой жизни/возраст»

Значение « $\beta$ » вычисляется как сумма произведения коэффициентов на значение соответствующих признаков. Вероятность отнесения обследуемого к первой градации признака (в данном случае к группе здоровых) или «PRED 1» вычисляется по формуле:

PRED 1 = (EXP( $\beta$ ))/(1-EXP ( $\beta$ )), а вероятность ее отнесения ко второй градации (больные ГС)

$$\text{PRED } 2 = - \text{PRED } 1$$

Когда вероятность P1 больше 0,5, обследуемый относится к первой градации (в данном случае – к здоровым).

Для сопоставления между собой предикторов по силе их влияния на прогнозируемый признак (принадлежность к группе больных ГС или здоровых) используется стандартизированный коэффициент регрессии (Standardized Estimate) – чем



больше абсолютное значение этой статистики (параметра), тем сильнее он влияет на зависимый признак, в нашем случае – на вероятность принадлежности к группе больных или здоровых.

В представленной выше модели предикторы распределялись по значимости таким образом (по мере увеличения значимости с учетом стандартизованного коэффициента регрессии):

V34 (индекс массы тела)	1,543976
Otn3 (соотношение «длительность половой жизни/возраст»)	1,186755
V48 (концентрация пролактина)	0,809115
V9 (перинатальные факторы)	0,751598
V10 (черепно-мозговые травмы)	0,527523

Таким образом, в данной модели ГС наибольшую значимость имеет индекс массы тела, а наименьшую – информация о перенесенной черепно-мозговой травме.

**Пример 1.** Обследованная девушка 18 лет, V9=1, V10=0, V34=33, V48=123,6, otn3=0,15.

Вычисляем значение  $\beta=14,01-2,7 \times 1-2,54 \times 0-0,59 \times 33-0,01 \times 123,6+16,09 \times 0,15=-6,7508$

Вероятность отнесения обследуемого к первой градации признака (здоровые) вычисляется по формуле  $(EXP(\beta))/(1-EXP(\beta))$ . Значение экспоненты определяется с помощью статистического пакета программы Microsoft Excel. В данном случае вероятность отнесения обследуемого к первой градации признака PRED1=0,0012.

Соответственно, вероятность ее отнесения ко второй градации (больные ГС) PRED2=1- PRED1=0,9988. Поскольку вероятность PRED1 менее 0,5, а вероятность PRED2 больше 0,5, обследуемая относится ко второй градации (больные ГС).

**Пример 2.** Обследованная девушка 20 лет, V9=0, V10=0, V34=209, V48=192,7, otn3=0,05.

Вычисляем значение  $\beta=14,01-2,7 \times 1-2,54 \times 0-0,59 \times 20-0,01 \times 192,7+16,09 \times 0,05=1,777$

Вероятность отнесения обследованной к первой градации признака (здоровые) вычисляется по формуле  $(EXP(\beta))/(1-EXP(\beta))$ . Значение показателя для экспоненты определяется с помощью статистического пакета программы Microsoft Excel. В данном случае вероятность отнесения обследуемого к первой градации признака PRED1=0,8533.

Соответственно, вероятность ее отнесения ко второй градации (больные ГС) PRED2=1- PRED1=0,1447. Поскольку вероятность PRED1 более 0,5, а вероятность PRED2 менее 0,5, обследуемая относится к первой градации (здоровые).

*Прогнозирование возникновения ГС с репродуктивными нарушениями у женщин с помощью метода логистической регрессии.*

Для прогнозирования возникновения ГС у женщин, как и в младшей возрастной группе, как потенциальный предиктор использовались данные о характере течения беременности и родов у матери, перенесенных заболеваниях, менструальной и половой функции, также учитывался социальный статус. Но в группе женщин закономерно больше информации было получено о репродуктивном анамнезе, что

повлияло на состав предикторов, которые вошли в модель.

Для прогнозирования развития ГС с ПКЯ у женщин получены два уравнения регрессии с достаточно высоким процентом правильной переклассификации:

$$\beta=0,98-1,15 \times V30+1,03 \times V24-4,4 \times \text{otn}3+0,84 \times V13+0,68 \times V16$$

$$\text{Concordant}=68,3\% \text{ Somers'D}=0,369$$

$$R^2=0,2136 \text{ Max-rescaled } R^2=0,2406$$

где:

0,98 – свободный член,

V30 – гинекологическое заболевание (0 – не было, 1 – были)

V24 – количество родов

Otn3 – отношение «длительность половой жизни/возраст»

V13 – ожирение с детства (0 – не было, 1 – было)

V16 – детские инфекции (0 – не было, 1 – были)

$$\beta=2,63-0,27 \times V22+1,64 \times V12+1,06 \times V16$$

$$\text{Concordant}=62,2\% \text{ Somers'D}=0,335$$

$$R^2=0,3819 \text{ Max-rescaled } R^2=0,4227$$

где:

2,63 – свободный член

V22 – возраст menapaxe

V12 – заболевание ЛОР-органов (0 – не было, 1 – были)

V16 – детские инфекции (0 – не было, 1 – были).

Отсутствие в моделях некоторых признаков – предикторов (перинатальных факторов, ряда заболеваний, перенесенных в детстве) связано, на наш взгляд, с тем, что в отличие от девушек, у большинства женщин сложно получить точную информацию о раннем детстве из-за срока давности и отсутствия медицинских документов.

Вероятность принадлежности к группе риска развития ГС с ПКЯ у женщин репродуктивного возраста вычисляется по методике, описанной выше.

*Критерии диагностики ГС и его репродуктивных нарушений у женщин.*

Для создания диагностической модели ГС с репродуктивными нарушениями у женщин использовали два набора потенциальных предикторов. На первом этапе использовали данные о наличии клинических симптомов ГСПП, лабораторных (гормональные, биохимические, иммунологические) показателей и данных о пусковом моменте заболевания. А в дальнейшем в число потенциальных предикторов вводили данные анамнеза.

Полученное уравнение регрессии для ГС с ПКЯ представлено ниже.

$$\beta=14,5-2,8 \times \text{otn}11-27,34 \times \text{otn}12-1,8 \times \text{otn}15+6,68 \times V20+42,35 \times V29-1,29 \times V34+57,35 \times V41+16,72 \times V43-42,7 \times V44-22,18 \times V45-0,004 \times V48-1,3 \times V52+15,1 \times V53-1,66 \times V55-7,16 \times V62a$$

$$\text{Concordant}=86,0\% \text{ Somers'D}=0,853$$

$$R^2=0,8349 \text{ Max-rescaled } R^2=0,9296$$

де:

14,5 – свободный член

otn 11 – отношение МДА/ДК

- otn 12 – отношение МДА/ОАА  
 otn 15 – отношение ДК/токоферол  
 V20 – пусковой момент заболевания (1 – пубертат, 2 – начало половой жизни,  
 3 – роды, 4 – аборт, 5 – операция, 6 – заболевание, 7 – переезд)  
 V29 – (0 – не регул., 1 – регул., 2 – аменорея I, 3 – аменорея II)  
 V34 – индекс массы тела (кг/м<sup>2</sup>)  
 V41 – трофические нарушения (0 – нет, 1 – есть)  
 V43 - ВСД (0 – нет, 1 – есть)  
 V44 – нарушение терморегуляции (0 – нет, 1 – есть)  
 V45 – нарушение сна (0 – нет, 1 – есть)  
 V48 – пролактин (мМЕ/мл)  
 V52 – ОАА (усл.ед.)  
 V53 – МДА (ммоль/л)  
 V55 – токоферол (ммоль/л)  
 V62a – бесплодие (0 – нет, 1 – первичное, 2 – вторичное).

Таким образом, после включения анамнестических данных в число предсказуемых признаков, которые позволяют диагностировать ГС с ПКЯ у женщин не удалось увеличить процент правильной переклассификации и он составлял 83,7%.

На основании изложенного выше можно сделать вывод о том, что метод логистической регрессии на основании оценки факторов риска позволяет прогнозировать развитие ГС у девушек до 72% и у женщин – до 68,3%. Уровень диагностики ГС при использовании уравнений логистической регрессии составляет у девушек 84,0%, у женщин – 86,0%.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, уравнение логистической регрессии для прогноза отнесения обследованных к группам здоровых или больных ГС с репродуктивными нарушениями, а также – для отнесения обследованных к группам риска развития данной патологии могут быть использованы для доклинического прогнозирования развития ГС в разных возрастных группах и диагностики заболевания, которое уже есть.

### Прогнозування гіпоталамічного синдрому

**І.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов**

Як показали результати проведених досліджень, використання методики логістичної регресії необхідно застосовувати для прогнозування і ранньої діагностики гіпоталамічного синдрому та його репродуктивних ускладнень в будь-які вікові періоди. Отримані результати можливо використовувати в практичній охороні здоров'я за наявності сучасних інформаційних технологій.

**Ключові слова:** гіпоталамічний синдром, прогнозування.

### Forecasting of hypotalamical syndrome

**I.O. Fortuna, L.V. Mnih, K.V. Hodorchuk, S.V. Dereshov**

As have shown results of the lead researches, use of a technique of logistical regress is necessary for applying to forecasting and early diagnostics hypotalamical syndrome and its repro-

ductive complications in anyone age the periods. The received results are possible for using in practical public health services at presence of modern information technologies.

**Key words:** *hypotalamical a syndrome, forecasting.*

## ЛИТЕРАТУРА

- Андрусенко А.Б. Эндокринные заболевания и синдромы. Классификация. – М.-Запорожье. – 2008. – 87 с.
- Гельман В.Я. Медицинская информатика: практикум. – СПб.: Питер. – 2011. – 189 с.
- Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. – СПб. – 2009. – 252 с.
- Коклина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. – М.: Информатик. – 2007. – 105 с.
- Минцер А.П. Новые информационные технологии в медицине // Журнал практического врача. – 2009. – № 2. – С. 33–35.
- Потемкин В.В. Гипоталамический синдром пубертатного периода // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 51–53.
- Щербинская Е.С. Коррекция нарушений менструального цикла у пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода// Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 2. – С. 80–89.

## Особенности клинической характеристики пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне тиреоидной дисфункции

**Е.В. Степанова**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о недостаточной эффективности предварительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, что подтверждает актуальность поставленного научного задания. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования существующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, тиреоидная дисфункция.

Среди основной патологии репродуктивной системы в перименопаузальном периоде значительное место занимают гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) [1, 2]. Основными причинами развития разных вариантов ГПЭ является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, значительная частота воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и др. [3, 4].

В настоящее время тиреоидная дисфункция и особенно гипотиреоз является патологией, которая достаточно часто встречается среди женщин репродуктивного возраста, а в структуре заболеваемости патология щитовидной железы занимает одно из первых мест [5]. Среди широкого спектра причин такой неблагоприятной ситуации выделяют начальные дисгормональные нарушения, которые могут начинаться с пубертатного периода, отягощенный репродуктивный анамнез, медико-социальные причины и др.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам ГПЭ и гипотиреоза отдельно, научные исследования, касающиеся взаимосвязи этих двух патологий, практически, отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении единичные публикации носят фрагментарный характер. Все изложенное выше свидетельствует об актуальности научного задания, которое поднимается.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение особенностей клинической характеристики пациенток с сочетанием ГПЭ и тиреоидной дисфункцией.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач нами были обследованы 243 женщины детородного возраста. Из них характер хода ГПЭ был изучен у 182 женщин. Все обследованные были распределены на три 3 группы:

1-я группа – 61 женщина детородного возраста с регулярным двухфазным менструальным циклом, не принимавших в течение 6 мес гормональные препараты, с изменением структуры и объема щитовидной железы (ЩЖ) в состоянии эутиреоза;

2-я группа – 96 женщин с гипотиреозом I ГПЭ, разделенных на две подгруппы, с субклиническими и «манифестными» проявлениями гипотиреоза:

2.1 подгруппа – 55 женщин репродуктивного возраста с клиникой ГПЭ и изменениями объема и структуры ЩЖ, характерными для состояния субклинического гипотиреоза;

2.2 подгруппа – 41 женщина детородного возраста, с клиникой ГПЭ, имеющие изменение объема и структуры ЩЖ с «манифестным» гипотиреозом.

3-я группа – 86 женщин с ГПЭ без сопутствующей патологии ЩЖ.

В данном исследовании нами поведено изучение характера экстрагенитальной и генитальной патологии у женщин из ГПЭ репродуктивного периода.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин из ГПЭ в группе с тиреоидной дисфункцией в состоянии эутиреоза составил  $32,5 \pm 1,1$  года, больных с гипотиреозом –  $33,3 \pm 2,0$  года. В 3 группе женщин средний возраст составил  $34,0 \pm 0,6$  года.

Анализ профессиональной и социальной принадлежности женщин с ГПЭ показал, что наибольшее количество пациенток принадлежит к служащим (34,6%), имеет профессии связанные с высокой психоэмоциональной нагрузкой.

У наибольшего количества женщин основной группы обнаружена отягощенная наследственность по патологии ЩЖ (80,2%), а у 65,3% родственников в анамнезе имел место гипотиреоз. Кроме того обращает на себя внимание высокий процент отягощенной наследственности по гинекологическим заболеваниям, как в 1 (66,7%), так и в 2 группе (67,2%).

Несмотря на молодой возраст у всех женщин из ГПЭ отмечалась экстрагенитальная патология, ведущее место принадлежало заболеванием сердечно-сосудистой системы (ССС) – 126 (51,9%), пищеварительного тракта (ПТ) – 121 (49,7%) и железодефицитным анемиям (ЖДА) – 125 (51,4%). Патология сердечно-сосудистой системы оказывалась одинаково часто как у женщин с эутиреоидной гиперплазией ЩЖ, так и у больных гипотиреозом – 36 (59,0%), 59 (61,4%). У пациенток с гипотиреозом 2.2 подгруппы – «манифестной» – сердечно-сосудистая патология обнаружена в 28 (68,3%) случаях, в подгруппе с субклиническим гипотиреозом у 26 (47,3%) больных ( $p < 0,05$ ). Нарушение специфического действия тиреоидных гормонов, вероятно, объясняет высокий процент заболеваний ПТ и ЖДА у больных с гипотиреозом 70 (72,9%) и 47 (48,9%). У женщин 3-й группы заболевания ПТ и ЖДА отмечены в 29 (33,7%) и 16 (18,6%) случаях ( $p < 0,05$ ).

Риск развития пролиферативных процессов эндометрия значительно растет на фоне ожирения и сахарного диабета (СД), при которых наблюдаются метаболические нарушения.

Увеличение массы тела отмечено у 68 (27,9%) женщин с ГПЭ, патология ЩЖ обнаружена у 48 (70,6%). У больных с эутиреоидной гиперплазией ЩЖ в 23 (37,7%) случаях, у женщин с гипотиреозом у 42 (43,8%) больных. В 3-й группе увеличения массы тела отмечено у 10 (11,6%) женщин, достоверно меньше, чем в основной группе ( $p<0,05$ ).

У наибольшего количества обследованных женщин – 146 (60,1%) обнаружена 0 степень ожирения, у 49 (20,2%) – 1 степень, у 19 (7,8%) – 2 степень, у 9 (3,7%) – 3 степень, у 5 (2,1%) – 4 степень ожирения, при этом у этих 3 из 5 женщин обнаруженный гипотиреоз.

Кроме патологии ЩЖ, у женщин с ГПЭ встречались и другие эндокринные заболевания: СД отмечен у 5 (2,1%) больных, гипоталамический синдром нейроэндокринная форма у 6 (2,5%) женщин, заболевание надпочечников у 3 (1,2%) больных.

Распространенность обнаруженной соматической патологии на 100 обследованных женщин во 2 группе составила  $89,3\pm 1,6$ , а в 3 группе –  $60,9\pm 3,75$  ( $p<0,001$ ). В структуре соматической патологии обнаружено, что первое место в 2 и 3 группах занимают болезни эндокринной системы – 42,7% и 35,9%. Если в основной группе преобладает патология ЩЖ – 19,0%, то в 3 – ожирение (18,4%). На втором месте во 2 группе – болезни пищеварительной системы – 27,7%, среди них лидирует холецистит – 11,5%, а у женщин 3 группы вегето-сосудистая дистония (12,7%).

Во 2 группе болезни системы кровообращения занимают третье место – 32 (25,2%), и среди них также наиболее значимая вегето-сосудистая дистония – 24 (18,9%). У женщин 3 группы третье место приходится на болезни пищеварительной системы – 10 (15,6%), и только 6 (9,3%) из них наблюдается холецистит.

Большая частота экстрагенитальной патологии у женщин 2 группы, по сравнению с 3 группой, обусловлена достоверно большей частотой болезней эндокринной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем. Так, частота заболеваний эндокринной системы у женщин 2 группы составила  $38,2\pm 2,4$  против  $21,9\pm 3,2$  в 3 группе ( $p<0,001$ ). Среди них достоверно чаще встречалась патология ЩЖ ( $17,0\pm 1,9$  и  $7,1\pm 1,9$  соответственно;  $p<0,001$ ). Более высокая частота во 2 группе, по сравнению с 3 группой, наблюдалась и при оценке болезней системы пищеварения:  $24,7\pm 2,2$  и  $10,7\pm 2,4$  ( $p<0,001$ ), среди них достоверно чаще по сравнению с 3 группой отмечался холецистит –  $10,2\pm 1,5$  в 2 группе и  $5,3\pm 1,7$  в 3 группе ( $p<0,05$ ). Болезни системы кровообращения также достоверно чаще отмечались в 2 группе:  $22,2\pm 2,1$  против  $13,6\pm 2,6$  ( $p<0,01$ ). Отличия были получены и при оценке частоты вегето-сосудистой дистонии:  $18,7\pm 1,9$  против  $9,5\pm 2,3$  соответственно ( $p<0,01$ ).

Проведено исследование основных интегральных биохимических параметров (углеводного, белкового, пигментного, липидного обмена и ферментов крови) у женщин 2 и 3 групп.

Анализ полученных результатов показал, что биохимические параметры хотя и не выходили за пределы нормативных показателей, но имели достоверные отличия в 2 и 3 группах.

Так, достоверные отличия были получены при исследовании пигментного обмена. Во 2 группе уровень общего билирубина ( $10,71\pm 1,06$ ) был достоверно выше, чем в 3 группе ( $6,42\pm 0,67$ ) ( $p<0,001$ ), что не противоречит данным о более высокой частоте холециститов.

Биохимические показатели, которые характеризуют белковый обмен, также имели достоверные отличия с 3 группой. Общий белок ( $78,00\pm 0,80$  против  $83,27\pm 1,25$ ;  $p<0,05$ ) и альбумин ( $47,00\pm 1,41$  против  $57,55\pm 1,05$ ;  $p<0,05$ ) у женщин 2 группы были достоверно ниже, а мочевины ( $4,32\pm 0,22$  против  $3,57\pm 0,39$  ( $p<0,05$ )) – значительно выше, чем в 3 группе, однако при этом концентрация ее в крови находилась в пределах физиологической нормы. Отмечено также достоверное повышение уровня АСТ –  $21,53\pm 2,49$  против  $15,38\pm 1,05$  ( $p<0,05$ ).

Повышение уровня АСТ может говорить о реакции дезаминирования, следствием которой является увеличение количества мочевины. Выше приведенные данные могут свидетельствовать о катаболизме белка, который происходит в организме, который подтверждается результатами биохимического исследования, а именно снижением количества общего белка и альбумина. Учитывая, что их синтез происходит в печени, можно сделать вывод об усилении катаболизма в гепатоците, что побочно свидетельствует о поражении печеночных клеток.

Нарушение функции гепатоцитов приводит к притеснению в них процессов биотрансформации (инактивации), способствуя циркуляции в крови токсичных веществ, которые могут появиться факторами, которые вызывают неопластические процессы.

Нами изученные особенности гинекологической заболеваемости у пациенток из ГПЭ без и в сочетании с патологией ЩЖ. При этом особое внимание уделялось наличию ювенильных маточных кровотечений (ЮМК) и дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК).

Согласно полученным результатам, с наибольшей частотой ЮМК и ДМК отмечены у женщин с гипотиреозом – 13 (13,5%) и 71 (73,9%). У женщин с ДВЩЗ в состоянии эутиреоза ЮМК наблюдались у 2 (3,8%) женщин, ДМК – в 31 (50,8%). В 3 группе ДМК обнаружены в 37 (43,0%) случаях. При специальном гинекологическом обзоре у женщин с ГПЭ учитывались воспалительные заболевания гениталий, новообразования, пороки развития, то есть изменения в половых органах, определяемые пальпаторно и визуально.

Среди гинекологических заболеваний часто оказывалась лейомиома матки, которая в подгруппе 2.1 отмечена у 28 (50,9%) больных, в подгруппе 2.2 – в 31 (75,6%), в 1 группе – в 12 (19,7%) и в 3 группе – в 12 (13,9%) ( $p>0,05$ ).

Также обращает на себя внимание достаточно высокий процент воспалительных процессов женских половых органов: в подгруппе 2.1 хронические воспалительные процессы матки и придатков обнаружены в 27 (49,1%), в 2.2 – в 25 (60,9%), в 1 группе – 8 (13,1%) и 27 (31,4%) в 3 группе женщин ( $p<0,05$ ).

Особенное внимание следует обратить на частоту выявления генитального инфантилизма, так в подгруппе 2.1 данная патология обнаружена в 3 (5,5%), в 2.2 – в 3 (7,3%), в 3 группе – у 1 (1,2%) ( $p<0,05$ ) женщины.

Сравнительный анализ гинекологических заболеваний показал, что у женщин 2 группы по всем нозологическим единицам частота заболеваний превышала частоту заболеваний в контрольной группе и у пациенток с эутиреозом. Особенно существенная разница отмечалась в количестве случаев лейомиомы матки и генитального инфантилизма.

Изучения возраста наступления первой менструации у женщин с патологией щитовидной железы не обнаружил особенных отличий со сроками начала менструации у женщин 2 группы. Да, средний возраст менархе в 1 группе составил  $13,3 \pm 2,5$  года, в подгруппе 2.1 –  $13 \pm 1,2$  года, в 2.2 –  $12 \pm 0,9$  года, в 3 группе –  $14 \pm 2,1$  года ( $p > 0,05$ ).

Следует обратить внимание на характер становления менструальной функции. Нарушение становления менструальной функции наблюдалось у 4 (13,3%) пациенток 1 группы, 16 (47,0%) – подгруппы 2.1, у 10 (24,3%) – 2.2 подгруппы. Во 2 группе, в целом, нарушения становления менструальной функции обнаружены в 44 (51,6%) случаях, что достоверно больше, чем у женщин 3 группы ( $p < 0,05$ ). Также следует отметить, что у каждой пятой женщины (23,1%) 2 группы менструальный цикл не установился к моменту обследования. У 26 (30,2%) из них при обследовании обнаружен гипотиреоз.

По характеру нарушения менструального цикла, в среднем, у каждой второй женщины с ГПЭ и патологией ЩЖ оказывались маточные кровотечения после задержки менструации в 16 (51,6%) случаев, обусловленные, по-видимому, нарушением циклических выбросов ТТГ.

В 1 группе маточные кровотечения отмечались преимущественно по типу гиперменореи и полименореи в 26,7%, что вероятно, обусловлено сопутствующей органической патологией гениталий и функциональными расстройствами гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы (лейомиомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями половых органов). В подгруппе 2.2 подобное нарушение менструальной функции отмечено у 46,3% больных, в 2.1 – у 85,3% женщин, в 3 группе – у 61,6% больных.

Длительность нарушения менструальной функции колебалась от однократно возникшего маточного кровотечения к периодически возникающим маточным кровотечениям в течение 5 лет и более. Средняя длительность нарушения менструальной функции в подгруппе 2.1 составила  $3,5 \pm 1,5$  года, в подгруппе 2.2 –  $3,9 \pm 3,5$  года, в 3 группе –  $3,8 \pm 3,0$  года, а в 1 группе –  $1,5 \pm 1,4$  года ( $p < 0,05$ ).

Лечебно-диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия по поводу маточного кровотечения в анамнезе проведено у 32 (37,2%) женщин 2 группы, причем 36,0% в подгруппе 2.1 и в 21,9% – в подгруппе 2.2. В 3 группе эта манипуляция была выполнена у каждой пятой пациентки (20,0%).

Анализ гистологических результатов, которые есть у пациенток, обнаружил наличие полипоза эндометрия (ПЭ) у женщин 2 группы – в 40,7%, что немногим больше, чем в 3 группе – 27,9%. Кроме того, в этой же группе в соскобе из полости матки были диагностированы железистая гиперплазия эндометрия (ЖПЭ – 30,3%), железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (ЖКПЭ – 23,2%) и гиперплазия атипичная эндометрия (АГЭ) обнаружена у 5,8% больных.

Следовательно, анализ результатов гистологического исследования анамнеза обнаружил преобладание ПЭ и ЖПЭ, что, возможно, появилось следствием острой гиперэстрогемии в результате дисфункции гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы, которая возникла на фоне тиреоидной патологии. В последующем при отсутствии компенсации нарушенной функции щитовидной железы (отсут-

ствию патогенетически обоснованного лечения ГПЭ), которая перешла в хроническую гиперэстрогемию.

Рецидивирующие маточные кровотечения в анамнезе наблюдались у 44,2% женщин 2 группы, причем нарушение функции щитовидной железы обнаружено у 53,5% – обнаружен гипотиреоз, ДВЩЗ без нарушения ее функции – у 19,8% больных. В 3 группе рецидивирующие маточные кровотечения в анамнезе отмечены у 30,0% пациенток ( $p > 0,05$ ). У 38,3% женщин 2 группы отмечены два и более диагностических выскабливания в анамнезе по поводу рецидива маточного кровотечения, в сравнении с 30,5% женщинами 3 группы ( $p > 0,05$ ).

Лечения по поводу ДМК в анамнезе получали 39 (45,9%) женщин основной группы и 10 (33,3%) женщин группы сравнения. Из них симптоматическая терапия проводилась у 53 (61,6%) женщин, эстроген-гестагенные препараты в контрацептивном режиме назначались 41,9% женщинам, «чистые» гестагены – 33 (38,3%) женщинам, андрогены – 1 (1,1%).

Временный позитивный лечебный эффект, который оказывается нормализацией секреторных изменений в эндометрии, отмечен у 73,7% женщин 2 группы и у всех женщин 3 группы. Неполный лечебный эффект терапии ГПЭ у женщин 2 группы, вероятно, можно объяснить недостаточным изучением патогенетических механизмов, лежащих в основе развития ГПЭ у женщин на фоне патологии щитовидной железы.

Известно, что нарушение функции щитовидной железы нередко сопровождается нарушением репродуктивной функции.

Ретроспективный анализ репродуктивной функции у женщин с ГПЭ показал, что среднее количество беременностей и срочных родов не различались во всех группах, но среднее количество преждевременных родов на 1 пациентку в группе больных с патологией щитовидной железы в 2–3 раза превышало среднее количество преждевременных родов в контрольной группе и составило: в подгруппе 2.1 –  $0,05 \pm 0,01$ , в подгруппе 2.2 –  $0,04 \pm 0,01$ , в 1 группе –  $0,06 \pm 0,05$ . В 3 группе среднее количество преждевременных родов на 1 женщину составило  $0,02 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ).

Частота медицинских абортотворов во всех группах и подгруппах обследованных существенно не отличалась и составило: в подгруппе 2.1 –  $1,94 \pm 0,07$ , в подгруппе 2.2 –  $2,21 \pm 0,08$ . В 1 группе среднее количество медицинских абортотворов на одну женщину составило  $1,89 \pm 0,1$  и в 3 группе –  $1,91 \pm 0,22$  ( $p > 0,05$ ).

Известно, что хронические воспалительные процессы эндометрия являются причиной ГПЭ у женщин разного возраста. Обращалось внимание на характер течения медицинского абортотвора и послеродового периода. Количество эндометритов в подгруппе 2.1 составило  $0,3 \pm 0,03$ , в подгруппе 2.2 –  $0,3 \pm 0,03$ , в 3 группе –  $0,28 \pm 0,1$  и в 1 группе –  $0,2 \pm 0,04$  ( $p > 0,05$ ).

Частота осложненных медицинских абортотворов на одну женщину в подгруппе 2.1 составила  $0,13 \pm 0,03$ , в подгруппе 2.2 –  $0,17 \pm 0,03$ , в 3 группе –  $0,11 \pm 0,07$ . По сравнению с этим в 1 группе осложненные медицинские абортотворы отмечались в 3 раза чаще, чем в основной группе женщин и составили  $0,3 \pm 0,04$  ( $< 0,05$ ).

Дисфункция яичников у женщин с патологией щитовидной железы, наличие хронических воспалительных заболеваний, нередко является причиной возникновения внематочной беременности и бесплодия, особенно первичного. Частота вне-

маточной беременности в 2 группе составила 5,8%, что в два раза чаще, чем у женщин 1 группы – 9 (3,3%). У больных из ДВЩЗ в состоянии эутиреоза частота возникновения внематочной беременности на одну женщину составила  $0,04 \pm 0,01$ , с гипотиреозом –  $0,05 \pm 0,009$ . В 3 группе частота внематочной беременности составила  $0,02 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ).

Бесплодием страдали 24,4% женщин 2 группы. У каждой второй из них обнаруженный гипотиреоз – 11,6% и в 11,6% – ДВЩЗ в состоянии эутиреоза.

В 3 группе бесплодие отмечено в 6,7% случаях ( $p < 0,05$ ). Во всех группах и подгруппах преобладало первичное бесплодие, так у женщин из ДВЩЗ оно обнаружено в 9,7% женщин, с гипотиреозом в 5,8% больных. В 3 группе первичное бесплодие наблюдалось лишь в 3,3% больных.

Исследование щитовидной железы проводилось совместно с эндокринологом. Величина зоба определялась по классификации ВОЗ (2010). Функциональное состояние щитовидной железы устанавливалась по уровню ТТГ, тиреоидных гормонов, доплерографии сосудов щитовидной железы.

Согласно полученным результатам патология ЩЖ в анамнезе имела место у 44,2% женщин всех групп. IA степень увеличения щитовидной железы в анамнезе обнаружена в 16,1% больных, IB – в 18,0%, II – в 52,8% и III степень – в 11,8% женщин. Гипотиреоз в анамнезе наблюдался у 23,0% больных.

Лечения по поводу нарушения функции ЩЗ к настоящему обследованию получали 40,9% женщин. Из них препараты йода принимали 4,9% женщин, препараты тиреоидных гормонов 69,7% больных, тиреостатические препараты 22,0% женщин, оперативное лечение проведено 10,5% больным, причем регулярно получали лечение 47,6% больных. Позитивный терапевтический эффект, который оказывается в улучшении самочувствия, нормализации лабораторных показателей отмеченный лишь в 32,6% женщин, что вероятно, можно объяснить нерегулярным лечением.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о недостаточной эффективности предварительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, что подтверждает актуальность поставленного научно-исследовательского задания. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования существующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Особливості клінічної характеристики пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі тиреоїдної дисфункції Е.В. Степанова

Результати проведених досліджень свідчать про недостатню ефективність попередніх діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, що підтверджує актуальність поставленого наукового завдання. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, тиреоїдна дисфункція.

### Features of the clinical characteristic of patients with hyperplastic processes of endometrium against thyroidal dysfunctions E.V. Stepanova

Results of the spent researches testify to insufficient efficiency of preliminary diagnostic and treatment-and-prophylactic actions, that confirms an urgency of the put scientific problem. The received results testifies to necessity of improvement of existing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, thyroidal dysfunction.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Горин В.С. Роль патологии щитовидной железы в развитии гиперпластических процессов в эндометрии: Обзор / В.С. Горин, С.Н. Болдырева, Г.Я. Голиков [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2007. – № 4. – С. 24–27.
2. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2009. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
3. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2005. – 427 с.
4. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодняк, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.
5. Рожковська І.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / І.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 49–50.

## Диагностика спаечного процесса у женщин с отягощенным оперативным анамнезом

**А.Н. Сулима**

Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского

Проанализирована диагностическая ценность ультразвукового исследования в оценке тазовых перитонеальных спаек у пациенток репродуктивного возраста, перенесших различные оперативные вмешательства в анамнезе. Проведен анализ результатов ультразвукового исследования 90 пациенток, которые находились на оперативном лечении в отделении гинекологии городского клинического родильного дома № 1 г. Симферополя и перенесли ранее операции на органах брюшной полости и малого таза. Эхографическое исследование состояло из двух этапов: трансабдоминального и трансвагинального, которые проводились по определенной схеме. Прицельно оценивалась область кожных послеоперационных рубцов, проекция на переднюю брюшную стенку разреза париетальной брюшины при предыдущих операциях и параумбиликальной области. Использовалось несколько специальных проб: тракционная и компрессионная пробы.

Наиболее информативными с целью диагностики спаечного процесса являются следующие эхографические признаки: локальное утолщение париетальной брюшины с усилением эхосигнала, наличие жидкостных образований в малом тазу, не связанных с яичником, положительная тракционная и компрессионная пробы. УЗИ является информативным методом диагностики спаечного процесса в брюшной полости и малом тазе и определения места введения иглы Вереша и первого троакара во время лапароскопических операций.

**Ключевые слова:** перитонеальные тазовые спайки, ультразвуковое исследование, оперативные вмешательства.

Спаечный процесс в брюшной полости и малом тазе, сформировавшийся после операций, является потенциальным фактором риска во время проведения повторных оперативных вмешательств [1, 2]. В последнее время появились работы с использованием эхографии в диагностике тазовых перитонеальных спаек [3–6]. Однако на данном этапе эхографическая диагностика спаечного процесса представляет определенные трудности, при отсутствии четких ультразвуковых критериев и определенной схемы ультразвукового исследования. В связи с чем мы считали целесообразным оценить значимость ультразвукового исследования (УЗИ) в оценке спаечного процесса в брюшной полости и малом тазе у пациенток, которые ранее перенесли оперативные вмешательства.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов УЗИ 90 пациенток, которые поступили для эндоскопического оперативного лечения в отделение гинекологии городского клинического роддома № 1 м. Симферополя и перенесли ранее операции на органах брюшной полости и малого таза. Возраст пациенток – от 18 до 42 лет. Одно хирургическое вмешательство было у 72 пациенток, по 2 операции в анамнезе – у 18 пациенток. Показаниями для ранее проведенных оперативных вмешательств были: миома матки – 19, эктопическая беременность – 30, патология беременности – 9, доброкачественные образования и кисты яичников – 28, апоплексия яичников – 12, неосложненный аппендицит – 8, неосложненный холецистит – 2. Операции были выполнены по различным доступам: чревосечение по Пфанненштилю (24), чревосечение по Волковичу-Дьяконову (8), чревосечение по Кохеру (2), лапароскопия (56).

Показаниями для проведения лапароскопии при этом поступлении были: миома матки (17), доброкачественные образования и кисты яичников (29), трубно-перитонеальный фактор бесплодия (44).

УЗИ выполнялось на аппарате «Sonix SP» (Канада) конвексным, линейным трансабдоминальным и влагалищным мультисекторными датчиками (3,5–7,5 МГц).

Эхографическое исследование состояло из двух этапов: трансабдоминального и трансвагинального, которые проводились по определенной схеме. На первом этапе осуществлялось УЗИ органов брюшной полости с целью определения возможной патологии паренхиматозных органов, потом проводилось выявление висцеро-париетальных срастаний. Прицельно оценивалась область кожных послеоперационных рубцов, проекция на переднюю брюшную стенку разреза париетальной брюшины во время предыдущих операций и параумбиликальной области. При наличии признаков спаечного процесса в параумбиликальной области проводилось определение безопасного места введения иглы Вереша и первого троакара.

Использовались несколько специальных проб: тракционная – быстрое поочередное увеличение и снижение силы давления датчика на переднюю брюшную стенку (или влагалище – во время трансвагинального исследования), проба с форсированным дыханием – серия глубокого дыхания при участии передней брюшной стенки, компрессионная проба – нажатие датчиком (во время трансабдоминального сканирования) или рукой (во время трансвагинального) на переднюю брюшную стенку пациентки [4, 5].

Вторым этапом ультразвукового исследования была трансвагинальная эхография, во время которой определялось наличие патологических изменений органов малого таза, оценивалось наличие спаечного процесса. Также использовали тракционную и компрессионную пробы с целью оценивания степени подвижности органов между собой и относительно стенок малого таза.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее информативными с целью диагностики спаечного процесса в брюшной полости были следующие эхографические признаки: локальное утолщение париетальной брюшины с усилением эхо-сигнала, наличие образований с жидкостью в малом тазе, не связанных с яичником, позитивная тракционная и компрессион-

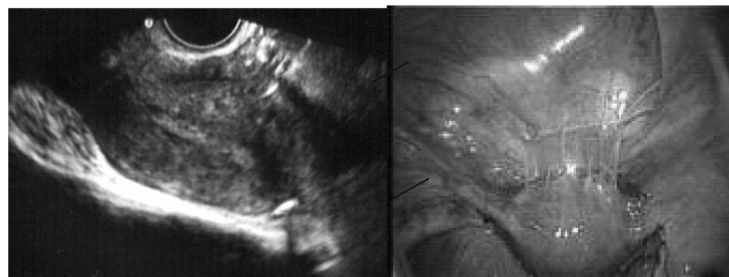
ная пробы. Одним из признаков спаечного процесса является утолщение париетальной брюшины и усиление эхо-сигнала от брюшины в местах локализации спаек. Этот эхографический признак оказывался в различных местах париетальной брюшины и был подтвержден во время оперативной лапароскопии у 43 из 90 пациенток. В 24 наблюдениях данный эхографический признак во время лапароскопии не подтвердился (ложноположительный результат). В 23 наблюдениях во время лапароскопии были висцеро-париетальные сращения между брюшиной и петлями тонкой кишки, брюшиной и большим сальником, которые во время эхографии обнаружено не было (ошибочно негативные результаты). Вторым часто зарегистрированным эхографическим признаком было отсутствие или ограничение взаимного смещения париетальной и висцеральной брюшины – позитивная тракционная и компрессионная пробы. Этот признак был обнаружен во время УЗИ и подтвержден во время эндоскопии у 38 из 90 пациенток, при этом в одном исследовании она могла отмечаться неоднократно (от 1 до 3 раз). Негативная тракционная проба не исключает наличие дистанционных спаек, в таких случаях с целью диагностики необходимо использовать пробу с форсированным дыханием. Дистанционные спайки можно заподозрить в случае появления позитивного симптома «возвращения». Симптом «возвращения» регистрировался во время УЗИ у 30 из 90 больных, причем данный эхографический признак мог оказываться у одной больной в нескольких исследуемых зонах передней брюшной стенки. В 24 случаях по данным УЗИ не было обнаружено дистанционных сращений, гипердиагностика наблюдалась в 14 случаях.

С целью выявления эхографических признаков спаечного процесса в малом тазу большое значение имеет информация о доступах и объемах оперативных вмешательств в анамнезе. Как правило, рубцовые изменения после кесарева сечения оказывались в нижней трети передней стенки матки в виде утолщения серозного покрова с усилением эхо-сигнала у 5 из 9, деформации контура матки, чаще втянутого характера – у 4 из 9, утолщение париетальной брюшины в участке маточно-пузырного углубления – у 3 из 9. Точность диагностики повышалась при наполненном мочевом пузыре, за спаечный процесс свидетельствовали дефекты наполнения и асимметрия мочевого пузыря у 3 из 9, появление дивертикулов и инвагинации – у 2 из 9. После консервативной миомэктомии в месте энуклеации миоматозных узлов обнаруживали сращение в виде септ между серозной сенью матки и связанными петлями кишечника у 15 из 19, локальное утолщение внешнего контура матки – у 11 из 19, позитивную тракционную пробу – у 15 из 19. После операций на яичниках (резекция, цистэктомия) как правило определяли изменение контура органа непрерывного или прерывистого характера, в виде линейного или штрихового усиления эхо-сигнала у 20 из 28, изменение положения яичника – у 22 из 28, а также септы между яичником и различными органами малого таза, кишкой – у 15 из 28 (рис. 1 а, б).

Частым эхографическим признаком спаечного процесса в малом тазу было утолщение внешнего контура органа различной протяженности с усилением эхо-сигнала, который был зарегистрирован у 63 из 90 пациенток и отмечался в нескольких исследуемых зонах малого таза (рис. 2 а, б). Во время лапароскопии, как правило, данный эхографический признак отвечал плотным межорганным сращениям.



а б  
Рис. 1, а, б. Ультразвуковой признак спаечного процесса – изменение контура яичника в виде штрихового усиления эхо-сигнала от брюшины в местах локализации спаек после его резекции. Лапароскопическое подтверждение этого признака



а б  
Рис. 2, а, б. Ультразвуковой признак спаечного процесса – утолщение париетальной брюшины и усиление эхо-сигнала от брюшины в местах локализации спаек (после кесарева сечения). Лапароскопическое подтверждение этого признака

Вторым частым признаком спаечного процесса в малом тазу было изменение топографии органов. Изменение расположения яичника относительно других органов малого таза было подтверждено во время лапароскопии у 46 из 90 пациенток. У 5 из них наблюдалось плотное прилегание яичника к боковой стенке таза, у 41 – к матке. У 17 пациенток во время лапароскопии этот эхографический признак не подтвердился. Отклонение тела матки от срединной линии малого таза обнаружено у 19 пациенток. Из них у 5 во время лапароскопии спаечного процесса как причины изменения положения матки обнаружено не было. Гиперэхогенные линейные образования между различными структурами малого таза, что оказываются во время различных сканирований, свидетельствовали о дистанционных спайках и чаще всего встречались между маткой и яичником или образованием яичника, а



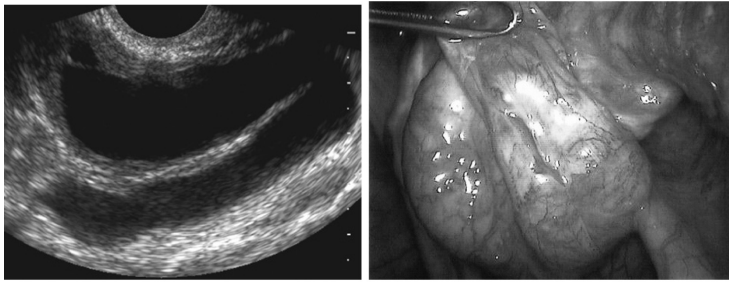


Рис. 3, а, б. Ультразвукова і лапароскопічна картина гидросальпинкса

также во внематочном пространстве между прямой кишкой и маткой, придатками, петлями тонкой и толстой кишки. Толщина линейных структур варьировала от 1 до 5 мм, в ряде случаев отмечалась их неравномерная толщина. Дистанционные спайки имели разную форму: линейную, раздвоенную, в виде веера, мелких штриховых включений и т. и.

Гидросальпинкс был обнаружен у 27 пациенток и, как правило, свидетельствовал о выраженном спаечный процессе. Во время УЗИ гидросальпинксы определялись в виде гипо- или анэхогенных ограниченных внеорганных образований различных размеров, овальной или вытянутой формы с неполными перепонками в просвете расширенной маточной трубы или пристеночных полипообразных включений (синонимы: «бисер на нитке», «четки»), которые выступали в просвет трубы (рис. 3 а, б).

Специфичность наличия жидкостных образований в малом тазе как признаки спаечного процесса с большой достоверностью позволяет допустить спаечный процесс умеренной и тяжелой форм распространения. Именно поэтому выявление жидкостных образований (гидросальпинкс) можно расценивать как «абсолютные» диагностические критерии наличия спаечного процесса.

### ВЫВОДЫ

1. Анализ представленных данных показал, что УЗИ является информативным методом диагностики спаечного процесса в брюшной полости и малом тазе и определения места введения первого троакара во время лапароскопических операций.

2. Во время УЗИ у пациенток с подозрением на спаечный процесс необходимо придерживаться методичности и этапности исследования, что позволяет уточнить локализацию тазовых перитонеальных спаек в той или другой области брюшной полости и малого таза. Во время трансабдоминального сканирования особое внимание необходимо уделять исследованию области типичных точек введения во время лапароскопии иглы Вереща и первого троакара. Во время трансвагинального исследования необходимо оценивать расположение органа, характер внешнего контура анатомических структур (органов малого таза, патологических образований), оценивать наличие дистанционных спаек, образований с жидкостью, несвязанных с яичником, проводить тракционную и компрессионную пробы.

3. Диагностическая ценность УЗИ повышается в случае сочетания нескольких эхографических признаков: изменения положения, утолщения контура органа, усиления эхо-сигнала в местах срастаний, наличия образования с жидкостью, несвязанного с яичником и позитивных результатах тракционной и мануальной проб. Изолированное изменение положения матки или яичника может быть вариантом нормы. Важно помнить, что ошибочно негативными могут быть тракционная и компрессионная пробы в случае дистанционных спаек.

4. Эхографическое исследование позволило расширить показание к использованию лапароскопического доступа у больных с неоднократными оперативными вмешательствами в анамнезе, избежать повреждения внутренних органов брюшной полости во время введения иглы Вереща, первого троакара и следующих манипуляций.

### Діагностика спайкового процесу в жінок з обтяженим оперативним анамнезом

**А.М. Суліма**

Проаналізована діагностична цінність ультразвукового дослідження в оцінці тазових перитонеальних спайок у пацієток репродуктивного віку, що перенесли різні оперативні втручання в анамнезі. Проведений аналіз результатів ультразвукового дослідження 90 пацієток, які знаходилися на оперативному лікуванні у відділенні гінекології міського клінічного пологового будинку № 1 м. Сімферополя і перенесли раніше операції на органах черевної порожнини і малого таза. Ехографічне дослідження складалося з двох етапів: трансабдоминального і трансвагінального, які проводилися за певною схемою. Прицільно оцінювалася область шкірних післяопераційних рубців, проекція на передню черевну стінку розрізу парієтальної очеревини при попередніх операціях і параумбілікальної області. Використовувалося декілька спеціальних проб: тракційна і компресійна проби.

Найбільш інформативними з метою діагностики спайкового процесу є наступні ехографічні ознаки: локальне потовщення парієтальної очеревини з посиленням ехо-сигналу, наявність рідинних утворень в малому тазу, не пов'язаних з яєчником, позитивна тракційна і компресійна проби. УЗД є інформативним методом діагностики спайкового процесу в черевній порожнині і малому тазі і визначення місця введення голки Вереща і першого троакара під час лапароскопічних операцій.

**Ключові слова:** перитонеальні тазові спайки, ультразвукове дослідження, оперативні втручання.

### Diagnostics of adhesive process in at women with the burdened operative anamnesis

**A.N. Sulima**

Diagnostic consideration of ultrasound examination were analyzed for peritoneal pelvic adhesions detection at fertility females, who were undergone previous various surgical procedures. The analysis of ultrasound examinations of 90 patients who were treated surgically at the Department of Gynecology, Clinical maternity hospital № 1 in Simferopol and underwent surgery in the abdominal and pelvic organs earlier. Echographic examination consisted of two phases: transabdominal and transvaginal, which were held in a certain pattern. Skin scars area, the projection on the anterior abdominal wall parietal peritoneum incision in the previous

operations and periomphalic area were estimated. We used a few special tests: traction and compression tests. The most informative to diagnose adhesions are the following sonographic signs: local thickening of the parietal peritoneum with increased echo signal, the presence of liquid structures in the pelvis, which are not related to the ovary, positive traction and compressive tests. Ultrasound examination is informative diagnostic method for peritoneal pelvic adhesions and place detection of Veresh needle intake and first trocar during laparoscopic procedures.

**Key words:** *peritoneal pelvic adhesions, ultrasound examination, surgical treatment.*

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Азиев О.В. Безопасное выполнение лапароскопии у пациенток с чревосечением в анамнезе. Эндоскопическая хирургия. – 2002; 2: 3–4.
2. Hellebrekers B.W., Kooistra T. Pathogenesis of postoperative adhesion formation. Br J Surg. 2011; 98 (11): 1503–1516.
3. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Митьков В.В., Медведева М.В. – М.: Видар, 1997; 3: 227–242.
4. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М: 2005; 292 с.
5. Старков Ю.Г., Домарев Л.В., Шишин К.В., Солоднина Е.Н. Ультразвуковое картирование висцеро-париетальных сращений брюшины перед лапароскопическими операциями // Медицинская визуализация, 2002; 4: 22–26.
6. Studer P., Mennicke M., Inderbitzin D. Adhesions and abdominal pain. Ther Umsch. 2011; 68 (8): 468–72.

## Современные тенденции формирования патологии шейки матки у девочек-подростков с различной степенью сексуальной активности

**А.Ю. Титенко**

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

В работе представлен анализ литературы о тенденциях формирования патологии шейки матки у девочек-подростков с различной степенью сексуальной активности. Представлены данные относительно влияния различных факторов на возникновение патологии шейки у девочек-подростков, указаны основные факторы негативного влияния на возникновение патологии шейки матки.

**Ключевые слова:** *девочки-подростки, патология шейки матки, сексуальная активность, половая жизнь, инфекции, передающиеся половым путем.*

Репродуктивное здоровье женщины зависит от особенности протекания периода детства и полового созревания, соматического здоровья детей и их способности жизни [1].

Формирование репродуктивного здоровья современной молодежи – важная проблема, которой посвящено много исследований. Состояние популяционного здоровья и развитие любого общества в большей мере определяется уровнем здоровья подростков, которые формируют его демографический резерв, культурный, интеллектуальный и профессионально-производственный потенциал.

Большое значение имеет не только состояние здоровья юного поколения, но и будущий репродуктивный потенциал [2–5]. Репродуктивный потенциал – это способность девочки при достижении детородного возраста родить здоровое потомство [6].

Когда численность девочек 10–17 лет не достигает 2,5 млн, становится понятным то, что репродуктивное здоровье каждой девочки как будущей матери является актуальным вопросом современной гинекологии и акушерства [7].

Изучение аспектов проблемы охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков свидетельствует о высоком уровне соматической, гинекологической заболеваемости [8, 9], высоком распространении репродуктивно значимых вредных привычек [9], значительных отклонениях в физическом, половом, психо-сексуальном развитии [10], низком уровне полового воспитания, контрацептивной активности [11, 12], формировании неадекватного семейного и репродуктивного поведения [11, 13].

Наиболее распространенным гинекологическим заболеванием у девочек-подростков является нарушение менструального цикла [14]. Однако на современном этапе все чаще на практике подростковые гинекологи сталкиваются с различной патологией шейки матки у девочек-подростков [7].

Некоторые авторы [12] поясняют повышение заболеваемости подростков срывом центральных звеньев механизма, которые регулируют систему гипоталамус–гипофиз–яичники, которые очень чувствительны к разным факторам, начиная от экологично неблагоприятной среды и «технологической агрессии» до сугубо личных переживаний психологического плана. В пубертатном возрасте на фоне гормонального всплеска на подростка действуют два природных, но неоднозначных процесса: интенсивная социализация личности и активная перестройка организма. Приведенные выше процессы в неадекватных условиях и стрессовых ситуациях снижают адаптационные возможности и увеличивают риск нарушений нейросекреции гипоталамических субстанций.

Значительную роль в формировании неадекватного возрасту подростков «нездорового» способа жизни, для которого типичным является нерациональное питание, гиподинамия, суммарные стрессовые нагрузки, недостаточный ночной сон, распространение вредных привычек, раннее начало половой жизни [12].

Для девочек-подростков в настоящее время во всем мире характерным является ранний сексуальный дебют и высокая сексуальная активность [15], которая превышает таковую у их матерей [16, 17]. Средний возраст сексуального дебюта на территории России за последнее десятилетие колеблется от 15,8 до 16,2 года [2, 12, 13], что согласуется с данными зарубежных авторов [17, 18, 19].

По данным социологического опроса, около 80% девочек-подростков Украины одобряют половые отношения до брака. Около трети опрошенных имели сексуальные контакты, ничего не зная о способах предупреждения беременности [20].

Особую тревогу вызывают заболевания и инфекции, которые передаются половым путем, второго поколения (хламидиоз, вирус папилломы человека, генитальный герпес). Серьезной проблемой у девочек-подростков остаются воспалительные процессы половых органов, причем у сексуально активных они встречаются в 3 раза чаще, чем у однолеток, которые не имеют половых отношений. В США воспалительными заболеваниями внутренних половых органов заболевают приблизительно 3 млн подростков, причем заболеваемость гонореей и хламидиозом среди девочек-подростков 15–19 лет выше, чем в других возрастных группах [21]. По данным И.Б. Вовк [22], воспалительные заболевания у сексуально активных подростков наблюдаются в 2–3 раза чаще, чем у женщин репродуктивного возраста, что делает эту возрастную группу объектом особого внимания.

В США у девочек-подростков 15 лет, которые ведут половую жизнь, риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов в 10 раз выше, чем у женщин 24 лет [23]. Высокий риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов у девочек объясняется физиологическими особенностями поведения. Воспалительные заболевания внутренних половых органов (ВЗВПО) в анамнезе повышают риск наступления обострений, поскольку снижают местные защитные реакции. Чем больше половых партнеров у подростка, тем выше риск ВЗВПО. Курение, употребление алкоголя и наркотиками также повышают риск этой патологии. ВЗВПО – наисложнейшие осложнения инфекций, передающихся половым путем [24].

К факторам риска патологических процессов шейки матки относятся:

- раннее начало половой жизни (14–17 лет), так как этот период жизни эпителий шейки матки еще не созрел, и легко поддается физическому, химическому и инфекционному воздействиям;

- частая смена половых партнеров, что повышает риск инфицирования, особенно вирусами папилломы и иммунодефицита человека;

- аборты и роды в молодом возрасте, так как происходит травматизация шейки матки. Высокий риск возникновения хронических воспалительных процессов;

- заболевания, передающиеся половым путем (папилломавирус, трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, гонорея и др.);

- табакокурение;

- не соблюдение личной гигиены [25, 26].

Вызывает тревогу недостаточная информированность, а, следовательно, осведомленность подростков о начальных знаниях анатомии и физиологии репродуктивной системы, заболеваниях, которые передаются половым путем, методов контрацепции, установок на создание семьи и рождение здоровых детей.

## ВЫВОДЫ

Анализ данных научных публикаций о современных тенденциях формирования патологии шейки матки у девочек-подростков с различной степенью сексуальной активности свидетельствует о том, что для достижения уменьшения заболеваемости шейки матки необходимо проводить научные исследования по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, ранней диагностики патологических процессов шейки матки путем активного диспансерного наблюдения за девочками-подростками, повышения качества обследования, усовершенствование методов диагностики и профилактической работы.

### Сучасні тенденції формування патології шийки матки у дівчат-підлітків з різним ступенем сексуальної активності

**А.Ю. Тітенко**

У роботі представлений аналіз літератури щодо тенденції формування патології шийки матки у дівчат-підлітків з різним ступенем сексуальної активності. Представлені дані відносно впливу різних факторів на виникнення патології шийки матки у дівчат-підлітків, вказані основні фактори негативного впливу на виникнення патології шийки матки.

**Ключові слова:** дівчата-підлітки, патологія шийки матки, сексуальна активність, інфекції, що передаються статевим шляхом.

### Modern trends of cervical pathology among adolescent girls, with varying degrees of sexual activity

**A. J. Titenko**

The work presents an analysis of the literature on trends of cervical pathology in adolescent girls with varying degrees of sexual activity. Presents data on the impact of various factors on the occurrence of cervical pathology among adolescent girls, identifies the main factors affect the occurrence of cervical pathology.

**Key words:** adolescent girls, cervical pathology, sexual activity, sex life, sexually transmitted infections.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Особенности формирования репродуктивного здоровья девочек современной России // <http://www.exposystems.ru/> gen.
2. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Репродуктивное здоровье детей и подростков: Науч.-практ. журнал. – М., 2006. – С. 10–16.
3. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. – СПб, 2000. – 248 с.
4. Борисова З.К. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем / Борисова З.К., Рыжова Н.К., Гаревская Ю.А. // Медицинский альманах. – 2009. – № 4 (9). – С. 111–114.
5. Гормональная контрацепция – решение и профилактика репродуктивных нарушений у девушек-подростков // Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Абдуллаева Р.Г., Лебедева М.Г. // Доктор Ру. – 2008. – № 6. – С. 54–58.
6. Кротин П.Н. Организация медико-социальной помощи по охране репродуктивного здоровья девушек-подростков // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 10. – С. 11–14.
7. Патология шейки матки у девочек-подростков и молодых женщин, инфицированных вирусом папилломы человека / Татарчук Т.Ф., Калугина Л.В., Резеда С.У. та ін. // Здоровье женщины. – 2009. – № 8 (44). – С. 132–134.
8. Распространенность гинекологических заболеваний у девушек-подростков по данным профилактических осмотров / Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Абдуллаева Р.Г. и др.: Мать и дитя: Материалы III Регионального научного форума. – М., 2009. – С. 294–295.
9. Семятов С.Д. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Московского мегаполиса в современных социально-экономических и экологических условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 54 с.
10. Особенности становления репродуктивной системы девочек и девушек-подростков с нарушением жирового обмена / Сулейманова С.Д., Априсян В.В., Семятов С.Д. и др. // Мать и дитя: Материалы VI Регионального научного форума. – М., 2004. – С. 497.
11. Контрацептивное поведение и контрацептивный выбор студенток 1–3 курса вузов / Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Вострякова Т.В. и др. // Мать и дитя: Материалы VI Регионального научного форума. – М., 2010. – С. 305.
12. Особенности сексуального поведения контрацептивного выбора и репродуктивных установок студенток медицинской академии / Колесова Т.Е., Шиляева Е.М., Радощекин М.А. // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 380–381.
13. Вострикова Т.В. Особенности репродуктивного здоровья и контрацептивного поведения девушек-подростков в современных экологических и социально-экономических условиях республики Мордовия // Вестник РУДН. – 2009. – № 7. – С. 388–392.
14. Уварова Е.В. Железодефицитная анемия у девочек с маточными кровотечениями / Уварова Е.В., Веселова Н.М. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 4. – С. 12–16.
15. Хамошина М.Б. Оптимизация репродуктивного поведения подростков – резерв снижения материнской смертности юных женщин / Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Несвяченая Л.А. // Российский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, № 22. – С. 3–7.
16. Does medical education affect students point of view on reproductive health? Are prospective physicians ready for counseling? / Ozalp S., Elcioglu O., Uludag A. et al. // Eur. J. of Contraception & Reproductive Health Care. – 2008. – Vol. 13, Suppl. 2. – P. 69.
17. The attitudes towards and behaviors about sexual and reproductive health in university students / Ege E, Akh B., Kultur R. et al. // Eur. J. of Contraception & Reproductive Health Care. – 2008. – Vol. 13, Suppl. 2 – P. 70.
18. Information for contraception: a basic measure for the avoidance of the teenage pregnancy / Dimitrakopoulos S., Koliantzari S., Sidiropoulou A. et al. // Eur. J. of Contraception & Reproductive Health Care. – 2008. – Vol. 13, Suppl. 2. – P. 70–71.
19. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы / Лебедева М.Г., Хамошина М.Б., Чакчурина И.А. и др. // Охрана репродуктивного здоровья – будущее России: Матер. Всеросс.

- конф. с междунар. участием посв. десятилетию кафедры акуш. и гинек. медиц. факультета Белгородского государственного университета. – Белгород. 2010. – С. 165–167.
20. Моисеенко Р.О. Сучасний стан надання спеціалізованої гінекологічної допомоги дітям та підліткам в Україні / Моисеенко Р.О., Вовк І.Б., Жилка Н.Я. // Буковинський медичний вісник. – 2004. – № 2. – С. 4–9.
21. Centers for disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 51: RR – 6 (2002), 1–78.
22. Вовк І.Б. Сексуальна освіта підлітків: крок до збереження репродуктивного здоров'я / Вовк І.Б., Новік Л.М., Дідик М.М. // Буковинський медичний вісник. – 2004. – № 2. – С. 9–12.
23. Westrom L & Eschenbach, D. Pelvis inflammatory disease. in K. Holmes, F. Sparing, S. Lemon (eds.), Sexually Transmitted Diseases, 3rd ed. New York, NY: McGraw- Hill (1999). – P. 783–809.
24. Igra V. Pelvic inflammatory disease in adolescents. AIDS Patient Care STDs 12:2 (1998), 109–24.
25. Пэтерсон Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Эйко Э. Пэтерсон: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с.
26. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика. – Минск: Высшая школа, 2000. – 367 с.

## Особенности патогенеза гипоталамического синдрома

И.О. Фортуна, Л.В. Мних, В.В. Шелудченко

Одесский национальный медицинский университет

При проведении корреляционного анализа был установлен характер взаимодействия основных регуляторных систем у женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом и различными вариантами овариальных нарушений, что, наряду с данными дескриптивной статистики, позволяет судить о патогенетической значимости выявленных изменений и механизмах адаптации при развитии гипоталамического синдрома с репродуктивными нарушениями.

**Ключевые слова:** гипоталамический синдром, патогенез.

В настоящее время среди причин репродуктивных нарушений существенное место занимают гипоталамические синдромы (ГС), которые развиваются преимущественно у лиц подросткового (гипоталамический синдром периода полового созревания – ГСПП) и репродуктивного возраста (нейрообменноэндокринный синдром) [4, 6, 7].

Увеличение частоты гипоталамического синдрома пубертатного периода отражает общие тенденции [1, 3], обуславливает увеличение нарушений процессов становления репродуктивной системы у девушек и нейро-эндокринной формы гипоталамического синдрома у женщин с репродуктивным в репродуктивном возрасте.

Социальная значимость этой патологии определяется молодым возрастом больных и быстро прогрессирующим характером заболевания, которое проявляется многочисленными клиническими симптомами и выраженными метаболическими нарушениями [4, 6].

Несмотря на значительное число научных сообщений по изучаемой проблеме нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане влияния гипоталамического синдрома на состояние репродуктивной системы, особенно в плане изменений гормональных, метаболических и иммунологических показателей, а также установление корреляционных связей между ними.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение корреляционных связей между гормональными, метаболическими и иммунологическими показателями у женщин с гипоталамическим синдромом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 50 девушек с гипоталамическим синдромом пубертатного периода (основная группа).

Основными моментами диагностики гипоталамического синдрома были: наличие нейроэндокринных нарушений (ожирение с индексом массы тела более 26); трофические нарушения (стрии, фолликулит, гиперпигментация, гиперкератоз);

нарушения водно-солевого обмена (отеки); нарушения углеводного обмена; лакто-рея; нарушения менструального цикла; предменструальный синдром; мотивационные расстройства (гиперфагия, гиперфагическая реакция на стресс, нарушения либидо); вегето-сосудистые и терморегуляторные нарушения (субфебрилитет с термоинверсией и термоасимметрией, гипертермические кризисы); нарушения сна; неврологические и психоэмоциональные расстройства.

Контрольную группу составили 50 соматически здоровых девушек аналогичного возраста с физиологическим течением пубертатного периода.

В комплекс проведенных лабораторных исследований были включены основные параметры гормонального и иммунологического статуса, а также метаболических нарушений.

Для оценки полученных результатов были использованы основные методы биометрического анализа, соответствующие основным требованиям доказательной медицины: анализ таблиц сопряженности, дисперсионный анализ, корреляционный анализ и логистическая регрессия [5].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Корреляционный анализ количественных показателей проводился как для всей группы женщин репродуктивного возраста с ГС, так и в отдельных подгруппах (с наличием и отсутствием поликистоза яичников). Учитывая, что ряд показателей не имел нормального распределения, использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмэна. Анализ структуры взаимодействия изучаемых систем позволил установить определенную их автономность у здоровых женщин репродуктивного возраста.

В группе здоровых была выявлена закономерная взаимосвязь между концентрациями гонадотропинов: ЛГ и ФСГ ( $r=0,7$  и  $p=0,003$ ), а также ЛГ и пролактин ( $r=0,4$  и  $p=0,04$ ). Кроме того у здоровых женщин отмечена положительная корреляционная связь уровня пролактина и общего количества лимфоцитов ( $r=0,7$  и  $p=0,03$ ), что отражает хорошо известную иммунорегуляторную роль пролактина и отрицательная корреляционная связь ФСГ и активности фагоцитоза ( $r=-0,6$  и  $p=0,04$ ).

Межсистемные взаимоотношения у женщин с гипоталамическим синдромом осуществлялись следующим образом: при ГС нами обнаружено максимальное число корреляционных связей между системой перекисного окисления липидов и гормонами, при этом количество связей между гормонами и параметрами иммунитета не отличались от контроля.

Нами выявлены: положительная корреляционная связь уровня пролактина и антиоксидантной активности ( $r=0,4$  и  $p=0,03$ ), отрицательная корреляционная связь ФСГ и соотношения малонового диальдегид/токоферол ( $r=-0,5$  и  $p=0,004$ ), а также – ФСГ и малоновый диальдегид ( $r=-0,4$  и  $p=0,03$ ), ТТГ и соотношения диеновые конъюгаты/токоферол ( $r=0,4$  и  $p=0,004$ ), ТТГ и токоферол ( $r=-0,4$  и  $p=0,04$ ).

Как и в группе здоровых женщин у больных ГС существует положительная корреляционная связь пролактина и количества лимфоцитов ( $r=0,4$  и  $p=0,03$ ), а также выявлена положительная корреляционная связь концентраций ФСГ с CD4+ лимфоцитами ( $r=0,5$  и  $p=0,03$ ).

В группе больных ГС выявлена также слабая положительная корреляционная связь пролактина и ТТГ ( $r=0,3$  и  $p=0,04$ ), что отражает, на наш взгляд роль первичной тиреоидной патологии в генезе гиперпролактинемии у ряда больных ГС.

Выраженные взаимосвязи между параметрами липопероксидации, антиоксидантами и гормональной системой были особенно характерны для женщин репродуктивного возраста с ГС и вторичным поликистозом яичников, при этом среди гормональных показателей наибольшее число связей с продуктами свободнорадикального окисления липидов и антиоксидантами имел пролактин. Так, в подгруппе больных с ПКЯ обнаружена положительная корреляционная связь пролактина и антиоксидантами ( $r=0,4$  и  $p=0,03$ ) и отрицательная – пролактина и малонового диальдегида ( $r=-0,4$  и  $p=0,04$ ) и, соответственно, отрицательная корреляционная связь пролактина и соотношения малонового диальдегид/антиоксиданты ( $r=-0,5$  и  $p=0,02$ ). Также отрицательную корреляционную связь выявили между ФСГ и соотношением малонового диальдегид/антиоксиданты ( $r=-0,5$  и  $p=0,02$ ). Кроме того, была обнаружена положительная корреляционная зависимость между концентрациями пролактина и ФСГ ( $r=0,5$  и  $p=0,03$ ).

Интересно, что в этой подгруппе не было выявлено корреляционных связей ТТГ с другими гормонами и параметрами прочих изучаемых функциональных систем, а концентрации ЛГ имели отрицательные корреляционные связи с биоэлементами: с натрием ( $r=-0,6$  и  $p=0,01$ ) и соотношением медь/цинк ( $r=-0,6$  и  $p=0,03$ ). При отсутствии поликистоза яичников у женщин с ГС, напротив, в основном имела место зависимость между параметрами гормональной системы, биоэлементами и иммунитетом. Наибольшее число связей с биоэлементами сыроворотки крови отмечено у ТТГ, причем положительная корреляционная связь была только с уровнем калия ( $r=0,6$  и  $p=0,01$ ) и соотношением калий/натрий ( $r=0,7$  и  $p=0,002$ ), а остальные связи имели отрицательный характер: с медью ( $r=-0,5$  и  $p=0,03$ ); магнием ( $r=-0,5$  и  $p=0,03$ ), а также с соотношением кальций/калий ( $r=-0,7$  и  $p=0,001$ ). Выявленные отрицательные взаимосвязи характеризуют, на наш взгляд, возможную роль дефицита указанных биоэлементов в развитии активации тиреотропной функции у больных ГС и ПКЯ.

Уровень пролактина у больных ГС с дисфункцией яичников находится в отрицательной корреляционной зависимости с числом 0-лимфоцитов ( $r=-0,6$  и  $p=0,009$ ), а ТТГ – в отрицательной корреляционной связи с В-лимфоцитами ( $r=-0,6$  и  $p=0,03$ ) и в положительной связи с общим числом лимфоцитов ( $r=0,5$  и  $p=0,03$ ) и Т-лимфоцитов ( $r=0,5$  и  $p=0,03$ ). По-видимому, пролактин у больных с ПКЯ на фоне ГС обладает иммунорегулирующим влиянием, предотвращая выработку незрелых лимфоцитов, а повышение ТТГ, как маркера тиреоидной недостаточности, ассоциировано со снижением В-лимфоцитов.

Взаимосвязи некоторых тропных гормонов с параметрами, характеризующими состояние процессов перекисного окисления липидов у женщин с дисфункцией яичников на фоне ГС были разнонаправленного характера: так, выявлена отрицательная корреляционная связь ФСГ и соотношение малонового диальдегид/токоферол ( $r=-0,7$  и  $p=0,01$ ) и положительная – между ТТГ и соотношением диеновые конъюгаты/токоферол ( $r=0,5$  и  $p=0,02$ ).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, при проведении корреляционного анализа был установлен характер взаимодействия основных регуляторных систем у женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом и различными вариантами овариальных нарушений, что, наряду с данными дескриптивной статистики позволяет судить о патогенетической значимости выявленных изменений и механизмах адаптации при развитии гипоталамического синдрома с репродуктивными нарушениями.

### Особливості патогенезу гіпоталамічного синдрому І.О. Фортунa, Л.В. Мних, В.В. Шелудченко

При проведенні кореляційного аналізу був встановлений характер взаємодії основних регуляторних систем у жінок репродуктивного віку з гіпоталамічним синдромом і різними варіантами оваріальних порушень, що, разом з даними дескриптивної статистики, дозволяє судити про патогенетичну значущість виявлених змін і механізми адаптації при розвитку гіпоталамічного синдрому з репродуктивними порушеннями.

**Ключові слова:** гіпоталамічний синдром, патогенез.

### Features patogenesis of hypotalamical syndrome I.O. Fortuna, L.V. Mnih, V.V. Sheludchenko

At carrying out of the correlation analysis character of interaction of the basic regulation systems at women of reproductive age with hypotalamical a syndrome and various variants ovarial infringements has been established, that, alongside with the data of descriptive statistics, allows to judge the pathogenetic importance of the revealed changes and mechanisms of adaptation at development hypotalamical a syndrome with reproductive infringements.

**Key words:** hypotalamical a syndrome, patogenesis.

## ЛИТЕРАТУРА

- Андрусенко А.Б. Эндокринные заболевания и синдромы. Классификация. – Запорожье, 2008. – 87 с.
- Гельман В.Я. Медицинская информатика: практикум. – СПб.: Питер. – 2011. – 189 с.
- Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. – СПб, 2009. – 252 с.
- Кокolina В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. – М.: Информатик. – 2007. – 105 с.
- Минцер А.П. Новые информационные технологии в медицине // Журнал практического врача. – 2009. – № 2. – С. 33–35.
- Потемкин В.В. Гипоталамический синдром пубертатного периода // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 51–53.
- Щербинская Е.С. Коррекция нарушений менструального цикла у пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода// Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 2. – С. 80–89.

# Гормональний гомеостаз та ліпідний обмін у жінок з доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників

*Р.Р. Чуприна*

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

Гормональний статус жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників характеризується більш високим вмістом гонадотропних гормонів, ніж у групі порівняння, та вираженим естрогенним дефіцитом, що виявляється в ранній постменопаузі. Отримані зміни поглиблюються в міру перебігу постменопаузального періоду. В ході дослідження ліпідного спектру крові у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників виявлено вищі показники вмісту загального холестерину та тригліцеридів, а також встановлено підвищення показників ліпопротеїдів низької щільності та дуже низької щільності одночасно зі зниженням вмістом ліпопротеїдів високої щільності. Отримані результати необхідно врахувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** неуточнені пухлини матки та яєчників, менопаузальні порушення, гормональний гомеостаз, ліпідний обмін.

Вагоме зростання захворюваності жінок у віці, що збігається з настанням менопаузи, є серйозним аргументом, щоб вважати менопаузу і пов'язані з нею зміни в організмі одним з основних факторів, що визначають якість і тривалість життя жінки [1, 2]. Серед факторів, що ведуть до порушення репродуктивного здоров'я жінок доброякісні неуточнені пухлини матки та яєчників займають п'яте місце серед гінекологічних захворювань (до 5-13% в структурі гінекологічної патології). Ранні прояви менопаузального синдрому істотно знижують якість життя жінок працездатного віку, інколи на вершині їхньої соціальної активності, тому проблеми лікування цієї патології здобувають важливе соціальне й економічне значення [3, 4]. Сьогодні є загально визнаним, що в основі розвитку менопаузального синдрому в жінок у віковий і хірургічний менопаузі провідну роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що веде до порушень ліпідного обміну у відповідь на зміни в гормональній регуляції організму. Багато авторів наголошують, що розвиток ранніх психоневрологічних проявів відіграє основну роль у прогресуванні менопаузального синдрому і є надалі базою для формування важких ускладнень постменопаузи [5, 6].

**Мета дослідження:** вивчити особливості гормонального гомеостазу у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено проспективний аналіз 90 амбулаторних карт жінок, які були розподілені на наступні групи:

- основна група – 60 жінок із менопаузальними розладами на фоні доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників;
- контрольна група - 30 жінок з природньою менопаузою без патологічних розладів.

З метою дослідження гормонального статусу у обстежених жінок проводилось визначення вмісту гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ), статевих гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону) – імуноферментним аналізатором «STAT-FAX 303». З метою обстеження ліпідного обміну визначали вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцериди в (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) та ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛДНЩ) в плазмі крові та коефіцієнт атерогенності (КА). Вміст ЗХС, ТГ, ЛВЩ в крові визначали за допомогою біохімічного напівавтоматичного аналізатора «Humalayer 2000».

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі середніх показників рівнів гормонів у сироватці крові в межах кожної з груп в залежності від фази клімактеричного періоду нами виявлено зростання рівнів гонадотропних та зниження естрадіолу в обох групах жінок із збільшенням терміну постменопаузального періоду. При цьому рівень ЛГ у постменопаузальному періоді 1-2 роки у основній та у контрольній групі достовірно не відрізнявся. У постменопаузі 5-10 та більше 10 років рівень ЛГ в основній групі був достовірно вищим, відповідно 66,72±3,18 проти 51,47±3,13 мМО/л ( $p<0,05$ ) та 68,24±2,86 проти 46,94±2,95 мМО/л ( $p<0,05$ ).

Як в основній, так і в контрольній групі, концентрація ФСГ підвищувалась по мірі зростання терміну постменопаузи, але і в ранньому, і в пізньому постменопаузальному періоді його вміст у пацієток основної групи був достовірно вищим порівняно з контрольною групою, відповідно 65,86±3,93 проти 41,84±3,41 мМО/л ( $p<0,05$ ) – у постменопаузі 1-2 роки; 71,36±3,24 проти 58,63±3,12 мМО/л ( $p<0,05$ ) – 2-5 років; 79,32±2,64 проти 65,34±2,84 мМО/л ( $p<0,05$ ) – 5-10 років; 87,54±3,43 проти 72,26±3,18 мМО/л ( $p<0,05$ ) – у постменопаузі понад 10 років.

Вміст естрадіолу поступово знижувався по мірі зростання тривалості постменопаузального періоду, але в основній групі його вміст був достовірно нижчим по відношенню до контрольної групи: у постменопаузі 1-2 роки – 319,27±21,36 проти 489,56±22,36 пмоль/л ( $p<0,05$ ); 2-5 років – 261,46±25,43 проти 418,65±18,42 пмоль/л ( $p<0,05$ ); 5-10 років – 204,32±19,81 проти 319,38±17,4 пмоль/л ( $p<0,05$ ); у постменопаузі понад 10 років – 172,68±24,32 проти 267,34±21,34 пмоль/л ( $p<0,05$ ).

При аналізі отриманих даних щодо вмісту прогестерону у сироватці крові у обстежених жінок нами не виявлено суттєвих відмінностей його середніх показників між групами у різні терміни постменопаузального періоду. Однак в обох групах відмічалось прогресивне зменшення середнього вмісту прогестерону у сироватці крові із збільшенням терміну постменопаузи.

Суттєві відмінності виявлені нами і в показниках тестостерону у сироватці крові у жінок обстежених груп. Так, у пацієток основної групи вже у постменопаузі 1-2 роки рівень тестостерону був досить низьким ( $1,54 \pm 22$  нмоль/л) і вірогідно відрізнявся від аналогічного показника в цьому періоді у жінок контрольної групи ( $2,11 \pm 0,14$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ), наряду з цим в основній групі мало місце зниження вмісту цього гормону, таким чином, у постменопаузі понад 10 років рівень тестостерону становив  $0,97 \pm 0,16$  нмоль/л ( $p1-3 < 0,05$ ). У контрольній групі із збільшенням терміну постменопаузи показники тестостерону суттєво не змінювались. Таким чином, гормональний статус жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників характеризується більш високим вмістом гонадотропних гормонів, ніж у групі порівняння, та вираженим естрогенним дефіцитом, що виявляється в ранній постменопаузі. Отримані зміни поглиблюються в міру перебігу постменопаузального періоду в обох групах (у постменопаузі 5–10 та більше 10 років рівень ЛГ в основній групі був далеко вищим, відповідно  $66,7 \pm 3,1$  проти  $48,5 \pm 3,1$  мМО/л ( $p < 0,05$ ), концентрація ФСГ підвищувалась із зростанням терміну постменопаузи, але і в ранньому, і в пізньому постменопаузальному періоді його вміст у пацієток основної групи був вищим порівняно з контрольною групою.

У результаті проведених досліджень виявлено, що у осіб основної групи були достовірно вищими показники вмісту загального холестерину –  $6,86 \pm 0,17$  проти  $5,21 \pm 0,13$  ммоль/л та тригліцеридів –  $2,73 \pm 0,1$  проти  $1,89 \pm 0,09$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Більш вираженою у жінок основної групи по відношенню до контрольної групи була також дисліпопротеїдемія: достовірно вищими були ліпопротеїди низької щільності –  $2,46 \pm 0,13$  проти  $1,98 \pm 0,11$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), ліпопротеїди дуже низької щільності –  $1,56 \pm 0,09$  проти  $1,13 \pm 0,07$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) наряду зі зниженням вмісту ліпопротеїдів високої щільності –  $2,13 \pm 0,08$  проти  $2,95 \pm 0,08$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Це супроводжувалось збільшенням пацієток основної групи коефіцієнта атерогенності –  $3,8 \pm 0,2$  проти  $2,8 \pm 0,11$  ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, в ході дослідження ліпідного спектру крові у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників виявлено вищі показники вмісту ЗХС –  $6,8 \pm 0,2$  проти  $5,2 \pm 0,1$  ммоль/л – в контрольній групі ( $p < 0,05$ ) та ТГ, відповідно  $2,7 \pm 0,1$  проти  $1,8 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). У жінок основної групи діагностовано підвищення показників ЛНЩ –  $2,4 \pm 0,1$  проти  $1,9 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), ЛДНЩ –  $1,5 \pm 0,1$  проти  $1,1 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) одночасно зі зниженням вмісту ЛВЩ –  $2,1 \pm 0,1$  проти  $2,9 \pm 0,0$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), що в свою чергу свідчить про більшу схильність до атерогенезу у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників.

### ВИСНОВКИ

Гормональний статус жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників характеризується більш високим вмістом гонадотропних гормонів, ніж у групі порівняння, та вираженим естрогенним дефіцитом, що виявляється в ранній постменопаузі. Отримані зміни поглиблюються в міру перебігу постменопаузального періоду. В ході дослідження ліпідного спектру крові у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників виявлено вищі показники місту загального холестерину та тригліцеридів, а також встановлено підвищення показників ліпопротеїдів низької щільності та дуже низької щільності одночасно зі зниженням вмісту ліпопротеїдів високої щільності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

### Гормональный гомеостаз и липидный обмен у женщин с доброкачественными неуточненными опухолями матки и яичников

*Р.Р. Чуприна*

Гормональный статус женщин с доброкачественными неуточненными опухолями матки и яичников характеризуется более высоким содержанием гонадотропных гормонов, чем в группе сравнения, и выраженным эстрогенным дефицитом, который выявляется в ранней постменопаузе. Полученные изменения углубляются в степени течения постменопаузального периода. В ходе исследования липидного спектра крови у женщин с доброкачественными неуточненными опухолями матки и яичников обнаружены высшие показатели содержания общего холестерина и триглицеридов, а также установлено повышение показателей липопротеидов низкой плотности и очень низкой плотности одновременно со сниженным содержанием липопротеидов высокой плотности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** неуточненные опухоли матки и яичников, менопаузальные нарушения, гормональный гомеостаз, липидный обмен.

### Hormonal homeostasis and lipid metabolism in women with benign unspecified tumours of the uterus and ovaries

*R.R. Chupryna*

Hormonal status of women with the of high quality unspecified tumours of uterus and ovaries is characterized by more high maintenance of gonadotropic hormones, what in the group of comparison, and by the expressed estrogenic deficit which comes to light in early postmenopause. The got changes deepen in the degree of flow of postmenopausal period. During research of lipid spectrum of blood for women with the of benign unspecified tumours of uterus and ovaries found out the higher indexes of content of general cholesterol and triglycerides, and also the increase of indexes of lipoproteins of low-density and very low-density is set simultaneously with mionectic maintenance of lipoproteins of high-density. The got results must be taken into account at development of algorithm of treatment-and-prophylactic measures.

**Key words:** unspecified tumours of uterus and ovaries, menopausal violations, hormonal homeostasis, lipid exchange.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бойчук А.В., Берегуляк О.О., Франчук А.Ю. Ефективність різних методів лікування пост-кастраційного синдрому в корекції змін гемостазу та ліпідограми // Вісник наукових досліджень. – 2008. – № 2. – С. 41-44.
2. Гінчицька Л.В. Особливості гормонального гомеостазу у жінок 40-55 років після тотальної оваріоектомії // Вісник наукових досліджень. – 2007. – № 2. – С. 84-85.
3. Григор'єва Н.В., Орлик Т.В., Бондаренко О.В. Фітоестрогени в профілактиці та лікуванні клімактеричних порушень у жінок в постменопаузальному періоді // Журнал практичного лікаря. – 2003. – №3. – С. 48-55.
4. Іванова Л.М., Нишкунмай О.І., Пилієва Е.В. Особливості лікування серцево-судинних захворювань у жінок менопаузального періоду з остеопенією // Сімейна медицина. – 2007. – № 2. – С. 41-42.
5. Ковалева М.Д. Социальные, психологические и медицинские особенности менопаузы // Социология медицины. – 2004. – N1. – С. 48-55.
6. Масик О.М., Ярема Н.З., Проць О.С., Щур М.І. Застосування естрогенів та селективних модуляторів естрогенових рецепторів при хірургічно-індукованій менопаузі для попередження остеопоротичних переломів // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 107-111.



## Роль нарушений системного иммунитета в развитии гипоталамического синдрома

И.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов

Одесский национальный медицинский университет.

Результаты проведенных исследований показали, что наличие гипоталамического синдрома у женщин репродуктивного возраста оказывает негативное воздействие на основные параметры системного иммунитета, причем в зависимости от особенностей эндокринологического статуса. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса лечебно-профилактических и диагностических мероприятий.

**Ключевые слова:** гипоталамический синдром, репродуктивный возраст, системный иммунитет.

В настоящее время среди причин репродуктивных нарушений существенное место занимают гипоталамические синдромы (ГС), которые развиваются преимущественно у лиц подросткового (гипоталамический синдром периода полового созревания – ГСПП) и репродуктивного возраста (нейрообменоэндокринный синдром) [4, 6, 7].

Увеличение частоты гипоталамического синдрома пубертатного периода отражает общие тенденции [1, 3], обуславливает увеличение нарушений процессов становления репродуктивной системы у девушек и нейроэндокринной формы гипоталамического синдрома у женщин в репродуктивном возрасте.

Социальная значимость этой патологии определяется молодым возрастом больных и быстро прогрессирующим характером заболевания, которое проявляется многочисленными клиническими симптомами и выраженными метаболическими нарушениями [4, 6].

Несмотря на значительное число научных сообщений по изучаемой проблеме нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане влияния гипоталамического синдрома на состояние системного иммунитета.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение влияния гипоталамического синдрома на изменения основных показателей системного иммунитета.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения некоторых показателей иммунитета нами было обследовано 75 женщин репродуктивного возраста с ГС (1 группа) и 30 здоровых женщин (2 группа). Больные ГС имели комплекс расстройств: нейровегетативные, нейротрофические, мотивационные нарушения, разные нарушения функции периферических эндокринных желез и типичные для ГС изменения на компьютерной ЭЭГ. У всех

больных было ожирение 3–4-й степени (индекс массы тела составлял  $41,9 \pm 4,1$  кг/м<sup>2</sup>).

Для оценивания состояния иммунитета проводилось определение относительного и абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови, относительного и абсолютного числа Т- и В-лимфоцитов крови, сывороточных иммуноглобулинов основных классов (М, G, А), фагоцитарной активности лимфоцитов и циркулирующих в крови иммунных комплексов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно представленным данным при гипоталамическом ожирении отмечается снижение абсолютного числа лимфоцитов. Кроме того, нами было зарегистрировано снижение относительного числа В-лимфоцитов (все  $p$  для критерия  $F=0,01$ ).

При детальном анализе показателей иммунного ответа у обследованных больных обнаружено, что статистически значимое снижение абсолютного и относительного содержания В-лимфоцитов отмечалось в большинстве из них (72,2%); средние значения показателя составляли  $4,3 \pm 0,5\%$  и  $0,07 \cdot 10^9$ /л. У остальных больных ГС (27,8%) среднее содержание В-лимфоцитов практически не отличалось от контрольных значений и составляло  $11,2 \pm 0,76\%$  и  $0,19 \pm 0,04 \cdot 10^9$ /л соответственно ( $p < 0,001$  и  $p < 0,05$  при сравнении соответствующих параметров с группой со сниженным уровнем В-лимфоцитов).

По содержанию в крови Т-лимфоцитов больные ГС распределялись таким образом: у 37,9% женщин были зарегистрированы нормальное относительное и абсолютное количество Т-лимфоцитов со средними значениями показателя  $63,4 \pm 1,14$  и  $1,31 \pm 0,17 \cdot 10^9$ /л. Сниженный уровень Т-лимфоцитов был у 24,4% обследованных больных ( $45,5 \pm 2,8\%$  и  $0,76 \pm 0,06 \cdot 10^9$ /л;  $p < 0,001$  и  $p < 0,05$  по сравнению с 1 группой). У остальных 37,95% было повышено относительное число Т-лимфоцитов ( $76,6 \pm 1,6\%$ ;  $p < 0,001$  относительно до 1 и 2 групп), однако абсолютное их число достоверно не отличалось, составляя  $1,06 \pm 0,12 \cdot 10^9$ /л ( $p < 0,005$  по сравнению с больными 1 группы), т.е. снижение уровня В-лимфоцитов при ГС оказывается чаще всего и определяет уменьшение суммарного числа лимфоцитов у данной категории больных.

Результаты изучения особенностей иммунного ответа у больных ГС с повышенной и нормальной продукцией кортизола свидетельствуют, что среди женщин из ГС больные с повышенным уровнем кортизола составляли 39,1%; средний уровень кортизола в этой группе равнялся  $1143,3 \pm 185,2$  нмоль/л ( $470 \pm 280$  нмоль/л в контрольной группе).

Полученные данные свидетельствуют, что у больных ГС с повышенной секрецией кортизола рядом с относительной лимфопенией и снижением содержания В-лимфоцитов в крови наблюдается уменьшение относительного и абсолютного числа О-лимфоцитов и снижение активности фагоцитоза (все  $p < 0,01$ ).

Были изучены некоторые показатели иммунитета у больных ГС с гипотирозом и эутирозом. Среди всех женщин, больных ГС, которым проводилось иммунологическое исследование, больные с гипотирозом составляли 26,9%; средний уровень ТЗ в этой группе равнялся  $0,64 \pm 0,08$  нмоль/л, Т4 –

58,49±2,3 нмоль/л при 1,45±0,06 нмоль/л и 121,2±0,3 нмоль/л соответственно в контроле.

При анализе данных обнаружено, что у женщин репродуктивного возраста с ГС, который сопровождается гипофункцией щитовидной железы, значительно уменьшено суммарное число лимфоцитов, отмечается существенное, чем у больных с эутирозом, абсолютный и относительный дефицит В- и О-лимфоцитов, что сопровождается угнетением активности фагоцитоза (все  $p$  для критерия  $F<0,05$ ).

Следовательно, при сравнении изучающихся иммунологических показателей у больных ГС с гипофункцией щитовидной железы и эутирозом, а также – с нормо- и гиперкортизолиемией показано, что снижение функции щитовидной железы и лишняя продукция глюкокортикоидов надпочечниками сопровождаются при ГС наиболее выраженными нарушениями иммунного ответа.

Для выяснения особенностей иммунитета при различных овариальных нарушениях при ГС проведено иммунологическое обследование 45 женщин репродуктивного возраста.

Больные были распределены на две клинических подгруппы: А группа – женщины с ГС и поликистозом яичников – 25 пациенток; Б группа – женщины с ГС, у которых поликистоза яичников не обнаружено, – 26 пациенток.

Полученные результаты свидетельствуют, что у больных ГС с ПКЯ обнаружено существенное повышение относительно группы сравнения как абсолютного количества О-лимфоцитов, так и их процентного содержания ( $p$  для критерия  $F<0,05$ ). Статистически значимых отличий по другим изучаемым показателям у больных обеих групп нами не обнаружено.

Таким образом, особенностью иммунного ответа больных, страдающих ГС с ПКЯ является увеличение числа незрелых лимфоцитов, что возможно, свидетельствует об истощении некоторых механизмов иммуногенеза.

Последующие исследования были посвящены изучению иммунного статуса больных ГС с гиперпролактинемией. Сравнительный анализ иммунологических параметров больных ГС с гиперпролактинемией и нормопролактинемией свидетельствует, что у больных ГС с гиперпролактинемией значительно повышено в сравнении с группой с нормопролактинемией содержание теофилин-резистентных лимфоцитов и снижено содержимое О-лимфоцитов ( $p$  для критерия  $F<0,05$ ).

Изложенное выше свидетельствует, что больные ГС с гиперпролактинемией имеют особенности иммунного статуса, которые должны учитываться при проведении иммунокоррекции. Состояние иммунитета у больных ГС часто определяется характером эндокринных нарушений, причем наиболее значимые нарушения иммунного ответа наблюдаются у больных ГС с дисфункцией щитовидной железы, повышенной продукцией глюкокортикоидов и гиперпролактинемией, что может быть связано с разнонаправленным влиянием на системы индукции и реализации иммунных реакций.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, наличие гипоталамического синдрома у женщин репродуктивного возраста оказывает негативное воздействие на основные параметры системного иммунитета, причем в зависимости от особенностей эндокринологического ста-

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

## Роль порушень системного імунітету в розвитку гіпоталамічного синдрому

*І.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов*

Результати проведених досліджень показали, що наявність гіпоталамічного синдрому у жінок репродуктивного віку негативно впливає на основні параметри системного імунітету, причому залежно від особливостей ендокринологічного статусу. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу лікувально-профілактичних та діагностичних заходів.

**Ключові слова:** гіпоталамічний синдром, репродуктивний вік, системний імунітет.

## Role of infringements of system immunity in development hypotalamical syndrome

*I.O. Fortuna, L.V. Mnih, K.V. Hodorchuk, S.V. Dereshov*

Results of the lead researches have shown, that presence hypotalamical syndrome at women of reproductive age renders negative influence on key parameters of system immunity, and depending on features endocrinological status. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of treatment-and-prophylactic and diagnostic actions.

**Key words:** hypotalamical syndrome, reproductive age, system immunity.

## ЛИТЕРАТУРА

- Андрусенко А.Б. Эндокринные заболевания и синдромы. Классификация. – М.-Запорожье. – 2008. – 87 с.
- Гельман В.Я. Медицинская информатика: практикум. – СПб.: Питер. – 2011. – 189 с.
- Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. – СПб. – 2009. – 252 с.
- Кокolina В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. – М.: Информатик. – 2007. – 105 с.
- Минцер А.П. Новые информационные технологии в медицине // Журнал практического врача. – 2009. – № 2. – С. 33–35.
- Потемкин В.В. Гипоталамический синдром пубертатного периода // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 51–53.
- Щербинская Е.С. Коррекция нарушений менструального цикла у пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 2. – С. 80–89.

## Особенности женского бесплодия при сочетанной патологии матки

А.В. Колесник

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанная патология матки является причиной нарушений репродуктивной функции женщин. Установленные патогенетические особенности свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** нарушения репродуктивной функции, сочетанная патология матки, патогенез.

Нарушения репродуктивной функции женщин являются следствием множества причин, где маточный фактор составляет 24–62% [1]. В структуре внутриматочной патологии преобладает хронический эндометрит, более чем в 2 раза превышая распространенность других заболеваний [2, 3]. Его частота наиболее высока (17,2–67,7%) у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, неудачами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [1–5], при невынашивании беременности (34–73,1%) [1]. Реже встречаются полипы эндометрия, частота выявления которых колеблется от 12,3 до 32%. Часть женщин с внутриматочными синехиями составляет от 3 до 13%, с миомой матки при субмукозной локализации узлов – от 4 до 20% [2, 3].

В литературе, посвященной проблемам ВРТ и невынашивания беременности, описаны различные внеэнологические структурно-функциональные изменения в эндометрии, которые могут быть самостоятельной причиной нарушений репродуктивной функции: расстройства субэндометриального кровотока, несоответствие структуры эндометрия дню менструального цикла, склеротические и иммунологические изменения в эндометрии [1–5].

Лечение при внутриматочной патологии, как правило, медикаментозное при хроническом эндометрите или хирургическое при наличии полипов эндометрия, внутриматочных синехий, перегородки, субмукозной миомы матки. Хирургическое вмешательство позволяет восстановить анатомическую целостность полости матки в 93–96% случаев, в то время как беременность наступает лишь у 15–50% женщин [1]. Лекарственная терапия хронического эндометрита недостаточно результативна, о чем свидетельствует его высокая частота у женщин с нарушением репродуктивной функции, многократно применявших медикаментозное лечение.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме женского бесплодия нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в аспекте изучения патогенетических особенностей нарушений репродуктивной функции при сочетанной маточной патологии.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности изучаемой научной проблемы.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение патогенетических аспектов нарушений репродуктивной функции при сочетанной патологии матки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное клинико-лабораторное, функциональное и иммуногистохимическое обследование 109 женщин с сочетанной патологией матки и нарушением репродуктивной функции. Пациентки с хроническим эндометритом и сопутствующей генитальной патологией сформировали 1-ю (n=69) и 2-ю (n=19) группы. В 3-ю (n=21) группу были включены женщины после различных внутриматочных манипуляций.

*Критериями включения:*

- возраст 18–39 лет;
- наличие маточного фактора бесплодия или невынашивания беременности;
- регулярный ритм менструаций;
- отсутствие нарушений гормонального гомеостаза и гемостазиограммы;
- для 1-й и 2-й групп – наличие гистологической верификации хронического эндометрита;
- для 3-й группы – наличие эходоплерометрических признаков структурно-функциональных нарушений в эндометрии.

Для изучения новых аспектов патогенеза нарушения репродуктивной функции у женщин с сочетанной патологией матки иммуногистохимическое исследование эндометрия проводили методом двойных антител с иммунопероксидазной (стрептовидин-биотиновой) меткой, использовали серийные парафиновые срезы. В качестве первичных антител использовали следующие моноклональные антитела: CD138 – маркер плазматических клеток («Novocastra Lab. Ltd»); CD68 – маркер моноцитов/макрофагов («Dako Cytomation»); EGF – эпидермальный фактор роста («Sigma»); VEGF – сосудистый эндотелиальный фактор роста («Dako Cytomation»); TNF- $\alpha$  – фактор некроза опухоли- $\alpha$  («R&D systems»); TGF- $\beta$  – трансформирующий фактор роста- $\beta$  («R&D systems»); ER – рецепторы к эстрогенам типа  $\alpha$  («Novocastra Lab. Ltd»); PR – рецепторы к прогестерону типа A и B («Novocastra Lab. Ltd»); Ki-67 – маркер клеточной пролиферации («Dako Cytomation»); Apo-protein – маркер апоптоза («Novocastra Lab. Ltd»); коллагены III и IV типов («Dako Cytomation»). Определение концентрации факторов ангиогенеза (VEGF, sVEGF-R1, sVEGF-R2) в сыворотке крови и цервикальной слизи проводили согласно стандартному протоколу иммуноферментным методом с помощью тест-систем фирмы «R&D Systems», США.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что возраст обследованных женщин варьировал от 22 до 39 лет, достоверно по группам не отличался и составил в среднем  $32,0 \pm 0,7$  года. Преобладали пациентки 30 и более лет.

Ведущими факторами, обуславливающими нарушения восприимчивости эндометрия к беременности, являются воспалительные заболевания нижнего отдела

полового тракта, хронический сальпингоофорит, осложненное течение беременности и родов, врачебные манипуляции. В проведенном исследовании доля больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем составила 37,2%, неспецифические вагиниты перенесли 71,3% женщин. Хронический сальпингоофорит выявлен у 59,7% пациенток, что в 4 раза превышало показатели фертильных женщин. Невынашивание беременности в анамнезе и осложненное течение послеабортного периода отмечено в 5 раз чаще, чем у женщин без нарушений репродуктивной функции. У 18,2% больных выявлена привычная потеря беременности. В анамнезе всех обследованных женщин были внутриматочные вмешательства, причем у каждой второй – дважды, а у каждой четвертой – три и более (до 6) раз. Средний показатель количества внутриматочных вмешательств на одну женщину составил  $2,5 \pm 0,4$ , что является достаточно высоким показателем и указывает на высокий риск травматического фактора нарушения восприимчивости эндометрия к беременности.

При оценке причин женского бесплодия большое значение имеют сопутствующие гинекологические заболевания. Поэтому, мы уделили особое внимание изучению сопутствующей патологии репродуктивной системы. У 28,5% женщин, вошедших в исследование, выявлена лейомиома матки, у 15,9% – генитальный эндометриоз, не требующие на данном этапе хирургического лечения или после него. Количество больных с лейомиомой матки и генитальным эндометриозом в исследуемых группах достоверно не отличалось.

У пациенток с бесплодием его средняя продолжительность составила  $6,2 \pm 0,4$  года. Преобладало вторичное бесплодие, составляя 64,2%. Длительность хронического эндометрита у пациенток 1-й и 2-й групп составила  $7,4 \pm 0,7$  и  $6,5 \pm 0,7$  года соответственно. Ретроспективное изучение оказанной медицинской помощи показало, что желание иметь детей послужило причиной активного лечения у большинства обследованных женщин. Противовоспалительная (включая антибактериальную) терапия ранее проведена у 93,3% больных, причем в половине случаев – неоднократно. Гормональные препараты ранее назначались 66,2% больных. Эндоскопические хирургические вмешательства на органах репродуктивной системы выполнены у 46,7% пациенток. Более половины женщин использовали программы ВРТ, которые не принесли желаемого эффекта. Количество попыток варьировало от 1 до 18, составляя в среднем  $2,9 \pm 0,6$  попытки на пациентку, при этом 82,2% больных имели неоднократные неудачи. Анализ данных о предшествующем лечении позволяет констатировать, что обследованных женщин длительно и безуспешно лечили с использованием медикаментов, хирургических и вспомогательных репродуктивных технологий.

Оценка клинической картины у пациенток с патологическими изменениями полости матки и эндометрия, после завершения хирургического и медикаментозного этапов лечения, выявила ряд симптомов. Только у 32,2% женщин единственной жалобой было нарушение репродуктивной функции. Перименструальные мажущие выделения отмечены у 40,6% (1-а группа – 46,7%; 2-а – 36,8%; 3-я – 23,8%), боли в нижних отделах живота у 17% (1-а группа – 17,9%; 2-а – 18,4%; 3-я – 11,9%), гипоменорея – у 10,2% (1-а группа – 8,6%; 2-а – 10,5%; 3-я – 11,9%) больных.

Результаты лабораторно-инструментального обследования подтвердили наличие различных структурно-функциональных изменений эндометрия, которые мог-

ли быть самостоятельным фактором, препятствующим имплантации и успешному развитию беременности.

Морфологическое исследование эндометрия после лечения хронического эндометрита, проведенное у 20 больных 2-й группы, выявило полное восстановление морфологической структуры эндометрия только у десятой части пациенток. В остальных случаях плазматические клетки отсутствовали, но сохранялись воспалительные инфильтраты и/или фиброз. Иммуногистохимическое исследование эндометрия у женщин этой же группы, показало, что количество макрофагов (CD 68) было повышено на 33,2%; уровень экспрессии EGF – на 23,2% по сравнению с экспрессией аналогичных маркеров у здоровых женщин. Сохранялись нарушения ангиоархитектоники ткани в виде накопления коллагенов III (повышен в 2 раза) и IV типа – (повышен на 7,2%) с образованием зон интерстициального и периваскулярного склероза, формированием сосудов капиллярного типа и экспрессия TGF- $\beta$ . Выявлен дисбаланс содержания рецепторов эстрогенов и прогестерона в строме и паренхиме (гиперэкспрессия в железах) и нарушение их соотношения (преобладание PR в пролиферативную фазу). Важно подчеркнуть, что медикаментозное лечение позитивно повлияло на динамику всех вышеперечисленных маркеров, но не произошло изменения экспрессии коллагена III типа, преобладающего при хроническом эндометрите, и восстановления физиологического соотношения стероидных рецепторов.

В последние годы, при исследовании патогенеза различных заболеваний женской половой сферы, значимых для реализации репродуктивной функции, большое внимание уделяют состоянию системы ангиогенеза. Оценка концентрации факторов ангиогенеза, проведенная у 37 обследованных нами больных 1-й и 2-й групп, выявила повышение содержания VEGF-A в 2,7 раза в плазме крови и в 3,5 раза в цервикальной слизи, которому сопутствовало изменение концентрации его рецепторов. Выявленный высокий проангиогенный потенциал дистантно определяемых маркеров, который сохранялся после медикаментозного этапа лечения, подтвержден данными иммуногистохимического исследования эндометрия, демонстрирующего активность неоангиогенеза в данной группе больных, судя по плотности новообразованных сосудов и экспрессии EGF. Известно, что важную роль в синтезе VEGF играют ишемия и гипоксия, поэтому возможно, при сочетанной патологии матки именно ишемия ткани, обусловленная её патологической пространственной организацией с накоплением коллагенов или локальной гиперкоагуляцией вследствие воздействия Th-1 цитокинов поддерживает высокий уровень ангиогенеза в эндометрии.

Особый интерес представляет обнаруженное нами существенное повышение уровней VEGF-A и sVEGF-R1 в цервикальной слизи у пациенток с хроническим эндометритом и сопутствующими лейомиомой матки и генитальным эндометриозом (у женщин без сопутствующих лейомиомы матки и эндометриоза: VEGF-A –  $187,5 \pm 79,3$  пг/мл, sVEGF-R1 –  $50,7 \pm 13,8$  пг/мл; при наличии указанных заболеваний: VEGF-A –  $211,8 \pm 86,4$  пг/мл, sVEGF-R1 –  $64,0 \pm 21,5$ ,  $p < 0,05$ ) при отсутствии достоверных различий на системном уровне (VEGF-A в сыворотке крови соответственно  $304 \pm 89,1$  пг/мл и  $292,1 \pm 54,6$  пг/мл;  $p > 0,05$ ), т.е. повышение проангиогенного потенциала играет значительную роль в патогенезе сочетанной патологии

матки и нарушений репродуктивной функции, что может объяснять выявленные нами различия.

### Выводы

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанная патология матки является причиной нарушений репродуктивной функции женщин. Установленные патогенетические особенности свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

#### Особливості жіночого безпліддя при поєднаній патології матки А.В. Колесник

Результати проведених досліджень свідчать, що поєднана патологія матки є причиною порушень репродуктивної функції жінок. Встановлені патогенетичні особливості свідчать про необхідність більш поглибленого вивчення даної проблеми для розробки ефективного алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** порушення репродуктивної функції, поєднана патологія матки, патогенез.

#### Features of female barrenness at complex uterus pathologies A. V. Kolesnik

Results of the spent researches testify, that complex the uterus pathology is the reason of infringements of reproductive function of women. The established clinical features testify to necessity of more profound studying of the given problem for working out of effective algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *infringements of reproductive function, complex uterus pathology, patogenesis.*

### ЛИТЕРАТУРА

1. Грищенко В.И., Щербина Н.А. Женское бесплодие: состояние проблемы // Международный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 89–92.
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – Санкт-Петербург: СОТИС. – 2005. – 134 с.
3. 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.
4. Шарাপова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения // Вопр. гинек. акуш. перинат. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 7–10.
5. Шуршалина А.В. Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 54–56.

## Иммуногенетическое бесплодие – как фактор риска неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий

И.Е. Палыга

Национальная медицинская академия последиplomного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев  
Клиника репродуктологии «Альтернатива», г. Львов

Полученные результаты показали значение аллогенности супружеских пар по системе HLA II класса в формировании иммунологического бесплодия как самостоятельной нозологической формы и как фактора, который может сопровождать другие формы бесплодия, что прогнозирует неэффективность его лечения. Все это делает необходимым исследование комплекса гистосовместимости супружеской пары при бесплодии неясного генеза, а особенно при неудачных попытках вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** *вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.*

Проблема infertility супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и огромное социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2009) более 100 млн супружеских пар бесплодны и их число с каждым годом увеличивается. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 20% до 30% [3, 10]. Причиной бесплодного брака в 40–50% случаев является патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже – в 25–30% у обоих [4, 11]. ВОЗ выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. Женское бесплодие встречается у 35–40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30–35% (WHO, 2009).

Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются наиболее эффективными в преодолении различных форм мужского и женского бесплодия. Они развиваются и совершенствуются, с их помощью в мире родилось более 2 млн детей. Однако, несмотря на все достижения, частота развития беременности все еще остается сравнительно низкой и составляет 25–30% на цикл лечения, причем за последние 10 лет этот показатель значительно не изменился [1–12].

По всей видимости, это связано с большим числом разнообразных факторов, влияющих на репродуктивный процесс. Ряд авторов, разделяя мнение о влиянии мужского и женского факторов на зачатие и развитие эмбриона, обращают внимание, что сочетание этих составляющих может колебаться от 40% до 80% [1–12].

Поиск прогностических критериев эффективности ВРТ представляет широкое поле для научно-практических исследований, что подтверждают материалы 27-й ежегодной конференции Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (Стокгольм, 2011).

В последние годы особое внимание уделяли изучению влияния системы HLA у бесплодных супружеских пар с позиции повышения результативности методов ВРТ [4–6]: достоверно доказано, что сенсибилизация беременных к отцовским HLA-антигенам плода, сходство супругов по HLA, присутствие в HLA-фенотипе родителей определенных антигенов приводит к спонтанным выкидышам, тяжелым формам преэклампсии, врожденным порокам развития плода, снижению сопротивляемости потомства к неблагоприятным факторам окружающей среды, что и явилось причиной изучения HLA-системы в нашей работе, для уточнения влияния роли HLA-системы II класса в формировании бесплодия и неудач ВРТ.

Все изложенное выше свидетельствуют о необходимости повышения эффективности ВРТ.

**Целью** настоящего научного исследования было повышение эффективности ВРТ на основе проведения клинического анализа их неэффективных попыток при иммуногенетических факторах бесплодия.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была выделена основная группа с иммуногенетическими факторами бесплодия (100 супружеских пар с неудачными попытками ВРТ и с выявленной аллогенностью по HLA – системе).

Группу сравнения составили 50 женщин без нарушений фертильности. У этих женщин была подтверждена нормальная структура эндометрия.

До начала цикла ВРТ проводилось тщательное обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, ультразвуковое исследование, клинико-лабораторные, биохимические и гормональные исследования.

Все исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» (2000).

Цитогенетическое исследование проводили всем супружеским парам по методике 72-часового культивирования ФГА-стимулированных лимфоцитов периферической крови с последующим дифференциальным окрашиванием (G-окраска), при использовании светового микроскопа с кратным увеличением объектива 100х и окуляров 15х. У каждого пациента было проанализировано не менее 13 метафаз.

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

Все обследованные давали информированное согласие на участие в исследовании.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из женщин основной группы были выделены подгруппы по преимущественному фактору бесплодия. Нами представлены характерные признаки пациенток выделенных подгрупп.

Для первой подгруппы (сингенные по HLA-системе) было характерно: в анамнезе гиперпролактинемия наблюдалась у 56,3%; хронический сальпингоофорит – у 39,5%; хронический пиелонефрит – у 31,3%; наружный эндометриоз и маточный фактор – у 25,2%; неразвивающиеся беременности – у 20,4%; эктопия шейки матки – у 18,8%, аденомиоз – у 14,6% пациенток.

Для второй подгруппы (частично аллогенные по HLA-системе) было характерно: неразвивающиеся беременности – у 20,5%; отсутствие гинекологических заболеваний воспалительного генеза – у 20,2% и сальпингоофорит – у 11,5%.

Для третьей подгруппы (аллогенные по HLA-системе) было характерно: наличие в анамнезе гинекологических заболеваний – у 62,2%, сальпингоофорит – у 24,4%; наименьшее количество неразвивающихся беременностей – у 10,2%.

В структуре причин бесплодия у обследованных женщин при вторичном бесплодии преобладают трубно-перитонеальный и маточный факторы, тогда как при первичном – эндокринный и иммунологический факторы.

Однако кроме системных, общих причин неудач ВРТ, мы выявили и специфические по характеру и эквивалентные по результату, но различные по выраженности структурно-функциональные изменения эндометрия, снижающие его имплантационный потенциал и препятствующие успешному развитию беременностей, такие как нарушения микробиотоза цервикального канала и полости матки, расстройства субэндометриального кровотока, склеротические изменения в эндометрии, иммунологические нарушения, включая дисбаланс цитокинов в фолликулярной жидкости.

Проведенный анализ продемонстрировал, что у пациенток основной группы выявленный ведущий фактор бесплодия, скорее всего, являлся вторичным, сформировавшимся вследствие лечения уже существующего бесплодия. На первостепенное значение аллогенности по HLA-антигенам в генезе репродуктивных нарушений у этих супружеских пар указывает факт наличия беременностей и рождение детей в предыдущих браках, а также большое число неразвивающихся беременностей в настоящем браке.

Бесспорным подтверждением значения аллогенности системы HLA в генезе репродуктивных нарушений и неудач ВРТ явился тот факт, что у 63,9% пар с бесплодием неясного генеза определена сингенность по HLA-антигенам II класса. Вероятно, совместимость супругов по HLA антигенам II класса может быть самостоятельной причиной бесплодия, или же она усугубляет имеющиеся нарушения, обуславливая неудачи лечения.

Нами выявлена четкая зависимость нарушений репродуктивной функции от сингенности супружеских пар по HLA-антигенам II класса.

У 48,2% женщин, частично аллогенных с супругом по HLA-антигенам II класса, отмечались эндокринные заболевания. Все виды нарушений менструального цикла преобладали у женщин с первичным бесплодием (20,4%) и частично аллогенных с супругом по HLA- антигенам II класса. Женщины из этих подгрупп имели сниженный индекс здоровья и у них заболевания, передающиеся половым путем отмечались в анамнезе в два раза чаще, чем у женщин, аллогенных с супругом по HLA-антигенам II класса.

При анализе частоты наступления беременностей у супружеских пар основной группы нами было выявлено, что беременность у женщин со вторич-

ным бесплодием чаще наступала у супружеских пар, аллогенных по HLA-антигенам II класса (70,1%), чем у супружеских пар, сингенных по HLA-антигенам II класса (46,5%). Важным обстоятельством является то, что у супружеских пар, сингенных по HLA-антигенам II класса, отмечено большее число самопроизвольных выкидышей (12,1%), неразвивающихся беременностей (42,9%) и аборт (20,4%). В подгруппе супружеских пар, аллогенных по HLA-антигенам II класса, достоверно меньше ( $p > 0,05$ ), чем, у сингенных супружеских пар, самопроизвольных выкидышей (10,9%), неразвивающихся беременностей (5,7%) и аборт (24,8%).

### ВЫВОДЫ

Полученные результаты показали значение аллогенности супружеских пар по системе HLA II класса в формировании иммунологического бесплодия как самостоятельной нозологической формы и как фактора, который может сопровождать другие формы бесплодия, что прогнозирует неэффективность его лечения. Все это делает необходимым исследование комплекса гистосовместимости супружеской пары при бесплодии неясного генеза, а особенно при неудачах ВРТ.

### Імуногенетичне безпліддя – як чинник ризику невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

*І.Е. Палига*

Отримані результати довели значення алогенності подружніх пар за системою HLA II класу у формуванні імунологічного безпліддя як самостійної нозологічної форми і як чинника, який може супроводжувати інші форми безпліддя, що прогнозує неефективність його лікування. Все це робить необхідним дослідження комплексу гістосумісності подружньої пари при безплідді неясного генезу, а особливо при невдалих спробах допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

### The immunogenetical barrenness as factor risk of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies

*I.E. Palyga*

The received results have shown value allogene married couples on system HLA of II class in formation immunological barrennesses as independent forms and as factor which can accompany other forms of barrenness that predicts an inefficiency of its treatment. All it does necessary complex research hystocompatibility a married couple at barrenness not clear genesis, and especially at failures ART.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2002. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифексов С.Б., Артифексова 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., Курносова 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. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязудинов 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.

## Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на развитие психопатологических расстройств

**М.М. Адамов**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины со вспомогательными репродуктивными технологиями составляет группу высокого риска по развития различных психологических нарушений, особенно тревожных расстройств. Динамика тревожных расстройств зависит от психосоциальных факторов или наличия гинекологического заболевания, явившегося причиной бесплодия. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая характеристика.

Современный уровень развития вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является залогом эффективного комплексного применения в лечении бесплодного брака [2–4].

Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, не только вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, но и способствует развитию пограничных психических расстройств [2–4].

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, которое существенно влияет на психоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса [2–4]. Дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые, служебные трудности вследствие затрат большого количества времени на посещение лечебных учреждений, финансовые расходы. Ухудшается качество жизни бесплодных 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 [2–4].

Следовательно, изучению гинекологических аспектов бесплодия посвящено большое количество исследований, но проблема развития полиморфизма клинических проявлений пограничных психических расстройств во время лечения методами ВРТ, влияния конкретного метода лечения на психическое состояние женщин остается мало освещенной, а имеющиеся зарубежные исследования носят психодинамический характер.

**Целью** настоящего научного исследования было изучение клинко-психопатологические закономерности формирования тревожных расстройств у женщин при ВРТ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленными задачами нами было обследовано 156 женщин, страдающие бесплодием обратившиеся в отделение вспомогательных технологий в лечении бесплодия. Все пациентки были обследованы и на основании клинко-психопатологического обследования по критериям международной классификации болезней 10 пересмотра было выявлено, что 81 женщина страдала пограничными психическими расстройствами. Контрольную группу составили 52 фертильные психически здоровые женщины.

В группу исследования вошли 81 женщина с пограничными психическими расстройствами, обратившиеся для проведения ВРТ со вторичным бесплодием. Всем пациенткам было проведено полное клинко-лабораторное обследование по схеме, принятой в отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия.

Для оценки психологического статуса пациенток и уровня тревожных расстройств изучали следующие показатели: тест Лазаруса и Фольшана; индекс жизненного стиля; опросник Леонгарда и шкала депрессии Бека [1].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что тревожные расстройства выявлялись у 52,0% женщин преимущественно старше 30 лет. Из них паническое расстройство диагностировано у 2,1% пациенток, генерализованное тревожное расстройство – у 35,2% пациенток, смешанные тревожно-депрессивные расстройства – у 19,5% пациенток.

По данным анамнеза тревожные расстройства у пациенток программы ВРТ выявлялись преимущественно в возрасте 25–30 лет при длительности бесплодия 2 года. Максимальный уровень тревоги регистрируется у женщин после трех лет лечения бесплодия. Уровень тревоги снижается после шести лет лечения. В то время как депрессивные расстройства дебютировали у женщин 30–35 лет.

Наследственность по пограничным психическим заболеваниям отягощена у 47,2% пациенток. Диагноз невроз был поставлен у 26,0% матерей наших пациенток, 53,2% их отцов страдали алкоголизмом. Треть пациенток (33,3%) воспитывалась в неполной семье. Среди этих пациенток ведущими – преморбидными личностными чертами в 33,3% наблюдений являлись тревожная мнительность и сенситивность; в 13,8% случаев – аффективная неустойчивость. Неврозом в детстве страдали 2,7% 9 женщин, психогенные вегетативные проявления встречались у 4,6% в виде тошноты, головокружения, непереносимости душных помещений. Черепномозговые травмы отмечены в анамнезе у 3,8% пациенток.



Достоверно чаще, чем у пациенток других групп, в данной группе встречались женщины с тревожно-мнительным характером, склонные с тревогой относиться к своему здоровью, что приводило к повторным диагностическим лапароскопическим операциям, чревосечениям, выполненными по поводу разрыва кисты яичника ( $p < 0,05$ ). Кроме того, среди у пациенток с тревожными расстройствами чаще наблюдались хронические воспалительные заболевания женской половой сферы, такие как хронический сальпингоофорит, гидросальпинксы и эндометрит (55,6%;  $p < 0,001$ ).

Изучение анамнеза у пациенток с тревожными расстройствами показало, что у 41,7% женщин были выявлены различные психогенные ситуации, которые предшествовали началу лечения. В остальных случаях тревожная симптоматика формировалась на фоне психовегетативных проявлений, сопровождавших процесс лечения в программе ВРТ. У пациенток с тревожными расстройствами, страдавших бесплодием, достоверно чаще встречалось сочетание нескольких психотравмирующих факторов: дисгармоничные отношения в семейной и сексуальной сфере (34,1% и 14,3% пациенток). Из них у 22,7% женщин отмечали наличие диспаурении; у 43,2% – снижение полового влечения; у 48,7% – редкие оргазмы. Повышенное половое влечение, с редкими оргазмами, было выявлено у 1,2% пациенток. В группе пациенток с депрессивными нарушениями достоверно чаще встречались болезнь близких родственников у 24,7%, смерть ребенка или супруга у 2,8%, конфликты, связанные со служебными обязанностями у 18,3% пациенток.

Сравнительный анализ используемых пациентками копинг стратегий по данным опросника Лазаруса выявил достоверные различия между группами. Большинство пациенток с тревожными нарушениями использовали стратегию «поиск социальной поддержки», что происходило в два раза чаще, чем среди пациенток с расстройствами адаптации с пролонгированной депрессивной реакцией ( $p < 0,001$ ). Адаптивная стратегия «решение проблемы» также значительно чаще ( $p < 0,001$ ) определялась в изучаемой группе с тревожными расстройствами. В то время как у пациенток с расстройствами адаптации наиболее предпочтительной оказывалась стратегия «избегания» (52,3%;  $p < 0,001$ ).

Результаты проведенного сравнительного анализа позволяют утверждать, что пациентки с тревожными и расстройством адаптации в программе ВРТ имеют ряд общих и отличительных характеристик.

К общим характеристикам следует отнести ряд клинических симптомов, скрытость которых ограничивает возможности феноменологического подхода в дифференциальной диагностике. Вместе с тем, выделение ведущего аффекта важно не только с теоретических позиций, но и для терапевтической тактики. Результаты проведенного анализа пациенток ВРТ показали, что у пациенток с тревожными расстройствами наблюдаются тревожно-мнительные черты в преморбиде, воспитание в условиях неполной семьи, наличие у матери невроза и алкоголизма у отца. С детства отмечались психогенные вегетативные расстройства. Наблюдался ранний дебют развития пограничных психических нарушений (до 30 лет). В анамнезе отсутствовала отягощенность по эндогенным психическим расстройствам. Динамика тревожных расстройств зависела от психосоциальных факторов или наличия гинекологического заболевания, явившегося причиной бесплодия. Кроме того, для выделения ведущего эмоционального состояния значимыми оказываются

ся показатели экспериментально-психологического обследования (тесты Бека, Спилбергера-Ханина).

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины со вспомогательными репродуктивными технологиями составляет группу высокого риска по развития различных психологических нарушений, особенно тревожных расстройств. Динамика тревожных расстройств зависит от психосоциальных факторов или наличия гинекологического заболевания, явившегося причиной бесплодия. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Вплив допоміжних репродуктивних технологій на розвиток психопатологічних розладів

**М. М. Адамов**

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з допоміжними репродуктивними технологіями складають групу високого ризику щодо розвитку різних психологічних порушень, особливо тривожних розладів. Динаміка тривожних розладів залежить від психосоціальних чинників або наявності гінекологічного захворювання, безпліддя, що з'явилося причиною. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, психологічна характеристика.

### Influence auxiliary reproductive technologies on development psychopathological frustrations

**M. M. Adamov**

Results of the spent researches testify that women with auxiliary reproductive technologies makes group of high risk on developments of various psychological infringements, especially disturbing frustration. Dynamics of disturbing frustration depends on psychosocial factors or presence of the gynecologic disease which was at the bottom of barrenness. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, the psychological characteristic.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2010. – 496 с.
2. Боярский К.Ю. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. – 2009. – № 1. – С. 33–37.
3. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем: бесплодного брака// Акуш. и гинек. – 2009. – № 6. – С. 3–4.
4. Дейнека Н.В., Мельченко Н.И. Психосоматические соотношения при бесплодии у женщин // Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – Иваново, 2011. – С. 147–150.

# Порівняльні аспекти різних методик допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя

*І.Л. Захаренко*

Одеський національний медичний університет МЗ України

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність проведення різних програм ДРТ при чоловічому чиннику безпліддя. При цьому використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, про і народження живої здорової дитини.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, чоловіче безпліддя.

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовують подружні пари з різними варіантами безпліддя, причому ефективність їх постійно підвищується [1–3]. В умовах сьогодення наголошується неухильне зростання долі чоловічого чинника в безплідному браку, яка досягає 50–60% [1–3].

Різноманіття чинників, що призводять до чоловічого безпліддя, можливість їх поєднання утрудняють вибір необхідних методів діагностики і лікування. Відновлення репродуктивної функції розтягується в часі і негативно відображається на ефективності лікування [1–3].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій проблему ДРТ не можна вважати повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення пацієнток з чоловічим чинником безпліддя.

**Мета дослідження** – підвищення ефективності лікування порушень репродуктивної функції при чоловічому чиннику безпліддя на основі удосконалення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при проведенні допоміжних репродуктивних технологій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 168 пар з чоловічим безпліддям (1 основна група), при цьому вживання програм ДРТ для лікування безпліддя було обумовлене станом репродуктивного здоров'я чоловіків.

1 основна група була розподілена на чотири підгрупи залежно від програми ДРТ, яка проводилася:

1.1 підгрупа – штучна інсемінація спермою чоловіка (ШИСЧ) (n=36 – 21,4%);

1.2 підгрупа – екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріонів (ЕКЗ) (n=53 – 31,5%);

1.3 підгрупа – ЕКЗ і перенесення ембріонів з технікою ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту (ІКСІ) (n=66 – 39,3%);

1.4 підгрупа – штучна інсемінація спермою донора (ШИСД) (n=13 – 7,7%).

У дослідження було також включено 60 жінок з трубно-перитонеальним чин-

ником безпліддя, які склали контрольну групу для безплідних пар з чоловічим чинником при проведенні програми ЕКЗ і ПЕ.

Серед розподілених безплідних пар по групах проводилося порівняння ефективності результатів лікування чоловічого безпліддя програмами ДРТ, що сприяло вирішенню одного з основних завдань справжнього дослідження – розробці алгоритму для вибору оптимальної програми ДРТ, яка забезпечує здобуття кінцевого результату – народження дитини, залежно від ступеня порушень патозооспермії.

Клінічне обстеження чоловіків починали з вивчення клініко-анамнестичних даних. Аналізували історію захворювання, вид безпліддя (первинне або вторинне), попереднє обстеження і лікування. Уточнювали частоту і характер перенесених соматичних, урологічних, інфекційних захворювань, а також різних травм. Звертали увагу на вживання лікарських засобів, здатних негативно вплинути на репродуктивну систему (транквілізатори, антидепресанти, цитостатики). Вивчали сексуальну і еякуляторну функцію.

Клінічне обстеження жінок проводили по загальноприйнятій схемі: оцінювали скарги пацієнток, час їх появи, уточнювали тривалість захворювання. При вивченні даних анамнезу аналізували спадковість, характер перенесених інфекційних, соматичних і гінекологічних захворювань, особливості раніше виконаних загальних і гінекологічних оперативних втручань.

В подружніх пар проводили мікробіологічні, ендокринологічні, морфологічні, рентгенологічні, ехографічні і генетичні дослідження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що при використанні ДРТ у жінок з приводу чоловічого безпліддя встановлені наступні анамнестичні особливості і чинники ризику:

- тривалість чоловічого безпліддя складає  $2,3 \pm 0,2$  року;
- частота соматичної захворюваності сягає 53,4% з переважанням патології шлунково-кишкового тракту (21,7%) і захворювань легенів (19,6%);
- рівень перенесених операцій на органах репродуктивної системи відповідає 72,2%, причому з приводу варикоцеле було прооперовано 34,9% чоловіків; у зв'язку з наявністю пахової грижі – 20,1% і крипторхізму – 7,2% пацієнтів;
- у 34,7% чоловіків мали місце шкідливі звички (куріння і алкоголь) і виробничі шкідливості.

Причини чоловічого безпліддя були встановлені у 47,2% пацієнтів, а невстановлені – 52,8%.

Серед встановлених причин переважали поєднання інфекцій статевих органів з патозооспермією (42,7%), варикоцеле з порушенням сперматогенезу (51,3%), гіпоандрогенія з астено- і олігозооспермією (24,5%).

Середній вік пацієнток, що використовують ДРТ з приводу чоловічого безпліддя складає  $31,5 \pm 3,1$  року, а серед особливостей репродуктивного анамнезу слід виділити наявність термінових пологів (22,2%); штучні аборти (13,7%) і невиношування (6,7%).

Ефективність ШИСЧ при проведенні ДРТ з приводу чоловічого безпліддя складає 20,4% – настання вагітності і 18,9% – пологи. Ефективність даного варіанту

ДРТ залежить від кількості зрілих фолікулів (3–4); числа сперматозоїдів в еякуляті (не менше 5 млн/мл); рівня швидко рухомих сперматозоїдів категорії «а» (більше 5%) і від об'єму введених в порожнину матки сперматозоїдів (1–5 млн).

За наявності чоловічого безпліддя в подружній парі ефективність ЕКЗ складає 72,6% – настання вагітності і 57,8% – пологи; при ІКСІ – 10,2% і 7,2%, а при ШІСД – 76,9% і 46,2% відповідно.

При використанні вдосконаленого нами алгоритму сумарна ефективність різних варіантів ДРТ за наявності чоловічого безпліддя складає 39,6% у вигляді настання вагітності, яка в 8,3% закінчується репродуктивними втратами і в 31,3% – розродженням жвавою дитиною.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

При проведенні ДРТ на тлі чоловічого безпліддя необхідно використовувати чотири програми з відповідною частотою:

- ШІСЧ (21,4%);
- ЕКЗ і ПЕ (31,5%);
- ЕКЗ і ПЕ з технікою ІКСІ (39,3%);
- ШІСД (7,7%).

Програму ШІСЧ необхідно проводити по вдосконаленому протоколу:

- проведення обов'язкової стимуляції овуляції з антиестрогеном і р-ФСГ для досягнення оптимального числа домінантних фолікулів в кількості не менше трьох.

- призначення «овуляторної» дози ХГ 5000 ОД досягнувши 1 домінантного фолікула до 21 мм або 3 фолікулів до 18 мм, а також при товщині ендометрія 8 мм

- оброблення сперми в градієнті щільності, що дозволяє отримати не менше 1–5 мільйонів рухливих сперматозоїдів для інсемінації.

- проведення процедури ШІСЧ через 35–36 год після введення «овуляторної» дози ХГЛ, техніка введення сперми має бути ідентична ембріопереносу.

За відсутності ефекту від проведення програми ШІСЧ при чоловічому чиннику безпліддя, показано проведення програми ІКСІ.

З метою контролю за ефективністю різними варіантів ДРТ при чоловічому безплідді необхідно використовувати медико-генетичне консультування, оцінку ендокринологічного статусу і враховувати наявність хронічного інфікування генітальної і екстрагенітальної локалізації.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про ефективність проведення різних програм ДРТ при чоловічому чиннику безпліддя. При цьому використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, але і народження жвавої здорової дитини.

## Сравнительные аспекты различных методик вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия

*И.Л. Захаренко*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности проведения различных программ вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить не только частоту наступления беременности, но и рождение живого здорового ребенка.

**Ключевые слова:** *вспомогательные репродуктивные технологии, мужское бесплодие.*

## Comparative aspects of various techniques of auxiliary reproductive technologies at the man's factor of barrenness

*I.L. Zaharenko*

Results of the spent researches testify to efficiency of carrying out of various programs of auxiliary reproductive technologies at the man's factor of barrenness. Use of the algorithm improved by us allows to raise not only frequency of approach of pregnancy, but also a birth of the live healthy child.

**Key words:** *auxiliary reproductive technologies, man's barrenness.*

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бесплодный брак : Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2005. – 611 с.
2. Богатырева Р.В. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты: Руководство для врачей / Р.В. Богатырева, Т.К. Иркина. – К.: ИЦ «Семья», 2006. – С. 5–8.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4. – С. 147–149.

# Бесплодие у пациенток с йоддефицитными заболеваниями: причины, диагностика и алгоритм лечения

**И.В. Комиссарова**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что внедрение разработанной нами комплексной программы с использованием апробированных профилактических и диагностических программ будет способствовать предотвращению и устранению факторов риска развития бесплодия, снижению частоты бесплодия, улучшению демографической ситуации и состояния здоровья будущих беременных.

*Ключевые слова:* бесплодие, йоддефицитные заболевания,

Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) – это патологические состояния, которые развиваются в условиях йоддефицита и могут быть предупреждены при нормализации потребления йода (ВООЗ, 2009). Так, по данным статистики четвертая часть населения планеты проживает в условиях дефицита йода, а сотни миллионов людей страдают от выраженных клинических последствий йодного дефицита – увеличения щитовидной железы и умственной отсталости. Кроме того, дефицит поступления йода в организм приводит к недостаточной продукции гормонов и более или менее выраженному снижению функциональной активности щитовидной железы [1–6].

У женщин детородного возраста, проживающих в йоддефицитных регионах, на первый план выступает нарушение функции репродуктивной системы, что является причиной частого бесплодия, невынашивания, нарушений менструального цикла и др. [3, 4]. Ежегодно у матерей с йодным дефицитом регистрируется более 30 тыс. мертворожденных (ВООЗ, ЮНИСЕФ, 2009).

Несмотря на большое количество работ, выполненных о взаимоотношениях действия тиреоидной и гонадной систем, до настоящего времени практически нет исследований, посвященных изучению влияния ЙДЗ на репродуктивную систему, структуру гинекологической патологии, механизмы развития нарушений репродуктивного здоровья и состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

Целью исследования было снижение частоты нарушений репродуктивного здоровья у женщин с ЙДЗ на основе изучения основных клинико-эндокринологических и функциональных параметров, а также оптимизации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 100 пациенток с бесплодием, которые были распределены на две группы:

1-я группа – 50 пациенток с бесплодием на фоне ЙДЗ;

2-я группа – 50 пациенток с бесплодием без ЙДЗ.

Контрольную группу составляли 20 женщин репродуктивного возраста без генитальной патологии.

Мониторинг йодного обеспечения женщин осуществляли в соответствии с рекомендациями к мониторингу региональных программ йодной профилактики в Украине. Уровень йодной обеспеченности устанавливали с помощью определения йода в моче по методу Sandell–Kolthoff. Кроме этого, определяли содержание йода в объектах окружающей среды методом вольтамперометрии с использованием внутреннего стандарта.

В работе были использованы следующие методы исследования: общеклинические; гормональные: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол (Э), прогестерон (ПГ), пролактин (Прл), тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) и тиреопероксидазе (АТ-ТПО); ультразвуковые: ультразвуковое исследование щитовидной железы; трансвагинальное и трансабдоминальное исследование матки и придатков; ультразвуковое исследование молочных желез; статистические.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что большинство пациенток обеих групп были в возрасте от 31 до 35 лет (1-я группа – 32,0% и 2-я – 30,0%), однако старше 40 лет было больше женщин в 1-й группе (1-я группа – 8,0% и 2-я – 2,0%). При этом, средний возраст пациенток с бесплодием на фоне ЙДЗ был достоверно выше в сравнении со 2-й группой (1-я группа – 34,4±2,1 года и 2 – 29,3±2,2 года;  $p < 0,05$ ).

При оценке социального статуса нами не установлено существенных отличий между группами: чаще всего пациентки с бесплодием были служащими (1-я группа – 32,0% и 2-я – 30,0%) и предпринимателями (по 28,0% в каждой группе).

Особый интерес представляют данные о сопутствующей экстрагенитальной патологии. Характерной особенностью полученных результатов является более высокая частота соматической заболеваемости у пациенток с бесплодием на фоне ЙДЗ. Особенно наглядно это оказывается при оценке уровня сердечно-сосудистых заболеваний (1-я группа – 14,0% и 2-я – 8,0%) и патологии ЖКТ (1-я группа – 12,0% и 2-я – 6,0%). Эти данные подтверждают более высокую частоту сопутствующей соматической заболеваемости у женщин с ЙДЗ (1-я группа – 48,0% и 2-я – 20,0%).

Согласно данным анамнеза, длительность бесплодия в обследованных пациенток варьировала от 1 до 15 лет. Анализ данных, представленных в таблице, показал, что у 10,0% женщин 1-й группы и в 18,0% женщин 2-й группы длительность бесплодия на момент обследования составляла 1 год. Кроме того, у 44,0% и 48,0% жен-

щин длительность бесплодия составляла 2–3 года, у 18,0% и 16,0% – 4–5 лет, у 14,0% – 6–7 лет, у 4,0% – 8–9 лет и только у 10,0% пациенток с бесплодием на ЙДЗ – более 10 лет. Эти отличия существенно повлияли и на средний показатель длительности бесплодия, который составлял в 3-й группе  $4,3 \pm 0,3$  года и в 4-й –  $3,1 \pm 0,2$  года, что достоверно меньше ( $p < 0,05$ ).

В других лечебных учреждениях раньше обследовались и лечились по поводу бесплодия 80,0% пациенток 1 группы и 72,0% 2 группы. Противовоспалительное лечение (иммунокоррекция, антибактериальная терапия, физиотерапевтическое лечение) назначалось 64,0% и 62,0% женщинам.

Лечение шейки матки методом диатермокоагуляции было выполнено 6,0% и 8,0% пациенток. Разные виды гормональной терапии (эстроген-гестагенные препараты, гестагены, клостилбегит, парлодел) чаще получали женщины с ЙДЗ (22,0% и 12,0%). Оперативное лечение было проведено 12,0% пациенткам 1-й группы и только 4,0% во 2-й группе, из них по поводу консервативной миомэктомии (4,0% и 2,0% соответственно), резекция яичников по поводу кист яичников – в 8,0% и 2,0% соответственно. У 1 (2,0%) пациентки из каждой группы лечения бесплодия проводилось с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Однако перечисленные виды лечения не привели к восстановлению репродуктивной функции ни у одной супружеской пары. 20,0% женщин в 1-й группе и 28,0% – во 2-й не обследовались и не получали ни одного лечения.

Анализ менструальной функции показал, что у 82,0% пациенток в 1-й группе и у 90,0% во 2-й группе был регулярный менструальный цикл. В одиночных случаях (6,0% и 4,0%) у больных обнаружена олигоменорея, аменорея (по 4,0%), дисфункциональные маточные кровотечения (8,0% и 2,0%).

Первичное бесплодие наблюдалось у 52,0% пациенток в 1-й группе и у 44,0% – во 2-й группе; вторичное – соответственно у 48,0% и 56,0% женщин. Исследование репродуктивной функции женщин со вторичным бесплодием показало, что у 14,0% и 12,0% в анамнезе были срочные физиологические роды, у 12,0% и 10,0% – внематочная беременность. Аборты отмечены у 26,0% и 24,0%, произвольные аборты – у 16,0% и 12,0% соответственно.

Следовательно, у большинства (88,0%) женщин с ЙДЗ длительность бесплодия в браке была более 2 лет, причем практически все они непрерывно лечились от бесплодия. Регулярный ритм менструаций был сохранен у 82,0% больных. Беременности в анамнезе были у 48,0% пациенток.

Обследование женщин включало данные общего объективного исследования (подсчет весо-ростового индекса, особенность оволосения, наличие галактореи) и данные гинекологического осмотра. Показатель весо-ростового индекса отвечал норме у 76,0% и 78,0% пациенток, повышение более  $25 \text{ кг/м}^2$  – у 8,0% и 10,0% женщин и у 16,0% и 12,0% пациенток показатели весо-ростового индекса были снижены.

Особенности оволосения изучены у всех пациенток. У 68,0% и 72,0% пациенток гирсутное число было в пределах нормы и колебалось от 3 до 7 баллов. Пограничное гирсутное число в 8–12 баллов было выявлено у 24,0% и 26,0%; повышенное (13–18 баллов) – у 8,0% и 2,0% соответственно.

При пальпаторном обследовании молочных желез галакторея разной степени обнаружена у 8,0% и 4,0% пациенток.

Результаты гинекологического обследования и кольпоскопии свидетельствуют о наличии эктопии цилиндрического эпителия шейки матки у 10,0% и 8,0% женщин, у одной в каждой группе обнаружена лейкоплакия шейки матки (по 2,0%), явления цервицита – у 72,0% и 66,0% соответственно, у 16,0% и 20,0% пациенток патологии шейки матки обнаружено не было.

Таким образом, результаты проведенной клинической характеристики позволяют обнаружить следующие отличия в зависимости от наличия ЙДЗ:

- пациентки с бесплодием на фоне ЙДЗ были достоверно старше, в среднем, на 3–4 года;
- частота сопутствующей экстрагенитальной патологии была выше на фоне ЙДЗ в 2,4 раза;
- длительность лечения бесплодия на фоне ЙДЗ была большей, в среднем, на 1 год;
- среди разных методов лечения бесплодия у пациенток из ЙДЗ чаще применяли гормональную коррекцию и оперативное лечение;
- нарушения менструальной функции чаще имели место у пациенток из ЙДЗ;
- первичное бесплодие чаще встречалось у женщин из ЙДЗ, а вторичное – без ЙДЗ.

Всем пациенткам 1-й группы с бесплодием на фоне ЙДЗ, независимо от наличия или отсутствия воспалительных заболеваний гениталий в анамнезе, проводился скрининг на сексуально трансмиссивные и вирусные заболевания.

Самой распространенной формой инфекции оказалась гарднереллезная (бактериальный вагиноз), в сумме (моно+смешанная инфекция) она составляла 44,0%, то есть почти у половины женщин с бесплодием есть нарушения эко-системы влагалища. Бактериальный вагиноз, вызванный усиленным размножением преимущественно облигатно-анаэробных бактерий и резким снижением кислотности влагалища и концентрации лактобацилл, может пагубно влиять на сперматозоиды, которые попадают во влагалище и таким образом снизить фертильность.

Вторая наиболее распространенная ИППП у женщин с бесплодием оказалась хламидийная, которая в сумме (моно+смешанная) составляла 42,0%. Особенностью этой инфекции является то, что она часто не имеет явных клинических проявлений, но вызывает изменения в урогенитальном тракте от умеренно выраженного воспаления к фиброзу, как в маточных трубах, так и в эндометрии, в результате чего происходит нарушение процесса вживления зародыша, увеличиваются случаи внематочной беременности.

Третьей за частотой оказались цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) и микоплазмоз (20,0%). Вирус ЦМВИ вызывает чаще бессимптомные формы заболевания половых путей. Данная инфекция опасна еще и тем, что поражая эмбрион, может привести к ранним произвольным выкидышам. Роль микоплазмоза в развитии бесплодия заключается в том, что он вызывает воспалительные процессы в урогенитальном тракте, а колонизация микоплазмами эндометрия является причиной инфицирования плодового яйца и прерывание беременности в ранние сроки.

Аналогично действует и вирус герпеса, который по суммарной оценке занимает четвертое место – 16,0%. Кроме того, вирусные ДНК, встраиваясь в генетичес-

кий материал лимфоцитов крови и половых клеток, могут вызывать хромосомные aberrации, и быть причиной произвольных выкидышей в начале беременности.

Пятое место среди ИППП занимает уреоплазмоз – 14,0%. Данная инфекция рядом с хламидиозом и микоплазмозом также вызывает воспалительные процессы в половых органах, может быть причиной хромосомной aberrации в культурах лимфоцитов и половых клеток и, как следствие, причиной произвольных выкидышей.

Особенностью хода ИППП в современных условиях является то, что мы часто имеем дело с ассоциацией инфекций. У 40% обследованных обнаружены смешанные инфекции. Заболевания, предопределенные смешанной инфекцией, клинически протекают тяжелее, более длительно, на их фоне возникают разные осложнения, в виде спаечного процесса, непроходимости маточных труб, эндометритов, что нарушают процесс зачатия плодового яйца.

Рентгенологическое обследование состояния маточных труб проведено за общепринятой методикой. Непроходимость маточных труб в разных отделах обнаружена у 11 пациенток 1-й группы (22,0%), признаки спаечного процесса в малом тазу разной степени выраженности при проходимых маточных трубах у 8 (16,0%). Изъяны развития матки по типу единорогой матки обнаружены у 1 (2,0%) пациентки, по типу двурогой – у 1 (2,0%) пациентки.

Следовательно, по данным гистеросальпингографии, признаки трубно-перитонеального фактора бесплодия обнаружены у 15 с 50 больных (30,0%), причем у каждой второй – при нарушении проходимости маточных труб. Порок развития гениталий обнаружен в 4,0% случаев.

Ультразвуковое исследование органов малого таза было проведено всем 50 пациенткам. Разные патологические изменения органов малого таза обнаружены у 26 женщин (52,0%). Из них у 6 пациенток (23,1%) диагностированы признаки хронического эндометрита, у 3 (11,5%) – субсерозная лейомиома матки разных размеров и локализации, у 2 (7,7%) – кисты яичников, у 3 (11,5%) – эндометриоз, у 13 пациенток (50,0%) – кистозноизмененные яичники.

Следовательно, при УЗИ патологические изменения гениталий диагностируются практически у каждой второй больной женщины, которая обращается за помощью по поводу бесплодия.

Все больные с бесплодием измеряли базальную температуру. При этом оценка функционального состояния по данным базальной температуры показала, что у 27 (54,0%) пациенток наблюдались двухфазные менструальные циклы с длительностью II фазы 11–14 дней и подъемом базальной температуры более чем на 0,5 °С. У 16 (32,0%) обнаружены двухфазные циклы с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ), длительностью менее 10 дней. У 7 (14,0%) пациенток диагностирована ановуляция с монофазной базальной температурой.

Эндокринологическое исследование было проведено у всех пациенток с бесплодием на фоне ЙДЗ.

При оценке уровня ПГ в крови во второй фазе менструального цикла (18–22 дня цикла) у 32 (64,0%) пациенток с двухфазным овуляторным менструальным циклом и у 15 (30,0%) женщин из НЛФ цикла уровень ПГ в среднем составлял  $13,9 \pm 1,2$  нмоль/л, что подтвердило наличие овуляции у данной группы больных,

но у 13 (26,0%) пациенток уровень ПГ находился на нижнем пределе нормы в лютеиновой фазе цикла ( $10,6 \pm 1,1$  нмоль/л).

Исследование уровня ПГ в крови у 7 (14,0%) женщин с ановуляторным менструальным циклом на 18–22-й день менструального цикла указало на достоверное снижение уровня ПГ ( $6,2 \pm 0,5$  нмоль/л;  $p < 0,01$ ).

Уровень Е2 у 8 (16,0%) пациенток с ановуляцией составлял в среднем  $13,1 \pm 1,2$  нмоль/л, что свидетельствовало о его снижении ( $p < 0,001$ ).

Уровень Прл в пределах нормы был у 42 (84,0%) пациенток и составлял в среднем  $320,3 \pm 28,2$  мМЕ/мл. У 8 (16,0%) пациенток отмечали повышение уровня гормона в плазме крови до  $1450,5 \pm 126,8$  мМЕ/мл. Увеличение уровня Прл, возможно, обусловлено снижением уровня тиреоидных гормонов – субклиническим гипотиреозом, поскольку у этих же женщин установлено снижение уровня тиреоидных гормонов.

Определение уровня гонадотропных гормонов у 24 пациенток с ановуляторным менструальным циклом и недостаточностью лютеиновой фазы показало, что у 2 (8,3%) женщины наблюдали повышение уровня ЛГ со средним значением  $32,39 \pm 3,8$  мМЕ/мл; у 1 (4,2%) пациентки базальный уровень ЛГ был ниже нормы – 0,60 мМЕ/мл; у остальных (87,5%) уровень ЛГ был в пределах нормы, среднее значение его составляло  $5,1 \pm 0,5$  мМЕ/мл.

Уровень ФСГ не отличался от нормативных показателей у 49 (98,0%) пациенток и в среднем составлял  $6,1 \pm 0,7$  мМЕ/мл; у 1 (2,0%) пациентки он был более высоким нормы – 17,3 мМЕ/мл.

Оценку андрогенного статуса проводили по степени гирсутизма и результатам гормонального исследования. Повышенное гирсутное число было отмечено у 4 (8,0%) пациенток. При гормональном обследовании обнаружено, что уровень Т у большинства больных – 48 (96,0%) был в пределах нормы –  $2,4 \pm 0,2$  нмоль/л. Достоверное его повышение наблюдалось у 2 (4,0%) пациенток со средним значением свободного тестостерона –  $4,9 \pm 0,5$  нмоль/л. Уровень кортизола в плазме крови в пределах нормативных показателей был отмечен у 47 (94,0%) и у 3 (6,0%) женщин обнаружено повышение содержания, среднее значение –  $764,2 \pm 65,8$  нмоль/л.

Уровень 17-КС в моче был в пределах нормы у 46 (92,0%) пациенток и составлял  $10,6 \pm 1,1$  мкмоль/л. У 4 (8,0%) пациенток обнаружено повышение 17-КС до  $27,3 \pm 2,8$  мкмоль/л.

Следовательно, анализ показателей андрогенного статуса по данным гирсутного числа и андрогенных фракций позволил обнаружить гирсутизм у 8,0% больных, и в половине случаев сопровождался повышением уровня андрогенов.

Известно, что эндемический зоб является самым частым проявлением йодной недостаточности в окружающей среде. При йодной недостаточности в организме женщин за счет мобилизации центральных и внутренних регулировочных механизмов до определенного времени поддерживается гомеостаз, сначала без увеличения щитовидной железы (ЩЗ), а дальше происходит компенсаторное увеличение ЩЗ при отсутствии или наличии клинических симптомов нарушения ее функции.

Субклинический гипотиреоз является небезразличным для женщин репродуктивного возраста, особенно в критические периоды, поскольку тиреоидные гормоны принимают участие почти во всех процессах жизнедеятельности организма.

Учитывая все сказанное, мы изучили тиреоидный статус женщин, страдающих

бесплодием. Для оценки функционального состояния ЩЗ у всех бесплодных определяли уровень ТЗ, Т4 и ТТГ.

При анализе уровней тиреоидных гормонов нами обнаружены изменения, характерные для субклинического гипотиреоза: одновременное достоверное повышение уровня ТТГ и снижение концентрации ТЗ и Т4.

Среди всех обследованных женщин с бесплодием на фоне ЙДЗ увеличения ЩЗ до 1–2 ст. были отмечены у 26,0% пациенток. Повышение уровня ТТГ и снижение ТЗ и Т4 отмечено у 34,0% женщин; повышение уровня ТЗ и Т4 – у 8,0%, нормальное количество тиреоидных гормонов (эутиреоз) – у 58,0% женщин.

Следовательно, при исследовании гормонального статуса у 46,0% случаев были те или другие отклонения в уровнях гормонов. У 13 (26,0%) женщин с двухфазным менструальным циклом уровень ПГ находился на нижнем пределе нормы. Возможно, при таких уровнях ПГ не происходит достаточная секреторная трансформация эндометрия, необходимая для вживления плодового яйца. У 7 (14,0%) женщин с ановуляторным менструальным циклом, диагностированным путем функциональной диагностики, при определении ПГ и у 8 (16,0%) женщин при определении Э2 наблюдалось его достоверное снижение, у 2 (4,0%) женщин при этом отмечалось повышение уровней ФСГ и ЛГ, в одном случае (2,0%) наблюдалось снижение уровня ЛГ и повышение уровня ФСГ. Среди всех женщин с бесплодием в 16,0% наблюдений обнаружено гиперпролактинемия. При данных состояниях отсутствуют условия для созревания яйцеклетки и следовательно для наступления беременности.

При анализе нарушений менструальной функции у женщин с субклиническим гипотиреозом у 3 (6,0%) женщин диагностирована аменорея (гипергонадотропная и гипогонадотропная), в 10,0% случаев – олигоменорея, у 26,0% – хроническая ановуляция и резкая НЛФ цикла (6,0% случаев), причем у 76,0% женщин нарушения менструальной функции сопровождалось гиперпролактинемией.

Анализ результатов патоморфологического исследования операционного материала показал, что у 52,0% пациенток с бесплодием нет патологии эндометрия. В 48,0% случаев обнаружены разные патологические состояния эндометрия. В 22,0% диагностирована железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 2 (4,0%) пациенток был обнаруженный полип эндометрия, у 3 (6,0%) – гипотрофия эндометрия и у 8 пациенток (16,0%) со вторичным бесплодием обнаружен хронический эндометрит.

У 4 (10,0%) пациенток со вторичным бесплодием обнаружены внутриматочные синехии, которые оперативно разрушены, после чего введена ВМС «Мирена» с последующей гормональной коррекцией менструального цикла.

При исследовании проходимости маточных труб было обнаружено, что у 29 (58,0%) пациенток трубы проходимые, у 10 (20,0%) наблюдалась затрудненная проходимость маточных труб, а у 11 (22,0%) – одна или обе трубы непроходимые.

Согласно полученным данным самой частой патологией, которая диагностируется при лапароскопическом исследовании у женщин, находящихся в бесплодном браке, является спаечный процесс в малом тазе и брюшной полости разной степени выраженности – у 18 (36,0%) и внешний генитальный эндометриоз – у 14 (28,0%) женщин.

Таким образом, клинико-лабораторное и эндоскопическое обследование 50 бесплодных женщин, проведенное согласно протоколов МЗ Украины позволило обнаружить разные факторы, которые приводят к нарушению репродуктивной функции. У большинства женщин (90,0%) длительность бесплодия превышала 2 года и практически все обследовались и лечились по поводу бесплодия от 2 до 10 лет. В 100,0% случаев у них были обнаружены ИППП.

Результаты обследования позволили установить, что у каждой второй пациентки есть сочетание от 2 до 4 факторов бесплодия, как органического, так и функционального характера.

Частота разных патологических состояний у пациенток с бесплодием: спаечный процесс с патологией маточных труб, внешний генитальный эндометриоз, опухоли матки и яичников – у 36,0%; внешний генитальный эндометриоз в сочетании с разными факторами – у 28,0%; лейомиома матки – у 4,0%; кисты яичников – у 2,0%; пороки развития гениталий – у 2,0% пациенток. Иммунное бесплодие диагностировано лишь в 2,0% случаев.

Анализ структуры женского бесплодия изложен на основании комплексного клинико-лабораторного и эндоскопического обследования 50 женщин. При этом мы установили, что у женщин преобладает первичное бесплодие, которое составляет 52,0%, а вторичное бесплодие выявлено в 48,0%.

Согласно полученным результатам трубно-перитонеальный фактор бесплодия обнаружен у 18 (36,0%) пациенток и занимает первое место в структуре причин женского бесплодия. Внешний генитальный эндометриоз отмечен у 14 (28,0%), эндокринный фактор бесплодия обнаружен у 10 (20,0%) пациенток. Опухоли яичников были причиной бесплодия у 1 (2,0%) пациентки, доброкачественные опухоли матки – у 2 пациенток (4,0%). Иммунологическое бесплодие обнаружено у 1 пациентки (2,0%), пороки развития матки – у 1 пациентки (2,0%). В 3 случаях (6,0%) причину бесплодия установить не удалось. Анализ причин женского бесплодия позволил отметить, что у 22 из 50 пациенток (44,0%) был обнаружен лишь один фактор бесплодия, у 24 больных (48,0%) сочетания 2–4 факторов. Преобладание сочетанных форм бесплодия может свидетельствовать о полиорганной патологии в репродуктивной системе обследованных женщин.

Анализируя причины первичного и вторичного женского бесплодия, мы отметили, что чаще всего при первичном бесплодии основным фактором болезни является внешний генитальный эндометриоз, при вторичном – спаечный процесс малого таза. Иммунное бесплодие и бесплодие неясного генеза обнаружено лишь у пациенток с первичным бесплодием.

С целью оценки роли йодного дефицита в развитии бесплодия нами проведен корреляционный анализ и обнаружено наличие корреляционной связи между частотой воспалительных процессов в женской половой сфере ( $r_{xy} = 0,69$ ), частотой эндометриоза ( $r_{xy} = 0,75$ ), уровнем прогестерона ( $r_{xy} = 0,56$ ), эндокринными нарушениями функции яичников ( $r_{xy} = 0,81$ ), поликистозом яичников ( $r_{xy} = 0,42$ ), перенесенным хламидиозом ( $r_{xy} = 0,81$ ), а также между уровнем ТТГ и уровнем пролактина ( $r_{xy} = 0,84$ ).

Следовательно, не корректируемый йодный дефицит является одним из факторов развития как первичного, так и вторичного бесплодия.

На данное время главным заданием специалистов по лечению бесплодия есть разработка оптимальной схемы обследования (алгоритма) супружеской пары. Основной целью при этом является усовершенствование протокола МЗ Украины относительно обследования и лечения бесплодной супружеской пары.

На основании литературных данных и результатов углубленного клинико-лабораторного обследования 50 женщин разработан алгоритм обследования бесплодных женщин, а также стандартные объемы гинекологической помощи при бесплодном браке (протокол диагностики и лечения женского бесплодия) в условиях естественного йодного дефицита.

Усовершенствованный протокол включает: установление бесплодия, классификацию, формулировку диагноза, перечень диагнозов по МКХ-10, перечень основных этиологических факторов, клинику, алгоритм диагностики, лечения, профилактики. Обследование женщины с бесплодием включает обязательное обследование гинеколога, терапевта, эндокринолога, окулиста, невропатолога, психолога, генетика, а также юриста. Наводим в короткой форме предложенный алгоритм обследования бесплодных женщин.

### Алгоритм обследования бесплодных женщин

#### *I. Клинико-anamnestические данные.*

В жалобах особое внимание обращается на длительность бесплодия, ухудшения самочувствия (слабость, головная боль, нарушение сна, раздражительность), наличие или отсутствие болевого синдрома, нарушения менструальной функции, изменение массы тела, выделения из молочных желез, психологическую ситуацию в семье.

Anamnestические сведения включают тщательное изучение семейного анамнеза и наследственности (контакт с больными туберкулезом, гинекологическими заболеваниями, нарушениями менструального цикла и бесплодия у ближайших родственников по родительской и материнской линиям, возраст родителей при рождении, особенности течения беременности у матери).

При изучении истории заболевания выясняются методы лечения, которые использовались раньше, эффективность проводимой терапии. При сборе анамнеза жизни особое внимание обращается на гинекологические заболевания, в частности на ИППП, наличие или отсутствие оперативных вмешательств, экстрагенитальную патологию. Детально выясняются особенности менструальной функции: возраст менархе, регулярность, длительность менструаций и их характер.

Уточняется характер и частота нарушения менструального цикла, если такие были. При исследовании половой жизни обращается внимание на время ее начала (в браке, вне брака), количество сексуальных партнеров, паритет брака. При изучении репродуктивной функции оцениваются все беременности и их результаты; выясняются наличие или отсутствие осложнений после аборт и родов.

#### *II. Клинико-лабораторное исследование.*

Особенное внимание обращается на весо-ростовой индекс, изменение массы тела, определяется тип телосложения, особенности распределения подкожно жировой клетчатки, состояние кожи, характер и степень оволосения, степень развития молочных желез, наличие галактореи.

Проводится тщательное влагалищное исследование: оценивают степень и особенности внешних половых органов, размер клитора, особенности влагалища, шейки матки, матки и придатков, состояние крестцово-маточных связей, наличие и характер выделений из цервикального канала и вульвы.

Кольпоскопия является обязательным методом исследования, что позволяет обнаружить признаки кольпита, цервицита и другую патологию шейки матки.

Всем больным, независимо от наличия или отсутствия в анамнезе воспалительных заболеваний гениталий, проводится скрининг на ИППП (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады, гарднереллы), вирусные заболевания (вирус простого герпеса, цитомегаловирус). Этому предшествуют исследования на флору и степень чистоты влагалища и исследование посева из цервикального канала. Обязательным методом исследования является гистеросальпингография, которая позволяет обнаружить пороки развития матки, гиперпластические процессы эндометрия, субмукозную миому матки, аденомиоз, внутриматочные синехии, непроходимость маточных труб и спаечный процесс в малом тазе. Гистеросальпингография проводится на 16–20-й день цикла, однако при подозрении на эндометриоз или хронический эндометрит это исследование целесообразно проводить в 1-ю фазу цикла. УЗИ органов малого таза позволяет уточнить изъятия развития гениталий, опухоли матки и яичников, аденомиоз с возможностью динамического наблюдения. Эндоскопические методы (лапароскопия) являются обязательными при исследовании пациенток с бесплодием и позволяют не только уточнить патологию органов малого таза, значительная часть которых может быть причиной бесплодия (генитальный эндометриоз, кисты яичников, опухоли матки, трубно перитонеальный фактор), но и провести одновременно хирургическую коррекцию. Без лапароскопии обследования больной не считается законченным и врач должен поставить диагноз «бесплодия неуточненного генеза».

Алгоритм эндокринологического обследования включает оценку состояния нейроэндокринной системы за тестами функциональной диагностики и базальному уровню гонадотропных и стероидных гормонов. Краниография, компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс является методами выбора при обследовании пациенток с нормальным менструальным циклом и позволяют диагностировать микро- и макроаденомы гипофиза.

При регулярном ритме менструаций необходимо определение уровня ПрЛ, Т, К, ДГЕА-С и уровня тиреоидных гормонов в плазме крови на 5–7-й день менструального цикла. На 20–22-й день цикла рекомендуется определение ПГ с целью оценки полноценности овуляции. При олигоменорее и аменорее обязательным является определение уровня всех гормонов ПрЛ, ФСГ, ЛГ, Э2, Т, К, ДГЕА-С, ТТГ, Т3 и Т4.

Для уточнения причины эндокринных нарушений проводят гормональные пробы: при гиперандрогении – проба с дексаметазоном и АКТГ; при гиперпролактинемии – с ТТГ, церукалом и парлоделом; при аменорее – прогестероновый и циклический тесты. Иммунологическое обследование (ПКТ, АСАТ в цервикальной слизи) позволяет уточнить иммунный фактор бесплодия. Исследование проводится в перiovуляторный период менструального цикла.

Комплексное и поэтапное обследование по данной схеме позволяет четко определить факторы женского бесплодия, обнаружить особенности разных факто-



ров и соответственно определить этапы и методы терапии в каждом конкретном случае.

Нами на основании анализа литературных данных и полученных собственных результатов исследования разработан проект программы профилактики и лечение бесплодия. Мы считаем, что он должен иметь межведомственный характер и в основу его формирования должны быть положены результаты клинико-эпидемиологических исследований, мониторинг эффективности средств и методов профилактики лечения женского бесплодия.

### ВЫВОДЫ

Внедрение разработанной нами комплексной программы с использованием апробированных профилактических и диагностических программ будет способствовать предотвращению и устранению факторов риска развития бесплодия, снижению частоты бесплодия, улучшению демографической ситуации и состояния здоровья будущих беременных.

#### Безпліддя у пацієнок з йододефіцитними захворюваннями: причини, діагностика й алгоритм лікування I.V. Komissarova

Результати проведених досліджень свідчать, що впровадження розробленої нами комплексної програми з використанням апробованих профілактичних і діагностичних програм сприятиме запобіганню і усуненню чинників ризику розвитку безпліддя, зниженню частоти безпліддя, поліпшенню демографічної ситуації та стану здоров'я майбутніх вагітних.

**Ключові слова:** безпліддя, йододефіцитні захворювання, діагностика, лікування.

#### Barreness at patients with ioddeficiency diseases: the reasons, diagnostics and algorithm of treatment I.V. Komissarova

Results of the spent researches testify, that introduction of the complex program developed by us with use approbation preventive and diagnostic programs promotes the prevention and liquidation of risk factors of development barrenes, to decrease in its frequency, improvement of a demographic situation and state of health of future mothers.

**Key words:** barreness, ioddeficiency diseases, diagnostics, treatment.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема / П.М. Боднар // Лікарська справа. – 2011. – № 3. – С. 8–10.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивні втрати / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада – X, 2010. – 188 с.
3. Вацеба А.О. Частота захворювань щитоподібної залози у Карпатському регіоні / А.О. Вацеба, В.І. Паньків // Українські медичні вісті. – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 24.
4. Велданова М.В. Проблеми дефіцита йода з позиції врача / М.В. Велданова // Проблеми ендокринології. – 2008. – № 5. – С. 10–13.
5. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М., 2005. – 765 с.
6. Гойда Н.Г. Репродуктивне здоров'я (ситуаційний аналіз) / Н.Г. Гойда, Н.Я. Жилка // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 3–12.

## Медико-соціальні особливості пацієнок з бесплодієм і патологією грудних заліз

Д.А. Кошик

Одеський національний медичний університет МЗ України

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з бесплодієм і патологією грудних заліз становлять групу високого ризику в плані проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Це диктує необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямку для оптимізації алгоритму ведення цих пацієнок.

**Ключевые слова:** бесплодие, патология грудных желез, медико-социальные особенности.

В структурі різної гінекологічної і соматичної патології, які можуть привести до необхідності використання допоміжних репродуктивних технологій (ВРТ) виросла роль різних дисгормональних захворювань грудних заліз [1–5]. При цьому тактика ведення цих пацієнок остаточно не вивчена, що є однією з причин недостатньої ефективності ВРТ і наступної високої частоти невдач запліднення.

Все викладене вище стало основою для проведення цього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливу наукову задачу сучасної репродуктології.

Ціллю дослідження є вивчення медико-соціальних особливостей пацієнок з бесплодієм і патологією грудних заліз.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для досягнення цілі дослідження було виконано обстеження серед жінок, страждаючих бесплодієм. В дослідження включено 93 жінки віком від 26 до 40 років, рандомізованих за віком, факторами бесплодия, формами мастопатії. Всім пацієнткам проведено повне клінічне обстеження згідно з стандартами ВОЗ по обстеженню жінок з діагнозом бесплодия.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБСУДЖЕННЯ

В літературі зустрічається невелике число досліджень популяцій захворювань грудних заліз, які характеризують частоту у жінок з різними факторами бесплодия. Незважаючи на підвищений інтерес гінекологів до проблеми захворювань грудних заліз, до сих пор не існує стандартів ефективної діагностики.

Сама пальпація грудних заліз, обстеження в оглядових кабінетах і жіночих консультаціях дуже важливі, але вони не можуть в даний час бути основними

скрининговыми методами, поскольку частота непальпируемых опухолей грудных желез достигает более 30%.

Одним из путей повышения эффективности диагностических мероприятий является формирование групп повышенного риска.

Нами решалось задание определения частоты патологии грудных желез у женщин, страдающих бесплодием с идентификацией факторов риска.

При обследовании 93 женщин, которые обращаются с проблемой бесплодия, у 36 женщин (37,9%) диагностирована ановуляция, у 32 пациенток (34,0%) – трубный или мужской факторы бесплодия, а у 25 женщин (28,1%) – сочетание нескольких факторов (мужской + эндокринный, трубно-перитонеальный + эндокринный, мужской + трубно-перитонеальный + эндокринный).

У пациенток с ановуляцией у 19 (52,8%) женщин диагностирована диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии, у 5 (13,8%) – узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии и у 12 (33,4%) при УЗИ грудных желез патологии обнаружено не было.

При обследовании пациенток с сочетанными факторами бесплодия диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии наблюдалась у 14 женщин (56,0%), узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии грудных у 2 пациенток (8,0%), не были обнаружены патологии грудных желез у 9 (36,0%) женщин.

У женщин с трубным или мужским факторами бесплодия диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии диагностирована у 18 (56,3%), узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии – у 1 (3,1%), УЗИ патологии не было обнаружено у 13 (41,0%) пациенток.

Следовательно, узловая форма мастопатии чаще всего встречается у женщин с отсутствующей или нерегулярной овуляцией, которая чаще всего оказывается у женщин с нарушениями гормонального фона.

По данным УЗИ, при преобладании железистого компонента выражено оказывались гипертрофированные железистые частицы со средней или несколько повышенной интенсивностью эхо-сигналов, визуализировались несколько расширенные молочные протоки в виде линейных структур, лишенных эхо-сигналов. При наличии фиброзной мастопатии оказывалась фиброзная ткань в виде неравномерной тяжистости, представленная отражениями ультразвуковых волн с высокой интенсивностью эхо-сигналов.

При диффузной мастопатии с преобладанием кистозного компонента кисты определялись в виде изолированных округлых или овальных эконегативных образований, в неосложненных случаях лишенных внутренних эхо-сигналов. Минимальный размер кист составил 2 мм. При наличии кист отмечался эффект дистального усиления ультразвука. При диффузной фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента определялись множественные кисты, которые локализовались преимущественно в верхне-внешних квадрантах.

В возрасте до 35 лет была 21 женщина контрольной группы (65,6%) и 39 женщин основной группы (63,9%),  $p>0,05$ ,  $OR=0,84$  ( $OR$  – относительный риск). Возраст более 35 лет – 10 и 23 женщины контрольной и основных групп (31,3% и 37,7% соответственно),  $p>0,05$ ,  $OR=0,9$ .

Избыточная масса тела женщин перед лечением методами ВРТ отмечена в основной группе – 44 (72,1%), в контрольной группе – 5 (15,6%),  $p<0,05$ ,  $x^2=23,735$ ,  $OR=2,91$ .

Количество женщин, занятых на вредном производстве (действие низких, или высоких температур, химические факторы, компьютер) в контрольной группе составило 12 человек (37,5%), в основной группе – 39 (63,9%),  $p>0,05$ ,  $OR=0,73$ .

На момент обследования курили 24 женщины из основной группы и 6 из контрольной группы (39,3% и 18,8% соответственно,  $p<0,05$ ,  $x^2=3,99$ ,  $OR=1,33$ ). Употребляли алкоголь 57 женщин из основной и 23 женщины из контрольной групп (93,4% и 71,9% соответственно  $p>0,05$ ,  $OR=0,78$ ). Отмечали частое употребление кофе 20 женщин из основной группы и 6 женщин из контрольной, что составило 32,8% и 18,8%,  $p>0,05$ ,  $p=0,58$ .

45 женщин из основной группы и 11 женщин из контрольной группы оценили свое питание как избыточное (73,8% и 34,4% соответственно,  $p<0,05$ ,  $x^2=5,212$ ,  $OR=3,49$ ).

Были в браке 11 женщин основной группы и 30 женщин контрольной группы, что составило 18,0% и 93,8%,  $p<0,05$ ,  $x^2=5,474$ ,  $OR=1,14$ .

Соматические заболевания женщины не только непосредственно влияют на репродуктивное здоровье, но и является фоном, на котором развиваются изменения в грудных железах.

Разная экстрагенитальная патология диагностирована у 6 (18,8%) женщин контрольной группы и у 9 (14,8%) женщин основной группы.

В структуре заболеваемости в основной группе по сравнению с контрольной достоверно чаще преобладали хронические заболевания пищеварительного тракта, в частности заболевание печени и желчного пузыря у 46 (75,4%) и у 17 (53,1%) соответственно,  $p<0,05$ ,  $x^2=9,692$ ,  $OR=2,1$ . Эндокринные заболевания обнаружены у 3 женщин контрольной группы (9,4%) и 15 женщин основной группы (24,6%),  $p<0,05$ ,  $x^2=8,113$ ,  $OR=1,2$ . В наследственном анамнезе злокачественные опухоли у родственников встречались у 18 женщин основной группы (25,5%) и у одной женщины контрольной группы (3,1%),  $p<0,05$ ,  $x^2=9,692$ ,  $OR=1,41$ .

Гинекологические заболевания (лейомиома матки; хронический сальпингофорит; хронический эндометрит; эндометриоз) достоверно чаще отмечались у женщин основной группы 49 (80,3%), по сравнению с контрольной – у 17 (53,1%),  $p<0,05$ ,  $x^2=5,591$ ,  $OR=2,24$ . Диагностические выскабливания полости матки по поводу нарушений менструального цикла по типу мено-, метrorрагии в результате патологии эндометрия (гиперпластические процессы, полипоз и так далее) отмечены в анамнезе у 12 женщин основной группы и одной женщины контрольной группы, которая составляет 19,7% и 3,1% соответственно,  $p<0,05$ ,  $x^2=5,468$ ,  $OR=1,24$ . Раннее менархе (до 12 лет) наблюдалось у 25 женщин (78,1%) контрольной группы и 50 (82%) – основной,  $p>0,05$ ,  $OR=0,97$ . Нарушение менструального цикла по типу олиго-, аменореи в анамнезе отмечены у 6 (18,8%) женщин контрольной группы и 19 (31,1%) женщин основной группы,  $p>0,05$ ,  $OR=0,61$ . При этом нарушения гормонального фона (гиперандрогения разного генеза, недостаточность лютеиновой фазы, гиперпролактинемия разного генеза, гипогонадотропный гипогонадизм, гипергонадотропный гипогонадизм) у женщин основной группы диагностированы

достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы у 3 (9,4%) и у 24 (39,3%),  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 7,496$ ,  $OR = 1,48$ . Вторичное бесплодие отмечено у 17 женщин контрольной группы (53,1%) и 45 женщин из основной группы (73,8%),  $p > 0,05$ ,  $OR = 0,73$ . Гормональную контрацепцию получали 29 женщин из контрольной группы (90,6%) и 19 женщин основной группы (31,1%),  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 22,679$ ,  $OR = 1,31$ .

Предменструальный синдром (нервно-психическая, отечная, цефалгическая формы) был выражен у 6 женщин контрольной и 43 основных группы, которая составляет 18,8% и 70,5% соответственно,  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 19,679$ ,  $OR = 2,65$ . У 2 женщин контрольной группы и 15 женщин основной группы отмечались нарушения сна, жалобы на головную боль, быстрая утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность. У 4 женщин (12,5%) контрольной группы и у 28 (45,9%) женщин основной группы имел место синдром предменструального напряжения, который выражался в нагрубании грудных желез, появлении ощущения распирания, нарастании отечности стромы, увеличении кровенаполнения, появлении уплотнений в лютеиновую фазу менструального цикла. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечен у 9 женщин контрольной группы (28,1%), и 47 женщин основной группы (77,1%), которые являются статистически достоверными,  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 17,994$ ,  $OR = 2,97$ .

Беременности, которые закончились родами, наблюдались у 11 женщин контрольной (34,4%) и у 21 женщины основной группы (34,4%),  $p > 0,05$ ,  $OR = 0,99$ . Регулярную половую жизнь вели 30 женщин контрольной группы и 38 женщин основной группы, что составляет 93,7% и 62,3% соответственно,  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 9,551$ ,  $OR = 1,53$ .

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с бесплодием и патологией грудных желез составляют группу высокого риска в плане проведения диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Это диктует необходимость проведения научных исследований в данном направлении для оптимизации алгоритма ведения этих пациенток.

### Медико-соціальні особливості пацієнток з безпліддям і патологією грудних залоз Д.А. Кошик

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з безпліддям і патологією грудних залоз складають групу високого ризику в плані проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Це диктує необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямку для оптимізації алгоритму ведення цих пацієнток.

**Ключові слова:** безпліддя, патологія грудних залоз, медико-соціальні особливості.

### Mediko-social features of patients with barrenness and a pathology of mammary glands D.A. Koshik

Results of the spent researches testify, that patients with barrenness and a pathology of mammary glands make group of high risk in respect of carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions with use of auxiliary reproductive technologies. It dictates necessity of carrying out of scientific researches for the given direction for optimisation of algorithm of conducting these patients.

**Key words:** barrenness, a pathology of mammary glands, mediko-social features.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Польшова С.П. Сучасні підходи до діагностики та лікування жіночої безплідності / С.П. Польшова, Л.М. Рак // Буковин. мед. вісник. – 2006. – № 2. – С. 58–60.
2. Полова М.В. Фактори ризику розвитку ендокринної неплідності / М.В. Полова, М.Г. Плешко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 5. – С. 80–83.
3. Самарина В.Н. Экологическая чистота брака как социальная проблема / В.Н. Самарина // Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию со дня рождения проф. Н.Г. Веселова. – СПб., 2008. – С. 38–39.
4. Сольский Я.П. Бесплодие как социальная проблема репродукции / Я.П. Сольский, И.Я. Кононенко // Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии : сб. науч. тр. симп. с междунар. участием. – К., 2007. – С. 78–79.
5. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия. Теоретические и практические подходы: Руководство / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – 2-е изд., доп. – М.: МИА, 2004. – 781 с.

## Тезисы докладов 1-го международного конгресса по перинатальной медицине

# « ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ОТ СЕМЕЙНОЙ АМБУЛАТОРИИ ДО ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ »

26–27 апреля 2012 года – г. Киев, Украина

### Изменения психологического статуса женщин до и после вспомогательных репродуктивных технологий

**М.М. Адамов**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что развитию пограничных психических расстройств способствует сочетание нескольких факторов, таких как неадаптивное поведение (усиление внутреннего напряжения), дисфункции вегетативной нервной системы (вегетативные нарушения). Длительное внутренне напряжение приводило к развитию высокого уровня тревоги, выбросу кортикостероидов и в дальнейшем иммунодефицитному состоянию, что способствовало обострению хронических соматических заболеваний. Копинг стратегия «бегство в болезнь» приводило к развитию психосоматических заболеваний, главной целью которых было избежание лечения. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Влияние гормональных релизинг-систем на липидный спектр крови **Н.В. Адамчук**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что гормональные релизинг-системы (кольцо, пластырь, ВМС) не оказывают значительного влияния на липидный обмен у женщин репродуктивного возраста. Динамика изменений являлась статистически не достоверной в целом и между группами, не выходила за рамки нормативных значений и не была клинически значимой. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма применения гормональных релизинг-систем у женщин репродуктивного возраста.

### Пренатальная диагностика фетальной патологии с использованием биохимических маркеров

**В.В. Артеменко**

Одесский национальный медицинский университет

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что специфические отклонения от нормы сывороточных маркеров беременности при различных видах врожденных пороков развития наблюдали у 16–71% пациенток, сочетанные изменения сывороточных маркеров беременности отмечены в 19,2% в основной группе пациенток и в 10,0% – в группе сравнения. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма прогностических мероприятий у женщин с факторами риска.

### Первый медицинский аборт – как фактор репродуктивного риска

**С.Н. Бакшеев**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о молодом возрасте изучаемого контингента женщин, большинство из которых были работающими, у каждой 3 и 5 из них брак не был зарегистрирован. Каждая четвертая имела вредные привычки (курение). Почти половина обследованных женщин не пользовались контрацептивными средствами или пользовались ими не регулярно. При объективном обследовании обращает внимание высокий удельный вес хронических экстрагенитальных заболеваний воспалительного генеза. Следует подчеркнуть высокий процент гинекологических заболеваний в основной группе, что значительно превышает такие показатели в группе сравнения (женщины, не имевшие в анамнезе аборт). Основные причины первого медицинского аборта – незарегистрированный брак (26,7%); учеба (20,0%); материальная необеспеченность (15,6%); нежелание

иметь ребенка (14,8%); мнение «рано рожать» (14,8%) и жилищные проблемы (8,1%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма ведения пациенток после первого медицинского аборта.

#### **Невынашивание у женщин с тиреоидной патологией**

***А.В. Беневский***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что высокая частота невынашивания и недоношивания у женщин с гипотиреозом обусловлена значительным уровнем нарушений в системе мать–плацента–плод за счет исходной и возникающей во время беременности эндокринопатии, а также недостаточной эффективности общепринятых лечебно-профилактических мероприятий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Особенности взаимосвязи микробиологических и иммунологических нарушений при неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваниях влагалища**

***Г.А. Барановская***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об изменениях уровня и активности компонентов, определяющих колонизационную резистентность влагалища (лейкоциты, лизоцим и иммуноглобулины влагалищной жидкости), отличаются по характеру ответной реакции при воздействии различных этиологических агентов. Однако отсутствие строгой специфичности колебаний исключает их использование в качестве дифференциальных диагностических критериев заболевания. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Изменение минеральной плотности костей при естественной менопаузе**

***И.Т. Кишакевич***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости оценки минеральной плотности костей у женщин с естественной менопаузой. При этом наиболее значимыми факторами риска развития остеопороза являются: поздний менархе и ранняя менопауза; низкий индекс массы тела; наличие экстрагенитальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Влияние сочетанной патологии матки на нарушения репродуктивной функции**

***А.В. Колесник***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что сочетанная патология матки является причиной нарушений репродуктивной функции женщин. При этом эффективность используемых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий является недостаточно эффективной. Установленные клинические особенности свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данной проблемы для разработки эффективного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Недержание мочи у женщин во время беременности и после родов как проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани**

***А.Л. Костюк***

**Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается изучением клиническими аспектами данной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родов.

#### **Влияние аномально расположенной плаценты на изменения эндокринологического статуса**

***С.А. Курицина***

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

Результаты проведенного гормонального скрининга свидетельствуют о снижении функциональной активности плаценты у женщин основной группы, которые являются патологическим типом адаптации плода и свидетельствует о доклинических нарушениях его состояния. Вариант аномального расположения плаценты непосредственно влияет на состояние фетоплацентарного комплекса, наиболее выраженные изменения и большую степень тяжести плацентарной дисфункции при низкой локализации плаценты. Выделены три типа эндокринной дисфункции фетоплацентарного комплекса. Для уточнения состояния плода/фетоплацентарного комплекса наиболее важное содержимое эстриола и альфа-фетопропротеина. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Аутоиммунный тиреодит и гормональная контрацепция****Д.С. Ледин**Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенного исследования позволяют нам подчеркнуть высокую эффективность комбинированного гормонального контрацептива женщин с аутоиммунным тиреодитом, обладающим лечебным эффектом при патологии менструального цикла и мастопатии, при этом не оказывающим существенного влияния на параметры артериального давления, массу тела и гемостаз. Полученные результаты позволяют рекомендовать эстроген-гестагенный препарат с целью контрацепции у пациенток с аутоиммунным тиреодитом.

**Влияние сочетания генитального эндометриоза и тиреоидной патологии на изменения эндокринологического статуса****Б.М. Лысенко**

Государственное управление делами

Научно-практический центр профилактической и клинической медицины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с эндометриозом и патологией щитовидной железы выявлены следующие клинические проявления: анемия, ожирение, позднее менархе, короткий менструальный цикл. У этих пациенток часто отмечено сочетание с миомой матки на фоне нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции, выражающейся в снижении функции яичников и функциональной активности щитовидной железы. Уменьшение свободного трийодтиронина наиболее выражено при эндометриозе и патологии щитовидной железы. Снижение функциональной активности щитовидной железы сочетается с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающейся снижением функции яичников. Полученные результаты необходимо учитывать в практическом здравоохранении при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Роль варикозной болезни в развитии перинатальной патологии****Л.В. Манжула**Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что варикозная болезнь является фактором риска развития дистресса плода. Надо отметить, что при сопоставлении данных кардиотокографии с результатами доплерометрии были выявлены корреляционные связи между различными типами нарушения гемодинамики и патологией плода в основных группах. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Сочетанные формы женского бесплодия – как фактор риска неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий****И.Е. Палыга**Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Клиника репродукции «Альтернатива», г. Львов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения.

Эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам вспомогательных репродуктивных технологий.

**Генитальная патология и доброкачественные заболевания грудных желез: взаимосвязь и тактика лечения****О.А. Полюлях**Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре гинекологических заболеваний доминировали доброкачественные заболевания шейки матки, лейомиома матки, аденомиоз, воспалительные заболевания органов малого таза. При изучении гинекологической заболеваемости были выявлены позитивные коррелятивные зависимости гиперпластических процессов эндометрия от возраста и заболеваний шейки матки от воспалительных заболеваний вульвы и влагалища. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Особенности клинического течения анемии у беременных с тиреоидной патологией****Н.М. Романенко**Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований показали, что усовершенствованная нами методика профилактики и лечения гестационной анемии у многоплодных женщин позволяет нормализовать состояние гемопоза и обмена железа, что позитивно сказывается на клиническом течении беременности и родов, а также перинатальных исходах родоразрешения. Методика является простой, легкодоступной и может использоваться в любых странах с высоким уровнем многоплодных женщин.

**Роль эхографии в диагностике сочетанной патологии матки в постменопаузальном периоде**

***В.А. Шамрай***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой степени информативности эхографических исследований при сочетанной патологии матки у женщин постменопаузального периода. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

**Роль соматической заболеваемости в изменении психологического статуса у женщин – медицинских работников**

***А.С. Шельгин***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком уровне психоэмоционального напряжения у женщин – медицинских работников. Это связано с неудовлетворенностью своей работой, чрезмерной нагрузкой, нервно-эмоциональным напряжением, что подтверждается данными гигиенической оценки условий труда и состоянием соматического здоровья. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Морфофункциональные изменения рубца на матке после плановой операции кесарева сечения**

***И.М. Шлапак***

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что после первой плановой операции кесарева сечения не было найдено отличий при применении различных шовных материалов. В качестве отличий этих тканей от самого миометрия можно отметить меньшее относительное и абсолютное количество тканевых базофилов в мышечной ткани. При сравнении пограничных тканей с рубцом была найдена большая численная плотность клеток с признаками деструкции в последнем при использовании всех шовных материалов. Во время применения двухрядного кетгутового шва в пограничных тканях относительно рубца было меньше абсолютное число нейтрофилов и тканевых базофилов, но был выше процент и численная плотность эритроцитов в лейкоцитарных инфильтратах.

**Дифференциальная диагностика гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза**

***В.С. Страховецкий***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для повышения эффективности и дифференциальной диагностики гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза необходимо комплексное клинично-лабораторное и функциональное обследование с оценкой содержания прокальцитонина при поступлении в стационар. Это позволяет разработать алгоритм проведения лечебно-профилактических мероприятий, включая и своевременное оперативное лечение.

**Физиологическая родовая деятельность: эндокринные изменения и их роль в течение родового процесса**

***С.Я. Ткачик***

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли стероидных гормонов и холестерина в развитии и течении физиологической родовой деятельности. Это имеет практическое значение для тактики ведения физиологических родов. Использование установленных критериев позволит повысить эффективность прогнозирования и ранней диагностики различных аномалий родовой деятельности.

**Роль оперативного анамнеза в развитии спаечного процесса органов малого таза и брюшной полости**

***А.А. Волошин***

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

Полученные результаты позволили определить прогностические факторы риска возникновения спаечного процесса в брюшной полости у пациенток с чревосечениями в анамнезе. К ним относятся: повторные чревосечения, особенно в сочетании с верхнесрединной лапаротомией; неблагоприятное течение послеоперационного периода; оперативные вмешательства по поводу перитонита. Полученные результаты необходимо использовать при разработке тактики выполнения лапароскопических операций и ведения послеоперационного периода.

**Тазовые перитонеальные спайки с точки зрения репродуктологии****А.Н. Сулима****Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь**

Проведен ретроспективный анализ особенностей тазовых перитонеальных спаек у женщин репродуктивного возраста после различных оперативных вмешательств на органах малого таза в анамнезе. Формирование послеоперационных спаек зависит от операционного доступа и вида оперативного вмешательства. При использовании лапароскопической методики снижается распространенность спаечного процесса и является наиболее благоприятным прогнозом с целью реализации репродуктивной функции.

**Тактика вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с гиперандрогенией****З.А. Турлинова****Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота наступления беременности у женщин позднего репродуктивного возраста не зависит от схемы стимуляции функции яичников и характера эмбриологических пособий. Успех лечения бесплодия определяется состоянием овариального резерва пациентки. Все женщины с крайне низким и 50% – со сниженным овариальным резервом нуждаются в использовании ооцитов донора. Возраст 42 года можно считать критическим для получения собственных ооцитов в программах вспомогательных репродуктивных технологий. При проведении программ с использованием ооцитов донора у женщин позднего репродуктивного возраста целесообразным является десенситизация гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы для достижения стойкой аменореи, что обеспечивает выключение собственной патологической активности репродуктивной системы, создавая условия для более успешной имплантации.

**Влияние сахарного диабета на развитие остеопороза у женщин менопаузального периода****В.В. Чащина****Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения особенностей остеопороза у пациенток постменопаузального периода с сахарным диабетом. Используемые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия являются недостаточно эффективными. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.



Наукове видання

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ  
СПІВРОБІТНИКІВ  
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

**Випуск 21, книга 5 (частина 1)**

Головний редактор:

академік НАМН України, професор

**Ю.В. Вороненко**

Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.

**Ю.П. Вдовиченко**

Художній і технічний редактор:

*Л.В. Сухих*

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

**Замовник та видавець:** НМАПО імені П.Л. Шупика

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9  
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,  
тел./факс (044) 440-61-92  
e-mail: [nmapo403@ukr.net](mailto:nmapo403@ukr.net)

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg. Друк офсетний.

Обл. видав. арк. – 32,62. Ум.-друк.арк. – 19,64.

Друк ТОВ «Медичний видавничий дім «Професіонал»»

Тел./факс: (044) 220-15-66