



НМАПО

**ім. П.Л. Шупика
МОЗ України**

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, 2013 р. – 424 с.

22 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, професор **Ю.В. Вороненко**
Науковий редактор: д.мед. н., професор **І.С. Зозуля**

Редакційна колегія: **М.Л. Анкін** - д.мед.н., проф.; **Біда** - д.мед.н., проф.; **О.І. Білогорцева** - д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** - д.мед.н., проф.; **В.О. Бобров** - член.-кор. НАМН України, проф.; **Н.О. Вепотнева** - 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.; **Г.І. Герцен** - д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** - д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** - д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** - 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, проф.; **К.М. Ігрунова** - д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** - д.мед.н., проф.; **А.А. Калашніков** - д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.Є. Коваленко** - д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** - д.мед.н., проф.; **Р.С. Коритнюк** - д.мед.н., проф.; **Г.П. Козинець** - д.мед.н., проф.; **Ю.М. Кондратенко** - д.мед.н., проф.; **Б.П. Криштопа** - д.мед.н., проф.; **Г.І. Лисенко** - д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** - д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** - д.мед.н., проф.; **Є.Г. Педатченко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.Є. Поліщук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** - 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.; **А.П. Радзіховський** - д.мед.н., проф.; **М.М. Сергієнко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.О. Тимофеев** - д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Фещенко** - академік НАМН України, проф.; **Н.В. Харченко** - д.мед.н., проф.; **Н.І. Швець** - д.мед.н., проф.; **Н.М. Шуба** - д.мед.н., проф.

РЕКОМЕНДОВАНО: *Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол №6 від 16.05.12 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**

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

І.П. Шлапак – д.мед.н., професор.

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

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

ISSN 2227-7404

© Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2013

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО імені П.Л. Шупика

*ВИПУСК 22
КНИГА 5
(Частина 1)*

Київ – 2013

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, 2013; 424 p.**

The 22st collected transactions appear in 5 books. The 5^d 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: Professor **I.S. Zozulya**

Editorial board: **M.L. Ankin** - M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Bida** - M.D., Ph.D., Professor; **O.I. Bilogortseva** - M.D., Ph.D., Professor; **G.F. Biloklytska** - M.D., Ph.D., Professor; **V.O. Bobrov** - Associate Member of the NAMS, Professor; **N.O. Vetyutneva** - 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; **H.I. Gertsen** - M.D., Ph.D., Professor; **L.L. Davtyan** - M.D., Ph.D., Professor; **O.Ya. Dzyublyk** - 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.K. Kazymyrko** - M.D., Ph.D., Professor; **A.A. Kalashnikov** - M.D., Ph.D., Professor; **V.M. Kovalenko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **O.Ye. Kovalenko** - M.D., Ph.D., Professor; **I.P. Kozyarin** - M.D., Ph.D., Professor; **R.S. Korytnyuk** - M.D., Ph.D., Professor; **G.P. Kozynets** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.M. Kondratenko** - M.D., Ph.D., Professor; **B.P. Kryshchyna** - M.D., Ph.D., Professor; **G.I. Lusenko** - M.D., Ph.D., Professor; **V.I. Mamchych** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Pavlenko** - M.D., Ph.D., Professor; **Ye.G. Pedatchenko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **M.Ye. Polischuk** - Associate Member of the NAMS, Professor; **V.A. Popov** - 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; **A.P. Radzikhovsky** - M.D., Ph.D., Professor; **M.M. Sergienko** - Associate Member of the NAMS, Professor; **O.O. Tymofeyev** - M.D., Ph.D., Professor; **O.V. Tkachenko** - M.D., Ph.D., Professor; **Yu.I. Feshchenko** - Academician of the NAMS, Professor; **N.V. Kharchenko** - M.D., Ph.D., Professor; **N.I. Shvets** - M.D., Ph.D., Professor; **N.M. Shuba** - M.D., Ph.D., Professor.

IS RECOMMENDED:

by Scientific Council of the National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupyk, Health Ministry of Ukraine
The minutes № 6, 16.05.2012

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**

The reviewers: **V.G. Kolyadenko** - Associate Member of the APS, Professor;

I.P. Shlapak - M.D., Ph.D., Professor.

The editorial board has kept the author's text without essential changes, addressing to a correcting on occasion.

The authors of the publications carry the responsibility for reliability of the facts, citation, surnames, names and other data.

ISSN 2227-7404

© **P.L.Shupyk National Medical Academy of
Post-Graduate Education named after
P.L.Shupyk, 2013**

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 22

BOOK 5

(Part 1)

Kyiv – 2013

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Особливості анемії вагітних при йододефіциті <i>О.В. Беневський</i>	10
Аналіз причин звичного невиношування <i>О.М. Ласитчук</i>	14
Сучасні інформативні критерії «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину <i>І.М. Шлапак</i>	19
Вплив варикозної хвороби вагітних на зміни гемодинаміки малого тазу <i>О.Н. Іщак</i>	24
Роль кардіотокографічного обстеження в діагностиці перинатальної патології у вагітних з варикозною хворобою <i>О.О. Процепко, В.М. Гошовський</i>	31
Влияние избыточной массы тела и метаболического синдрома на состояние новорожденных и течение послеродового периода <i>В.И. Бойко, Д.В. Кравцов</i>	36
Вплив аномального розташування плаценти на її морфологічні зміни <i>С.А. Куріцина</i>	42
Шляхи зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з міопією різного ступеня тяжкості <i>Л.М. Мочалова</i>	48
Особливості фетоплацентарного комплексу при аномально і низько розташованій плаценті <i>Н.О. Урсаки</i>	52
Плацентарна дисфункція у юних первородящих у порівняльному аспекті <i>В.І. Бойко, М.А. Болотна</i>	58
Клинические аспекты беременности у женщин с преждевременными родами в анамнезе <i>В.И. Бойко, О.И. Бутенко</i>	63
Тактика ведення многоплодной беременности с учетом репродуктивного анамнеза <i>В.Р. Василишина</i>	67
Вплив різних форм герпетичної інфекції на розвиток перинатальної патології <i>В.І. Бойко, Ю.П. Івахнюк</i>	74
Сучасні аспекти причин розвитку аномалій пологової діяльності <i>В.І. Бойко, Н.А. Кобилецька</i>	78
Шляхи зниження плацентарної дисфункції при високому ризику інтраамніального інфікування <i>В.І. Бойко, К.М. Лопатка</i>	83
Особливості прогнозування перинатальної патології з врахуванням генетичних чинників <i>О.Ю. Лотоцька-Савчак</i>	87
Особливості плацентарної дисфункції у вагітних з варикозною хворобою <i>Л.В. Манжула</i>	91
Оптимизация лечения патологии шейки матки на этапе подготовки к гестации – как профилактика невынашивания беременности <i>С.Н. Николишин</i>	96
Дискусійні питання стану фетоплацентарного комплексу після допоміжних репродуктивних технологій <i>Я.А. Рубан</i>	100
Влияние избыточной массы тела на преждевременное прерывание беременности в ранние сроки <i>С.Г. Русалкина</i>	104
Плацентарна дисфункція у жінок із хронічною патологією печінки на тлі глистових інвазій в анамнезі	

<i>М.І. Соколова</i>	107
Беременность и роды и женщин с гиперпролактинемией в анамнезе <i>А.А. Трушкевич, А.А. Степур</i>	111
Особенности плацентарной дисфункции при аномальной плацентации <i>В.И. Бойко, С.А. Ткаченко</i>	115
Гиперандрогения – как фактор риска перинатальной патологии <i>З.А. Турлинова</i>	123
Функциональные особенности фетоплацентарного комплекса при аномальной плацентации и патологии пуповины <i>В.И. Бойко, В.Ю. Яблунувская</i>	127

ГІНЕКОЛОГІЯ

Тактика ведения пациенток репродуктивного возраста со специфической воспалительной патологией влагалища <i>Г.А. Барановская</i>	136
Возможности коррекции качества жизни у пациенток с менопаузальным остеопорозом <i>И.Т. Кишакевич</i>	144
Дискусійні питання поєднання аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку <i>Г.В. Колесник</i>	151
Современные аспекты ранней диагностики недержания мочи у женщин во время беременности и после родов <i>А.Л. Костюк</i>	156
Особливості лікування гіперпластичних процесів ендометрія на тлі гіпотиреозу у жінок репродуктивного віку <i>О.О. Літвак</i>	164
Тактика ведення пацієнок з аденоміозом на тлі гіперпластичних процесів матки <i>Б.М. Лисенко</i>	169
Влияние хронической урогенитальной инфекции на репродуктивное здоровье многорожжающих пациенток <i>Д.Х. Саидова</i>	173
Шляхи зниження ускладнень під час та після проведення лапароскопічних втручань <i>М.С. Молодиченко</i>	178
Оптимизация лечения гиперпластических процессов эндометрия на фоне гипотиреоза у женщин репродуктивного возраста <i>Е.В. Степанова</i>	182
Вплив морфологічних особливостей гнійно-запальних захворювань придатків матки на тактику лікування <i>В.С. Страховецький</i>	187
Особливості хірургічного лікування позаматкової вагітності з позицій профілактики ускладнень і збереження репродуктивного здоров'я <i>А.А. Волошин</i>	191
Вплив різних методів контрацепції на стан шийки матки у жінок, що не народжують <i>Т.В. Лещева, Т.А. Зіненко</i>	197
Особенности болевого синдрома и вегетативной дисфункции у женщин с генитальным эндометриозом <i>Абугали Алаа</i>	201
Особливості змін молочних залоз і шийки матки при використанні гормональних релізінг-систем <i>Н.В. Адамчук</i>	208
Плацентарная дисфункция у многорожжающих женщин – как причина аномалий родовой деятельности <i>В.И. Бойко, М.Х. Алаа Хафажа</i>	213

Дисбаланс місцевого імунітету каналу шийки матки – як причина запальних захворювань статевих органів в репродуктивному віці <i>Ф.Б. Алієва</i>	218
Частота і структура гестаційних ускладнень у жінок з першим медичним абортom в анамнезі <i>С.М. Бакшеєв</i>	222
Нарушення менструальної функції при гиперпластических процессах эндометрия у многорожавших женщин <i>Е.Я. Бунятова</i>	227
Порівняльні аспекти різних методів лікування аденоміозу <i>І.П. Гнип</i>	232
Аномалии развития половых органов и мочевыделительной системы в пубертатном и репродуктивном периодах: клиника, диагностика <i>А.В. Заболотин</i>	237
Ендоскопічна діагностика при лікуванні аномалій розвитку матки <i>Т.О. Зиненко</i>	243
Особенности дисфункции яичников при генитальном эндометриозе <i>В.И. Бойко, Т.Н. Колесникова</i>	247
Гормональна терапія ендометріодних кіст яєчників після лапароскопічного лікування <i>М.Л. Кузьоменська</i>	252
Шляхи підвищення ефективності діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія <i>Н.П. Михайлів</i>	256
Вплив локалізації генітального ендометріозу на клінічний перебіг <i>О.О. Трушкевич, О.Д. Мисенко</i>	259
Функциональный стан молочних залоз і клінічна симптоматика фіброзно-кістозної хвороби після гістеректомії <i>А.А. Процепко, І.П. Нігуца</i>	263
Современные аспекты диагностики аденомиоза в различные возрастные периоды <i>П.М. Прудников</i>	267
Патология эндометрия – как причина нарушений репродуктивной функции <i>В.И. Бойко, В.Ю. Радько</i>	275
Роль сучасного ультразвукового дослідження в своєчасній діагностиці аномалій розвитку матки і піхви <i>А.П. Садовий</i>	280
Оценка различных факторов риска в прогнозировании осложнений после гинекологических эндоскопических операций <i>А.А. Процепко, Оебанджи Самюель</i>	285
Ургентные гинекологические эндоскопические операции и развитие спаечной болезни <i>А.Н. Сулима</i>	291
Порівняльні аспекти вмісту стероїдних гормонів при фізіологічній і аномальній пологовій діяльності <i>С.Я. Качик</i>	295
Порівняльні аспекти тотальної і субтотальної гістеректомії у жінок репродуктивного віку <i>В.І. Бойко, В.А. Терехов</i>	299
Оценка сексуальной нормы и половой конституции – как методы профилактики гинекологической патологии у сексуально активных девочек-подростков <i>А.Ю. Титенко</i>	304
Артифициальный аборт – как фактор риска заболеваний молочных желез <i>С.П. Усачева</i>	310
Влияние естественной менопаузы на состояние минеральной плотности костной ткани <i>В.В. Чащина</i>	314
Пути снижения психовегетативных расстройств при климактерическом синдроме <i>Р.Р. Чуприна</i>	318

Вплив поєднаної патології матки в постменопаузі на розвиток психологічних і метаболічних порушень <i>В.А. Шамрай</i>	321
Влияние репродуктивного анамнеза на своевременную диагностику внематочной беременности <i>А.Я. Шевага</i>	327
Роль нереализованной репродуктивной функции в генезе рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки <i>Е.И. Соколова</i>	332

БЕЗПЛІДДА

Оптимизация лечения бесплодия у женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и ановуляцией <i>О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик</i>	336
Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при поєднанні жіночого і чоловічого безпліддя <i>М.М. Адамов</i>	340
Вплив аутоімунної патології щитоподібної залози на стан оваріального резерву у жінок з безпліддям <i>Д.Ю. Берая</i>	344
Сучасні аспекти лікування безпліддя у жінок з гіперандрогенією <i>І.П. Бульваренко</i>	349
Сучасні аспекти патогенезу безпліддя у пацієнток з генітальним ендометріозом <i>В.І. Бойко, А.В. Єжова</i>	355
Лікування безпліддя, асоційованого з ендометріозом <i>Г.Д. Коваль</i>	360
Патология эндометрия – как причина неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий <i>И.Е. Палыга</i>	364
Вплив надлишкової маси тіла і метаболічного синдрому на клінічний перебіг ранніх термінів вагітності після допоміжних репродуктивних технологій <i>В.О. Петропавловська</i>	369
Особенности лікування безпліддя у жінок з доброякісною патологією молочних залоз <i>О.А. Полюлях</i>	372
Влияние генитального эндометриоза на преждевременное истощение яичников и развитие бесплодия <i>Ю.В. Страховацкая</i>	376
Морально-етичні аспекти викладання акушерства та гінекології <i>П.Р. Волосовський</i>	381

РІЗНЕ

Обтяжений репродуктивний анамнез: медико-соціальні і психологічні аспекти <i>А.А. Довгань</i>	384
Досвід викладання дисципліни «Акушерство та гінекологія» <i>П.Р. Волосовський</i>	389
Актуальні аспекти клінічної характеристики пацієнток з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом на прегравідарному етапі <i>С.М. Сергієнко, О.А. Лезникова</i>	392
Вдосконалення підготовки студентів з акушерства і гінекології на засадах кредитно-модульної системи <i>П.Р. Волосовський</i>	397

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО СИМПОЗИУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО» <i>16-17 мая 2013 года, г.Винница</i>	401
--	-----

УДК 618.3-06:618.1-002

Особливості анемії вагітних при йододефіциті

О.В. Беневський

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

Результати проведених досліджень показали, що жінки, які мешкають у регіоні з дефіцитом йоду у навколишньому середовищі є групою високого ризику щодо розвитку йододефіцитних станів та патології щитоподібної залози. Насамперед це стосується вагітних із екстрагенітальною патологією (анемії, захворювання щитоподібної залози). У зв'язку з цим обґрунтовано проводити визначення вмісту йоду та гормонів щитоподібної залози у всіх вагітних на ранніх термінах гестації із наступною корекцією виявлених порушень.

Ключові слова: анемія вагітних, щитоподібна залоза, йодний дисбаланс.

Анемія вагітних на сьогоднішній день є однією з найпоширеніших патологій у жінок репродуктивного віку, особливо під час вагітності [1–4]. Це пов'язано зі зміною екологічної ситуації, зростанням частоти екстрагенітальної патології, погіршенням екологічного стану населення, особливо в аспекті якості харчування, а також несприятливою дією різних шкідливих звичок: паління, вживання алкоголю та ін. [1–4].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми анемії не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті впливу патології щитоподібної залози (ЩЗ) на розвиток і клінічний перебіг анемії зовні і під час вагітності. Ми вважаємо даний науковий напрям достатньо актуальним, особливо в умовах екологічної ситуації в Кримському регіоні і наявності тут йодного дисбалансу.

Мета дослідження: вивчення особливостей взаємозв'язку між розвитком анемії вагітних і стану йодного балансу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У комплекс обстеження було включено визначення тиреоїдних гормонів, ультразвукове дослідження ЩЗ і консультації лікаря-ендокринолога. Проведено обстеження крові на гормони ЩЗ в 139 вагітних і 17 жінок поза вагітністю.

Для постановки діагнозу анемічних станів були використані діагностичні програми:

- 1) мінімальна (скринінгова): анамнез, клінічний аналіз крові;
- 2) максимальна (еритроцитометрія, визначення Fe, загальна залізополючна здатність феритину, відсоток насичення трансферину в сироватці крові);
- 3) поглиблена (трансформація еритроцитів, визначення показників вільно-радикального окислення, мікроелементного, гормонального складу крові).

Використовуючи основні критерії діагностики, всіх вагітних жінок було розподілено на 5 підгруп залежно від даних червоної крові і показників обміну заліза (феродинаміки):

- 1-а підгрупа порівняння (контрольна) – всі показники відповідали нормі;
- 2-а підгрупа – латентний анемічний стан – ЛАС (переданемія з нормальними показниками аеродинаміки);
- 3-я підгрупа – сидероахрестична анемія – САА (залізонасичена);
- 4-а підгрупа – прихований, латентний дефіцит заліза – ЛДЗ (переданемія);
- 5-а підгрупа – залізодефіцитна анемія (ЗДА).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи різноманітність екзогенних чинників, які могли вплинути на стан здоров'я жінок і перебіг їх вагітності, формування анемічних станів, нами враховувалися освіта, професія, професійні шкідливості і шкідливі звички до і під час вагітності. Жінок з вищою освітою було 49,2%, з середнім спеціальним – 30,1%, середнім – 20,7%. Найбільшу групу складала категорія службовців – 47,7%. Чимала група вагітних не працювала – 20,8%. Тяжкою фізичною працею займалися 14,2% спостережуваних, 12,6% вивчувалися в різних учбових закладах міста, 4,7% поєднували навчання і роботу.

Відповідно анамнестичним даним жінки, заперечливі дію будь-яких шкідливих чинників до вагітності, склали 53,3%, під час вагітності – 57,5%. Робота, пов'язана з комп'ютером, до вагітності наголошувалася в 24,7%, під час вагітності у 20,9% жінок. У анамнезі приділялася увага і таким професійним шкідливостям як хімічні (робота з фарбами, миючими засобами, ліками і тому подібне), фізичні (праця з підніманням тяжкості, тривале водіння транспорту), біологічні (зайнятість в медичній сфері), опромінення (робота з джерелами випромінювання такими як, радіоапаратура, електронні засоби комунікації і тому подібне) або їх поєднання. У процентному відношенні кількість вищеписаних чинників була приблизно рівною до настання вагітності: хімічні – 4,9%, опромінення – 4,7%, фізичні – 4,2%, біологічні – 3,2%, їх поєднання – 4,9% випадків. Під час вагітності тенденції до зниження не відмічено: хімічні – 4,5%, опромінення – 4,7%, фізичні – 4,2%, біологічні – 3,2%, їх поєднання – 5,1%.

Шкідливі звички до вагітності заперечували 62,3% чоловік, під час вагітності частина жінок від них позбавилася – 75,4%. Число тих, що палять до вагітності (17,6%) зменшилося під час вагітності в 3 рази (5,2%). Алкоголь до вагітності приймало 0,2%, спільно з палінням – 0,5%, були пасивними курцями – 10,4%, палили разом з оточуючими 8,7%. Під час вагітності дана категорія жінок дещо змінила свій спосіб життя: вживання алкоголю не наголошувалося, зменшилося число спільних активних і таких, що пасивних палять до 2,2%, за рахунок збільшення пасивного паління – 17,1%.

При обстеженні узятих на облік жінок виявлено, що лише 8,9% з них можна вважати практично здоровими. Переважаюча більшість страждала соматичною патологією. Найчастіше зустрічалися проблеми з шлунково-кишковим трактом (44,2%). На другому місці по частоті виявлення знаходилася захворюваність серцево-судинної системи (42,5%). Судинними порушеннями у вигляді дистоній страждали 68,9% пацієнток, найчастіше діагностувалася гіпотонія (47,3%), значно рідше гіпертонія (9,3%) і змішаний тип зустрічався в 12,6% випадків. Жінки, страждаючі захворюваннями сечовидільної системи, склали 28,4%. Майже чверть вагітних (24,9%) мали обтяжений алергологічний анамнез. Патологія щитоподібної залози спостерігалася у 29,6% жінок. Лише 12,4% обстежених знали про факт наявності анемії до вагітності. У 10,5% жінок в анамнезі відмічено різні кровотечі (носові, гінекологічні, травного тракту).

З акушерсько-гінекологічного анамнезу виявлено, у 85,8% дівчат період становлення менструального циклу закінчився протягом року, його тривалість складала до 21 дня – 1,9% підлітків, до 32 днів – 92,5%, більше 32 днів – 4,2% і нестабільний цикл – у 1,6% чоловік. У 82,1% випадків жінки відзначали помірні менархе, в 14,9% – рясні, в 3% – мізерні. Тривалість до 7 днів переважала у більшості – 97,4%, тривалі менархе (більше 7 днів) спостерігалися лише в 2,6%. Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (ерозія шийки матки, запальні і інші захворювання) відмічений у 70,5% чоловік, в останніх 29,5% патології не виявлялося. Факт порушення менструального циклу констатували 30,5% вагітних. Безпліддям страждали 8,6% спостережуваних.

Справжня вагітність у 44,2% жінок була першою, в 39,9% – друга і третя, в 16,1% – четверта і більш. Первородящі вагітні склали основну частину досліджуваних – 88,1%, повторнородящі – 11,9%.

Серед обстежених жінок патологія ЩЗ в цілому виявлена в 29,6% вагітних. Серед патологій ЩЗ переважав зоб (у 68,3% випадків), переважно 1–2 ступеня, у 6,7% чоловік визначалася гіпотрофія ЩЗ. Дифузні зміни були характерні для 75,6% випадків, вузлові – для 15,6%, кістозні – для 4,4% вагітних і в 2,2% випадків зміни носили змішаний характер. В 1 з обстежених жінок була резекція кісти ЩЗ. Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) зустрівся в 11,3% вагітних.

Для діагностики патології ЩЗ в період вагітності найбільш інформативними вважаються визначення в сироватці крові рівня ТТГ і С4, хоча повніший спектр гормонального статусу доповнює дані по оцінці функції ЩЗ.

Отримані нами результати свідчать, що в період гестації спостерігалось достовірне підвищення Т3 до $1,99 \pm 0,071$ нмоль/л ($p < 0,01$), Т4 до $126,77 \pm 3,614$ нмоль/л ($p < 0,01$), зниження вмісту СТ4, до $12,1 \pm 0,362$ пмоль/л ($p < 0,001$).

Оцінка гормонального статусу крові у вагітних жінок з анемічними станами показала, що ТТГ, регулюючий функцію ЩЗ, достовірно збільшений відносно показників групи порівняння ($1,3 \pm 0,144$ мкОд/мл) при САА ($2,47 \pm 0,719$ мкОд/мл, $p < 0,05$), ЛДЗ ($1,85 \pm 0,239$ мкОд/мл, $p < 0,05$), ЗДА ($2,75 \pm 0,778$ мкОд/мл, $p < 0,01$). Вміст вільного Т4 знаходився в межах норми і не мав відмінностей залежно від форм анемічних станів. Найбільш активний гормон загальний Т3 підвищувався, починаючи з переданемічних станів, з максимальним підйомом при анеміях: САА – $2,53 \pm 0,167$ нмоль/л ($p < 0,001$); ЗДА – $2,7 \pm 0,187$ нмоль/л ($p < 0,001$); група порівняння – $1,99 \pm 0,071$ нмоль/л.

Подібна тенденція відмічена і у вмісті загального Т4: при САА – $154,92 \pm 7,002$ нмоль/л ($p < 0,001$); при ЗДА – $162,76 \pm 8,389$ нмоль/л ($p < 0,001$); група порівняння – $126,77 \pm 3,614$ нмоль/л.

Визначення рівня ТТГ є найбільш чутливим тестом для оцінки функції ЩЗ і якості компенсації первинного гіпотиреозу. У загальній популяції поширеність різних концентрацій ТТГ в крові представлена 70–80% людей в межах між 0,3–2,0 МОД/л. У «чистіших» групах з виключенням зобу, носіїв антитіл до ЩЗ, в 95% отриманої вибірки рівень ТТГ не перевищував 2,5–3,0 МОД/л.

В умовах нашого регіону при анемічних станах у вагітних при САА в 11,4% випадків відмічений функціональний гіпотиреоз, при ЛДЗ у 10% жінок, при ЗДА – у 12,8% чоловік.

Гестаційний транзиторний гіпертиреоз також досить часто визначався на ранніх термінах гестації і практично не залежав від форми анемії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведені дослідження показали, що жінки, що проживають в регіоні з недоліком йоду в довкіллі, є групою високого ризику щодо розвитку йоддефіцитних станів і патологій ЩЗ. Більшою мірою це стосується вагітних з екстрагенітальною патологією (анемії, захворювання ЩЗ). У зв'язку з цим, обґрунтовано проводить визначення йоду і гормонів ЩЗ у всіх вагітних на ранніх термінах гестації, з подальшою корекцією виявлених порушень.

Особенности анемии беременных при йододефиците О.В. Бенеvский

Результаты проведенных исследований показали, что женщины, проживающие в регионе с недостатком йода в окружающей среде, являются группой высокого риска по развитию йоддефицитных состояний и патологии ЩЗ. В большей степени это касается беременных с экстрагенитальной патологией (анемии, заболевания щитовидной железы). В связи с этим, обоснованно проводить определение йода и гормонов щитовидной железы у всех беременных на ранних сроках гестации, с последующей коррекцией выявленных нарушений.
Ключевые слова: анемия беременных, щитовидная железа, йодный дисбаланс.

Features of anaemia of pregnant women and conditions of iodine balance A. V. Benevsky

The women living in region with a lack of iodine in environment have shown results of the spent researches, that, are group of high risk on development iodidefycite conditions and pathology thyroid gland. In degrees it concerns pregnant women with extragenital pathology (anemias, thyroid gland diseases). In this connection, it is necessary to spend definition of iodine and hormones of a thyroid gland at all pregnant women on early terms of gestation, with the subsequent correction of the revealed infringements.

Key words: an anaemia of pregnant women, a thyroid gland, iodine dysbalance.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анемии у беременных: дифференциальная диагностика и лечебная тактика: пособие для врачей / Под ред. Е.Ф. Морщаковой. – Рязань, 2009. – 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. – 2010. – 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.

Аналіз причин звичного невиношування

О. М. Ласитчук

Державний вищий навчальний заклад України «Івано-Франківський національний медичний університет»

Звичне невиношування вагітності зумовлене поєднанням декількох причин. Прогестеронова недостатність дуже рідко веде до переривання вагітності в I триместрі, а генетичні порушення є причиною невиношування та переривання вагітності. Найчастіше поєднуються інфекційні та генетичні порушення. Генетичні порушення проявляються синдромом вагітності, що не розвивається. Мікоплазменна інфекція не має самостійного значення для переривання вагітності в I триместрі. Серед інфекційних причин невиношування герпесвірусна інфекція має основне значення.

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

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

Останнім часом багато робіт присвячено вивченню ролі аутоімунних процесів, особливо антифосфоліпідного синдрому в патогенезі ранніх втрат вагітності. Зміни імунного статусу в жінок з ранніми втратами вагітності не є однотипними, а в першу чергу пов'язані з причиною втрати плода.

Мета дослідження: оцінити причини та частоту репродуктивних втрат у вагітних жінок зі звичним невиношуванням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Усього було обстежено 189 вагітних із загрозою самовільного переривання вагітності в терміні вагітності від 5 до 12 тиж. Вік пацієнток коливався в межах

24,8±0,4 року. Не вдалося зберегти вагітність у 61 (32,3%) вагітної. Під час УЗД на першу добу перебування в стаціонарі виявили вагітність, що не розвивається у 37 (19,6%) жінок. Тобто, відсоток вагітностей, що перервалися, становить 12,7% випадків.

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

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

Запропонований профілактично-лікувальний комплекс додатково до загальноприйнятого лікування, затвердженого відповідним наказом МОЗ України, отримували імуноактивний препарат із шести ін'єкцій по 200 ОД (імуно-макс) на 1-й, 2-й, 3-й, 8-й, 9-й, 10-й день лікування. Другий курс продовжували на 18-й, 20-й, 22-й, 30-й, 32-й, 34-й день. Починаючи з 18-го дня лікування стандартну схему поєднували з протигерпетичною вакциною.

Під час ретроспективного дослідження були вивчені дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Всім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчики 3–5 МГц та 5–9 МГц) з використанням УЗ-системи Aloka Alpha 7. Під час дослідження яєчників вимірювали їх об'єм та яєчничково-матковий індекс (ЯМІ) (И.А. Озерская, 2008). Лапароскопічне та гістероскопічне дослідження органів малого таза виконували за допомогою лапароскопічної апаратури «Karl-Storz». Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом на 2–3-й день менструального циклу. Матеріал після діагностичної гістероскопії відправляли на ПГД.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакету програм STATISTICA 9. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Причиною більшості спорадичних викиднів в I триместрі є патологія самого ембріону, найчастіше аномальний каріотип, що виникає de novo. Для звичного невиношування в I триместрі ця проблема менш характерна, близько 7% від усіх втрат складають генетичні порушення, що успадковуються від батьків. Хромосомні захворювання зумовлені порушенням каріотипу. Порушення структури хромосом відбувається в результаті спонтанних чи спровокованих змін. Розрізняють: генні (точкові) мутації (зміни на молекулярному рівні); аберації хромосом (делеції, дуплікації, транслокації та інтроверсії).

Пренатальна діагностика – це обстеження ембріону чи плода, яка спрямована на виявлення спадкових захворювань та вад розвитку.

Неінвазивні методи пренатальної діагностики включають ультразвукове сканування ембріону/плода та визначення біохімічних маркерів в крові матері.

Інвазивні методи полягають в отриманні матеріалу від ембріону/плода шляхом біопсії хоріону, плаценти, амніоцентезу чи кордоцентезу для отримання клітин для цитогенетичного дослідження.

Дане дослідження проводять у наступних випадках:

- батьки – носії хромосомної патології;
- в сім'ї народжувались діти з вадами розвитку та хромосомною патологією;
- при високому ризику моногенних захворювань плода, для визначення статі плода при захворюваннях, пов'язаних зі статтю;
- якщо при УЗД виявлено вади розвитку чи є підозра;
- при відхиленнях від норми наступних біохімічних маркерів патології плода (рівні ХГЛ, α -фетопротеїну, РАРР-А);
- вік матері більше 35 років.

В останні роки розробляють методики неінвазивної пренатальної діагностики для виявлення ДНК чи РНК плода в крові матері чи плодових (трофопластичних) клітин, отриманих з слизу каналу шийки матки. Генетичні дефекти, такі як трисомія, мозаїцизм, тетраплоїдія, моносомія і т.ін., були виявлені в 23 (44,3%) випадках. Врахували виражену тенденцію до збільшення частоти генетичних дефектів при вагітності, яка не розвивалася до вагітностей, які перервалися під час лікування в стаціонарі: 24 (64,9% \pm 11,8%) та 11 (45,8 \pm 7,3%) відповідно. Генетичні порушення в поєднанні з інфекціями виявлені у 17 (73,9%), інфекції (цитомегаловірусна, мікоплазменна, герпетична, хламідійна, уреоплазменна) – у 47 (77,05%) обстежених жінок. Під час аналізу інфекційного складу звертає на себе увагу поєднання інфекційних агентів мікст-інфекція – 25 (53,2%) випадків. Найбільший відсоток випадків діагностують при поєднанні двох збудників – 9 (35,0%). Серед збудників перше місце займає вірус простого герпесу 2-го типу – 38 (80,1%), цитомегаловірусна інфекція – 21 (44,7%), хламідії – 9 (19,1%), уреоплазма – 11 (23,4%), мікоплазми – 10 (21,3%).

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

Поєднання декількох причин переривання вагітності виявлено в 2/3 спостережень. Серед причин переривання вагітності переважають інфекції – 46,8% випадків, що складає 36,1% від всієї кількості спостережень. Однак, розглядати інфекційний агент як єдину причину переривання вагітності в I триместрі недоцільно. Це питання потребує подальшого вивчення. Після оцінювання отриманих результатів основне значення має не інфікованість, а наявність і ступінь загострення герпесвірусної інфекції в I триместрі та інші фактори, які не мають морфологічних еквівалентів (психоемоційний стрес, перенавантаження).

Середня тривалість герпесвірусної інфекції склала 3,4 \pm 1,3 року. Основними факторами виникнення рецидивів у 20,2% обстежених були стресові ситуації (безпліддя, невиношування вагітності, аборти), у 50,1% жінок – кліматичні погодні умови в осінньо-весняний період.

Типову форму ГВІ діагностовано 21,4% обстежених жінок, але з характерними везикулярними висипаннями тільки у 5,8% випадків, у решти 15,8% пацієнток клінічною різновидністю типової форми даної інфекції була набрякова форма. Під час аналізу атипичних форм вірусної інфекції було отримано: герпетичне ураження шийки матки – в 26,9% випадків, свербляча форма – в 121,2%, герпетичні вульвовагініти – в 11,5%, еритематозна форма – в 13,5%, виразкову форму з дрібними дефектами епітелію діагностовано в 23,8% випадків. В дослідженні вивчено ступінь перебігу та частоту рецидивів герпесвірусної інфекції впродовж року. Легкий ступінь відмічено у 53,8% пацієнток (до 3-х рецидивів впродовж року, період ремісії тривав не менше 4 міс), у 46,2% жінок виявили середній ступінь тяжкості перебігу ГВІ (понад 4 рецидиви на рік, ремісія – до 3 міс). У 48,1% обстежених пацієнток під час рецидиву інфекції відмічено загальноінфекційний синдром.

За результатами вірусологічних досліджень позитивні титри IgG до ВПГ спостерігались у всіх обстежених, зокрема до ВПГ I типу – у 28,3% жінок, до ВПГ II типу – у 49,2% пацієнток. Наявність титрів IgG до ВПГ I та II типів спостерігали у 22,5% обстежених. У значній кількості жінок (59,2%) відзначали позитивну ПЛР до ВПГ I та II типів, що свідчить про персистенцію вірусу.

Ефективне відновлення овуляторної функції яєчників сприяло підвищенню частоти настання вагітності в природному циклі. Лікувально-профілактичний комплекс підвищив ефективність наступних циклів індукції овуляції та знижував вартість лікування в програмах ДРТ.

Враховуючи дані зарубіжної літератури та вітчизняних науковців з метою профілактики звичного невиношування використовують препарати прогестерону, що вводять перорально, внутрішньом'язово або вагінально впродовж I–II триместру вагітності.

ВИСНОВКИ

До переривання вагітності ведуть декілька факторів. Найчастіше поєднуються інфекційні та генетичні порушення. Генетичні порушення проявляються синдромом вагітності, що не розвивається. Мікоплазменна інфекція не має самостійного значення для переривання вагітності в I триместрі. Запропонована лікувальна тактика сприяла ефективному відновленню функції яєчників, рівня естрадіолу та прогестерону, захисних функцій імунної системи за рахунок збільшення захоплюючої здатності фагоцитуючих клітин, підвищенню бактеріцидної активності та активності системи комплементу.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Раціональний підхід до лікування та ведення вагітності у жінок із звичним невиношуванням потребує уваги та альтернативного вирішення терапевтичної тактики у обстежених жінок.

Анализ причин привычного невынашивания

О.Н. Ласытчук

Привычное невынашивание беременности обусловлено сочетанием нескольких причин. Прогестероновая недостаточность очень редко ведет к прерыванию беременности в I триместре, а генетические нарушения являются причиной невынашивания и прерывания беременности. Часто диагностируют сочетание инфекционных и генетических нарушений. Генетические нарушения проявляются синдромом беременности, которая не прогрессирует. Микоплазменная инфекция самостоятельно не влияет на прерывание беременности в I триместре. Среди инфекционных причин невынашивания герпесвирусная инфекция имеет основное значение.

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

Analysis of recurrent miscarriage causes

O.N. Lasytchuk

Recurrent miscarriage is caused by a combination of several causes. Progesterone deficiency is quite a rare cause of pregnancy termination in the first trimester, while genetic disorders often cause miscarriage and pregnancy termination. The most frequent combination is that of infections and genetic disorders. Genetic disorders are often manifested as a missed miscarriage syndrome. Mycoplasmal infection alone does not constitute a sufficient cause for pregnancy termination during the first trimester. Among the infectious causes of miscarriage, the most significant one is herpes virus.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием / Методические пособия и клинические протоколы. – М.: «МЭДпресс-информ», 2011. – 219 с.
2. Родзинский В.Е. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности / Родзинский В.Е., Запертова Е.Ю., Мисник В.В. Акуш. и гинекол., № 6. – 2005. – С. 24–29.
3. Тапильская Н.И. Невынашивание беременности: патогенез, клиника, фармакологическая коррекция. – Ст-Петербург, 2002. – 96 с.
4. Линде В.А. О причинах самопроизвольного прерывания беременности в I триместре/ Линде В.А., Романова О.А., Лебедева Н.Е. Проблемы репродукции. – № 2, том 15. – 2009. – С. 87–89.
5. Hwang J.H., Park M.I., Hwang Y.Y. et al. Exp Mol Med, 2002; 34:3: 194–200.

УДК 618.5-089.888.61-06:618.14-003.92-018-036.1-008.6-097-091.8

Сучасні інформативні критерії «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину

І.М. Шлапак

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Результати проведених клініко-функціональних і імуногістохімічних досліджень дозволяють виділити найбільш інформативні критерії «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину. Отримані результати дозволяють передбачити, що виявлені особливості експресії колагену I і III типів в нижньому матковому сегменті обумовлені травматизацією грубоволокнистої рубцевої тканини, не здібної до розтягування під час вагітності. Виникаючі мікророзриви супроводжуються розвитком асептичної запальної реакції з міграцією клітин лейкоцитарного ряду, в першу чергу, нейтрофільних гранулоцитів і лімфоцитів, з подальшою появою клітин фібробластичного ряду, що активно продукують колаген III типу. Отже, поява ділянок експресії колагену III типу і підвищеної експресії колагену IV типу в стінці судин можливо розглядати як критерії «неспроможності» рубця на матці. Отримані результати необхідно використовувати для вироблення алгоритму розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

Ключові слова: рубець на матці, імуногістохімічне оцінювання.

Впродовж останніх 15–20 років у всіх країнах наголошується збільшення частоти кесарева розтину в 3–4 рази. Згідно даним літератури, частота операції складає від 13% до 45% [1–5].

За даними ряду авторів [1–5] рубець на матці в даний час є одним з основних показань до кесарева розтину, складаючи від 18,2% до 37,0%. Основним мотивом для проведення повторного кесарева розтину служить небезпека розриву матки в пологах з несприятливим результатом для матері і плода.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми кесарева розтину, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані імуногістохімічних особливостей рубця на матці після операції кесарева розтину.

Мета дослідження: вивчення клініко-функціональних і імуногістохімічних критеріїв «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 120 пацієнток, госпіталізованих для підготовки до абдомінального розродження в акушерське відділення клінічного пологового будинку № 1 м. Сімферополя в період з 2008 по 2012 рр.: 60 пацієнток з рубцем на матці після операції кесарева розтину бу-

ли розроджені абдомінальним шляхом повторно, у 60 вагітних операція кесарева розтину була виконана вперше.

Усім пацієнткам було проведено загальноприйняте клініко-функціональне і лабораторне обстеження згідно загальноприйнятих рекомендацій.

Якісне імуногістохімічне визначення колагену I, III і IV типів в біоптатах нижнього маткового сегменту, отриманих при перших і повторних операціях кесарева розтину, а також фрагментів рубця на матці, отриманих під час гістероскопії, проводили з використанням поліклональних антитіл кролика, специфічних до колагену людини I, III і IV типів.

З метою визначення прогностично значущих клініко-анамнестичних, інструментальних і морфологічних критеріїв оцінювання стану рубця на матці проведено обстеження 60 вагітних з однією операцією кесарева розтину в анамнезі, яких було розподілено на дві підгрупи. До I підгрупи увійшли 43 жінки з клінічно і морфологічно «спроможним» рубцем на матці, що відмовилися від пологів через природні пологові шляхи; II підгрупу склали 17 пацієнток, в яких інтраопераційно при доношеній вагітності діагностовано неповний розрив матки по рубцю. Пацієнтки досліджуваних підгруп були підібрані за віком, структурою екстрагенітальної і гінекологічної патології, паритету, показанням до першої операції кесарева розтину і терміну гестації на момент її виконання, частоті і структурі гнійно-септичних ускладнень після першої операції, величині тимчасового інтервалу між першою операцією кесарева розтину і справжньою вагітністю, кількістю медичних і мимовільних абортів після першої операції кесарева розтину, частоті і структурі ускладнень справжньої вагітності, передбачуваній масі плода, розмірам тазу, терміну гестації і мірі «зрілості» шийки матки на момент повторного розродження. Під час проведення порівняльного статистичного аналізу анамнестичних даних було встановлено, що у пацієнток I підгрупи перша операція кесарева розтину достовірно частіше була виконана під час термінових пологів: у $70,9 \pm 4,9\%$ пацієнток I підгрупи і в $35,3 \pm 6,2\%$ жінок II підгрупи, $p=0,04$. У вагітних II основної підгрупи перше абдомінальне розродження достовірно частіше проводилося при доношеній вагітності до розвитку пологової діяльності: у $64,7 \pm 6,2\%$ пацієнток II підгрупи і у $29,1 \pm 4,9\%$ жінок I підгрупи, $p=0,02$. Отже, характер виконання першої операції кесарева розтину може розглядатися як чинник, що впливає на формування рубця на матці.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з результатами УЗД, достовірних відмінностей по товщині міометрія в середній третині нижнього маткового сегменту між досліджуваними групами виявлено не було: вона склала $2,43 \pm 0,34$ мм у пацієнток I підгрупи і $2,12 \pm 0,23$ мм – II підгрупи, $p=0,19$. При якісному аналізі середні значення індексів кровотоку в радіальних артеріях нижнього маткового сегменту були достовірно нижче у пацієнток I підгрупи в порівнянні з вагітними II підгрупи: індекс резистентності $0,59 \pm 0,06$ і $0,66 \pm 0,07$, відповідно, $p < 0,001$; пульсаційний індекс $0,83 \pm 0,10$ і $1,27 \pm 0,16$, відповідно, $p < 0,001$; співвідношення систоло-діастолічне $2,04 \pm 0,14$ і $3,41 \pm 0,19$, відповідно, $p < 0,001$.

У всіх пацієнток I підгрупи повторна операція кесарева розтину була виконана в плановому порядку, термін гестації на момент розродження склав $39,6 \pm 0,5$ тиж.

Пацієнтки II підгрупи були повторно прооперовані в терміні гестації $39,3 \pm 0,8$ тиж: $35,3 \pm 6,2\%$ з них були розроджені в екстреному порядку у зв'язку з клінічними ознаками загрозливого розриву матки по рубцю, що виявляються виникненням характерного больового синдрому; $64,7 \pm 6,2\%$ пацієнтки були прооперовані в плановому порядку, провідним показанням до операції у них була наявність ультразвукових ознак «неспроможності» рубця на матці (товщина нижнього сегменту матки менше 2 мм; ехогенна неоднорідність нижнього маткового сегменту; відсутність зон локального кровотоку і значення індексу резистентності в радіальних артеріях нижнього сегменту матки більше 0,6).

При інтраопераційному оцінюванні у всіх пацієнток I підгрупи нижній матковий сегмент характеризувався однорідною товщиною і структурою, будь-які візуальні зміни були відсутні. У всіх пацієнток II основної підгрупи, незалежно від наявності або відсутності клінічних ознак загрозливого розриву матки мав місце неповний розрив матки по рубцю, представлений локальним дефектом міометрія у вигляді «вікна» при інтактній серозній оболонці. Об'єм крововтрати і тривалість операції були порівнянні в досліджуваних підгрупах. За зросто-ваговими показниками і оцінкою новонароджених за шкалою Апгар достовірних відмінностей між групами виявлено не було, випадків асфіксії новонароджених в досліджуваних групах не було. У всіх пацієнток післяопераційний період протікав без ускладнень.

Таким чином, аналіз клініко-анамнестичних даних і результатів інструментальних методів обстеження пацієнток з рубцем на матці після операції кесарева розтину показав, що досліджувані групи достовірно розрізнялися за характером виконання першої операції і по особливостях васкуляризації нижнього маткового сегменту при повторній вагітності.

При морфологічному дослідженні біоптатів нижнього маткового сегменту, отриманих при виконанні повторної операції кесарева розтину у пацієнток I підгрупи, в його структурі переважав м'язовий компонент, представлений пучками гладких міоцитів, між якими розташовувалася щільна волокниста з'єднувальна тканина у вигляді тонких прошарків і широких полів з багаточисельними судинами різного типу. При імуногістохімічному дослідженні в області з'єднально-тканинних прошарків наголошувалася виражена експресія колагену I типу. Відносно колагену III і IV типів досліджувані біоптати були імунонегативні, що вказує на морфологічну «зрілість» рубцевої тканини і відсутність склеротичних змін в стінці судин. У пацієнток II підгрупи нижній матковий сегмент при морфологічному дослідженні був представлений переважно грубоволокнистою з'єднувальною тканиною з нечисленними патологічно зміненими судинами, ділянками набряку, крововиливів і інфільтрації клітками лейкоцитарного і фібробластичного ряду.

Одиничні, нерівномірно забарвлені гладкі міоцити розташовувалися нерегульовано. При імуногістохімічному дослідженні з'єднувальна тканина характеризувалася помірно вираженою експресією колагену I типу, в області ділянок крововиливів і клітинній інфільтрації спостерігалася виражена експресія колагену III типу. У стінці судин наголошувалася виражена експресія колагену IV типу унаслідок склерозу судинної стінки. Склеротичні зміни судин при формуванні «неспроможного» рубця на матці перешкоджають повноцінній регенерації м'язової тканини, на-

водячи до порушення обміну речовин і місцевої тканинної гіпоксії з розвитком грубої волокнистої з'єднувальної тканини. Отримані результати дозволяють передбачити, що виявлені особливості експресії колагену I і III типів в нижньому матковому сегменті обумовлені травматизацією грубоволокнистої рубцевої тканини, не здібної до розтягування під час вагітності. Виникаючі мікророзриви супроводжуються розвитком асептичної запальної реакції з міграцією кліток лейкоцитарного ряду, в першу чергу, нейтрофільних гранулоцитів і лімфоцитів, з подальшою появою клітин фібробластичного ряду, що активно продукують колаген III типу. Отже, поява ділянок експресії колагену III типу і підвищеної експресії колагену IV типу в стінці судин можливо розглядати як критерії «неспроможності» рубця на матці.

ВИСНОВКИ

Результати проведених клініко-функціональних і імуногістохімічних досліджень дозволяють виділити найбільш інформативні критерії «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину. Отримані результати дозволяють передбачити, що виявлені особливості експресії колагену I і III типів в нижньому матковому сегменті обумовлені травматизацією грубоволокнистої рубцевої тканини, не здібної до розтягування під час вагітності. Виникаючі мікророзриви супроводжуються розвитком асептичної запальної реакції з міграцією клітин лейкоцитарного ряду, в першу чергу, нейтрофільних гранулоцитів і лімфоцитів, з подальшою появою клітин фібробластичного ряду, що активно продукують колаген III типу. Отже, поява ділянок експресії колагену III типу і підвищеної експресії колагену IV типу в стінці судин можливо розглядати як критерії «неспроможності» рубця на матці. Отримані результати необхідно використовувати для вироблення алгоритму розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

Современные информативные критерии «несостоятельности» рубца на матке после операции кесарева сечения

И.М. Шлапак

Результаты проведенных клинико-функциональных и иммуногистохимических исследований позволяют выделить наиболее информативные критерии «несостоятельности» рубца на матке после операции кесарева сечения. Полученные результаты позволяют предположить, что выявленные особенности экспрессии коллагена I и III типов в нижнем маточном сегменте обусловлены травматизацией грубоволокнистой рубцовой ткани, не способной к растяжению, во время беременности. Возникающие микропорывы сопровождаются развитием асептической воспалительной реакции с миграцией клеток лейкоцитарного ряда, в первую очередь, нейтрофильных гранулоцитов и лимфоцитов, с последующим появлением клеток фибробластического ряда, активно продуцирующих коллаген III типа. Следовательно, появление участков экспрессии коллагена III типа и повышенной экспрессии коллагена IV типа в стенке сосудов возможно рассматривать в качестве критериев «несостоятельности» рубца на матке. Полученные результаты необходимо использовать для выработки алгоритма родоразрешения женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.

Ключевые слова: рубец на матке, иммуногистохимическая оценка.

Modern informative criterias of «inconsistency» of a hem on a uterus after cesarean section operation

I.M. Shlapak

Results spent clinical-functional and immunohistochemical researches allow to allocate the most informative criteria of „inconsistency” of a hem on a uterus after Cesarean section operation. The results received by us allows to assume that revealed features of expression collagen I and III types in bottom uterine segment are caused traumatically coarse-fibered cicatricial fabric not capable to a stretching, during pregnancy. Arising microruptures are accompanied by development of aseptic inflammatory reaction with migration cages leukocytes of some, first of all, neutrophils and lymphocytes, with the subsequent occurrence of cages fibroblastical number, actively producing collagen of III type. Hence, occurrence of sites expression of collagen of III type and the raised expression of collagen of IV type in a wall of vessels probably to consider as criteria of „inconsistency” of a hem on a uterus. The received results are necessary for using for algorithm development delivery women with a hem on a uterus after cesarean section.

Key words: a hem on uterus, immunohistochemical estimation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Вплив варикозної хвороби вагітних на зміни гемодинаміки малого тазу

О.Н. Іщак

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

Результати проведених досліджень свідчать, що для прогнозування порушень у фетоплацентарній системі у вагітних з варикозною хворобою доцільний вимір поперечного перетину бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Використання цих параметрів дозволяє зробити доплерометричне дослідження більш інформативним і значно підвищити чутливість ультразвукового методу в діагностиці стану фетоплацентарного кровообігу. Усім жінкам, що входять до групи ризику, рекомендований динамічний контроль вищезгаданих ехографічних показників в терміні 20 тиж вагітності. Для установлення діагнозу плацентарної дисфункції і визначення ступеня її компенсації необхідно проводити, окрім ехографічного дослідження судин малого тазу, доплерометричне оцінювання венозного кровотоку. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: вагітність, варикозна хвороба, гемодинаміка.

Дослідження останніх років показали, що нерідким проявом варикозної хвороби у вагітних є варикоз вен малого тазу, який спостерігають при кесаревому розтині, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1-3].

Ряд авторів [4-5] вказує на високу частоту виявлення у породілей екстазії венозних судин малого тазу, що, на їхню думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, страждаючих судинною недостатністю вен нижніх кінцівок. Наявність варикозно розширених судин системи внутрішньої клубової вени може сприяти розвитку кровотечі в третьому періоді пологів, бути причиною тромбоемболічних ускладнень, гнійно-септичних процесів в післяпологовому періоді; хронічних запальних процесів матки і придатків, вторинного безпліддя [6-7].

Симптомокомплекс "плацентарна дисфункція" (ПД) сьогодні займає найбільш високу питому вагу в структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених. Розробка нових методів діагностики і лікування ПД представляється одним з перспективних наукових напрямів сучасного акушерства і перинатології, оскільки порушення функції плаценти є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [1-7].

Таким чином, наявність у вагітних симптомокомплексу "плацентарна дисфункція" і васкулярних порушень обтяжує перебіг гестаційного процесу, неспри-

ятливо позначається на внутрішньоутробному розвитку плода, погіршуючи показники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів той факт, що необхідний комплексний підхід до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого тазу під час вагітності.

Використання сучасних ультразвукових методик (колірне доплерівське картування, дуплексне сканування, тривимірна ехографія) дозволить отримати вищезгадану інформацію про стан судин, відмовляючись від інвазивних методів досліджень [1-7].

Враховуючи наведене вище, в нашому дослідженні вирішено було проаналізувати особливості гемодинаміки малого тазу при фізіологічному перебігу вагітності, а також за наявності варикозної хвороби, причому без і з наявністю ПД.

Мета дослідження: вивчення особливостей гемодинаміки малого тазу при варикозній хворобі у вагітних без і за наявності ПД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленій меті і завданням нами були проспективно обстежені в термінах 10-41 тиж вагітності, в пологах і в ранньому післяпологовому періоді 100 пацієнток з варикозним розширенням вен малого тазу. Контрольну групу склали 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

На підставі отриманих результатів при ретроспективному аналізі всіх пацієнток було розподілено на наступні групи:

I група (контрольна) - 50 випадків. Вагітність у пацієнток даної групи протікала без ускладнень, а також не було виявлено супутніх екстрагенітальних захворювань.

II група - 50 вагітних з варикозним розширенням вен малого тазу і ПД сформовано за результатами функціональних методів дослідження: УЗ-фетометрії (ЗРП, ознаки передчасного старіння плаценти), УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу), КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода).

III група - вагітні з варикозним розширенням вен малого тазу без ознак ПД).

Усім пацієнткам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження із застосуванням функціональних і лабораторних методів.

Для оцінювання венозної гемодинаміки малого тазу при нормально протікаючій і ускладненій вагітності використовувалася ультразвуковий і доплерометричний методи дослідження.

З метою оцінки матково-плодово-плацентарного кровотоку реєструвалися доплерометричні індекси кривих швидкостей кровотоку маткових (МА), радіальних (РА), спіральних артерій (СА), артерії пуповини (АП) і середньомозкової артерії плода (СМА).

Доплерометричне дослідження входило в стандартне УЗД плода і проводилося три рази і більш (залежно від показань) в перебігу вагітності. При виявленні ПД проводилося її лікування по загальноприйнятих методиках.

Венозні судини і сплетіння оцінювали в В-режимі, режимі кольорного доплерівського і енергетичного картування. У вагітних контрольної групи в I триместрі діаметр маткової вени (М.в.) складав <0,5 см.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в жодному випадку впродовж всього терміну гестації і в післяпологовому періоді у пацієнток групи контролю тромботичні ускладнення не спостерігалися. Просвіт незміненої венозної судини був ехонегативний, стінки – рівні і тонкі, проба з кольоровим доплерівським картуванням (КДК) – позитивна, були відсутні ознаки венозної недостатності (проба Вальсальви, проба з натуженням), кровотік був монофазний, синхронізований з диханням.

Середній діаметр маткових вен в I триместрі у пацієнток контрольної групи склав $0,4 \pm 0,004$ см, максимальний розмір поперечного перетину судинного пучка - $2,0 \pm 0,02$ см. Цей період гестації у здорових вагітних характеризувався відсутністю УЗ-ознак розширення венозних сплетінь малого тазу.

У II триместрі наголошувалося прогресивне зростання діаметру маткових вен, який склав в середньому $0,8 \pm 0,04$ см. Причому, максимальні значення діаметру М.в. в даного контингенту обстежених виявлялися в терміні 18-20 тиж. Збільшення максимального розміру поперечного перетину судинного пучка бічної стінки матки в контрольній групі було незначне, лише до $2,2 \pm 0,03$ см. Необхідно відзначити, що ектазія судин венозних сплетень у здорових вагітних спостерігалася лише в трьох випадках (6,0%) в другій половині II триместра. Цей період гестації відрізнявся виключно параметральною локалізацією розширених вен з одностороннім характером розширення сплетінь, розсипним типом ектазії. Реєструвалося фарбування потоку, що демонструє залежність його від фаз дихання: що посилюється на видиху і слабшає на вдиху. Лінійні швидкості кровотоку MAX і MIN в першій половині вагітності практично не змінювалися.

III триместр вагітності характеризувався незначною зміною діаметру маткових вен. Так, середній діаметр М.в. склав $1,15 \pm 0,02$ см. Збільшення максимального розміру поперечного перетину судинного пучка бічної стінки матки в контрольній групі було також незначне - до $2,5 \pm 0,04$ см. У трьох спостереженнях (6,0%) візуалізувалося розширення параметрального сплетіння і в одному випадку (1,5%) - поєднане розширення параметрально-оваріальних судин. Впродовж всього періоду гестації у пацієнток контрольної групи спостерігалася одностороння локалізація розширених вен малого тазу і розсипний тип ектазії судин.

Наголошувалося деяке збільшення усередненої за часом швидкості кровотоку (ТАМХ) в II-III триместрі вагітності, але зміни були незначні.

Таким чином, у жінок з фізіологічною вагітністю зміни венозної гемодинаміки характеризувалися прогресивним збільшенням діаметру маткової вени і поперечного розміру судинного пучка матки, залученням до процесу ектазії судин параметрального/утеровагінального сплетіння з виключно односторонньою локалізацією і розсипним типом розширення, відсутністю ознак венозної недостатності.

Групи з варикозним розширенням вен малого тазу представили пацієнтки, максимальний діаметр маткової вени яких в першій половині вагітності перевищував 0,5 см.

Зміни діаметру маткової вени у жінок з ектазією венозних судин варіабельні. Розмір просвіту маткової судини був достовірно більше, як серед пацієнток з ускладненим перебігом вагітності, так і у жінок з ізольованою ектазією вен малого тазу ($p < 0,05$, порівняно з групою контролю).

Так, діаметр М.в. у вагітних обох груп з венозними порушеннями був в два рази більше, ніж у жінок з фізіологічною протікаючою вагітністю. Максимальний розмір поперечного перетину судинного пучка в I триместрі в контрольній групі склав $2,0 \pm 0,02$ см. У вагітних з ізольованою ектазією вен малого тазу величина досліджуваного показника була в два рази більше, ніж серед здорових жінок ($p < 0,05$). У пацієнток з венозними порушеннями і ПД відмінність не мала достовірної різниці ($p > 0,05$, порівняно з групою здорових вагітних).

Даний період гестації в більшій половині вагітних з ектазією вен малого тазу характеризувався розширенням судин параметрального/утеровагінального сплетінь, причому, серед жінок з ізольованими венозними порушеннями - в 3 рази частіше, ніж серед пацієнток з васкулярними порушеннями і ПД. Лише у 6 випадках (12,0%) в групі жінок з ізольованим розширенням вен малого тазу в I триместрі вагітності виявлялося поєднане розширення судин параметрального і оваріального сплетінь.

У переважній більшості пацієнток з варикозною хворобою (без ПД) наголошувалося односторонній характер ектазії венозних сплетінь, що в 3 рази частіше, ніж у вагітних з венозними порушеннями і ПД. Необхідно відзначити, що двостороння локалізація розширених сплетінь малого тазу виявлялася в групі з ізольованою ектазією венозних судин лише в кожному п'ятому випадку, а серед пацієнток з варикозною хворобою і ПД ще рідше.

Тип ектазії сплетінь в I триместрі в більшій частині пацієнток з венозними порушеннями характеризувався як розсипний.

Заслуговує на увагу той факт, що магістральний тип ектазії в цьому періоді виявлявся у пацієнток з ізольованими венозними порушеннями в кожному п'ятому випадку (20,0%), а серед жінок з васкулярними порушеннями і ПД - лише в одному спостереженні (2,0%).

II триместр вагітності характеризувався помірним збільшенням просвіту маткових судин, як в групі з ізольованою ектазією судин малого тазу, так і в групі з венозними порушеннями і ПД. Діаметр М.в. у жінок обох груп з варикозною хворобою був в більше, ніж в здорових, проте, ця відмінність не була статистично достовірною ($p > 0,05$).

Максимальний поперечний розмір перетину судинного пучка в II триместрі у вагітних з варикозною хворобою склав: $4,5 \pm 0,09$ см, $5,1 \pm 0,02$ см, по групах відповідно, що в 2 рази більше, порівняно з групою контролю ($p < 0,05$).

У розширених судинах малого тазу в групах з венозними порушеннями визначався ретроградний потік крові, ознаки псевдопульсації вен. У переважному числі випадків ($p < 0,05$, порівняно з групою здорових), сплетіння мали, також як і в I триместрі, односторонню локалізацію. Заслуговує на увагу той факт, що із збільшення терміну вагітності ектазія венозних сплетінь набувала двостороннього характеру в кожному друго-третьому випадку в групі з варикозною хворобою і ПД і лише в кожному п'ятому - в групі з ізольованими венозними порушеннями. Як у пацієнток з фізіологічним перебігом вагітності, так і у вагітних в групах з варикозним розширенням вен малого тазу, зміни характеру венозної гемодинаміки виявлялися з другої половини II триместру.

У переважній більшості пацієнток в групах з ектазією вен малого тазу, як в першому, так і в II триместрі вагітності, спостерігалася розширення параметрального/утеровагінального сплетіння ($p < 0,05$, порівняно з групою здорових).

У процес ектазії в II триместрі все більше залучалися судини оваріального сплетіння. У вагітних з венозними порушеннями і ПД гемодинамічні зміни (II триместр) виявилися появою поєданого розширення судин параметрально-оваріальних сплетень в кожному четвертому випадку, в групі з ізольованою ектазією венозних судин - в кожному третьому.

Необхідно відзначити, що число таких пацієнок серед вагітних з ізольованими венозними порушеннями в II триместрі вагітності було три рази більше, ніж в першому.

Заслужує на увагу той факт, що серед жінок з венозними порушеннями, перебіг гестації яких ускладнилося ПД, ці терміни вагітності відрізнялися появою тотального типу ектазії сплетень в більшій половині пацієнок, що в два з половиною рази частіше, ніж у вагітних з ізольованими васкулярними порушеннями. При поєданому (тотальному) варіанті ектазії венозних судин залучаються практично всі венозні комунікації басейну малого тазу. У більшості вагітних з ізольованою ектазією судин спостерігався розсипний тип розширення. Виявлений взаємозв'язок між типом ектазії судин і її анатомічним розташуванням. При ектазії параметральних/утеровагінальних венозних сплетень спостерігається розсипний тип варикозного розширення судин.

III триместр вагітності характеризувався прогресивним зростанням перетину маткової вени і максимальною швидкістю кровотоку (S_{max}) переважно серед пацієнок з ізольованим варикозним розширенням вен малого тазу.

Максимальний розмір поперечного перетину судинного пучка у вагітних обох груп з ектазією судин малого тазу в III триместрі був в два рази більше, ніж у здорових пацієнок ($p < 0,05$). Виявлялася чітка тенденція збільшення S_{max} в перебігу гестації у вагітних всіх груп.

Двосторонній характер ектазії судин у вагітних з варикозним розширенням вен малого тазу в III триместрі мав місце у кожній другій-третьій жінки з венозними порушеннями і ПД і лише в кожній четвертій - з ізольованою варикозною хворобою ($p < 0,05$, порівняно з групою здоров'я). Визначався ретроградний кровотік і ознаки псевдопульсації судин. Представлені зміни гемодинаміки також свідчить про залучення нових венозних комунікацій у пацієнок з венозними порушеннями, перебіг гестації яких ускладнився ПД.

У III триместрі реєструвалося збільшення числа жінок з розширенням найпоширенішого - яєчникового сплетіння малого тазу. Причому дані зміни спостерігалися як в групі з ізольованою ектазією венозних судин, так і в групі з васкулярними порушеннями і ПД.

Поєднане розширення параметрального і оваріального сплетень в цьому періоді гестації, як і в II триместрі вагітності візуалізувалося в кожному четвертому спостереженні в групі з варикозною хворобою і ПД і в кожному третьому - в групі з варикозною хворобою без ПД ($p < 0,05$, порівняно з групою контролю). Ектазія оваріального сплетіння реєструвалася в 14,0% спостережень у пацієнок з варикозною хворобою і ПД, в 10,0% спостережень - з ізольованими васкулярними порушеннями.

У вагітних з венозними порушеннями III триместр характеризувався магістральним типом ектазії судин в кожному другому-третьому випадку. Виявле-

ний взаємозв'язок між магістральним типом розширення судин і оваріальною локалізацією розширеного венозного сплетіння.

Тотальний тип ектазії судинних сплетень спостерігався з однаковою частотою в обох групах з варикозною хворобою - кожен другий-третій випадок.

У кожному четвертому випадку серед жінок з васкулярними порушеннями виявлявся розсипний тип ектазії судин. У групі з ізольованою варикозною хворобою в III триместрі розсипний тип розширення судин реєструвався в півтора рази рідше, ніж в другому. Усереднена за часом швидкість кровотоку в M.v. у групі з ізольованими венозними порушеннями в III триместрі була достовірно вище, порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Дані зміни пояснюються зниженням мінімальної лінійної швидкості в розширених венозних судинах.

Отже, гемодинамічні зміни у жінок з венозними порушеннями виявилися прогресивним збільшенням діаметру маткової вени і поперечного перетину судинного пучка, появою ознак венозної недостатності, залученням судин оваріального сплетіння, двосторонньою локалізацією розширених сплетень, а також тотальним і магістральним типом ектазії. "Пік" гемодинамічних змін відповідав II триместру вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що для прогнозування порушень у фетоплацентарній системі у вагітних з варикозною хворобою доцільний вимір поперечного перетину бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Використання цих параметрів дозволяє зробити доплерометричне дослідження більш інформативним і значно підвищити чутливість ультразвукового методу в діагностиці стану фетоплацентарного кровообігу. Всім жінкам, що входять до групи ризику, рекомендований динамічний контроль вищезгаданих ехографічних показників в терміні 20 тиж вагітності. Для постановки діагнозу ПД і визначення ступеня її компенсації необхідно проводити, окрім ехографічного дослідження судин малого тазу, доплерометричне оцінювання венозного кровотоку. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние варикозной болезни беременных на изменения гемодинамики малого таза О.Н. Ищак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для прогнозирования нарушений в фетоплацентарной системе у беременных с варикозной болезнью целесообразно измерение поперечного сечения боковой стенки матки и среднего диаметра маточной вены. Использование этих параметров позволяет сделать доплерометрическое исследование более информативным и значительно повысит чувствительность ультразвукового метода в диагностике состояния фетоплацентарного кровообращения. Всем женщинам, входящим в группу риска, рекомендован динамический контроль вышеуказанных эхографических показателей в сроке 20 нед беременности. Для постановки диагноза плацентарной дисфункции и определения степени ее компенсации необходимо

проводить, помимо эхографического исследования сосудов малого таза, доплерометрическую оценку венозного кровотока. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: беременность, варикозная болезнь, гемодинамика.

Influence of varicose illnesses at pregnant women at changes of haemodynamics of a small basin.

O.N. Ishak

Results of the spent researches testify that for forecasting of infringements in fetoplacental system at pregnant women with varicose illness expediently measurement of cross-section section of a lateral wall of a uterus and average diameter маточной veins. Use of these parameters allows to make dopplerometrical research by more informative and considerably to raise sensitivity of an ultrasonic method in condition diagnostics fetoplacental blood circulations. To all women entering into group of risk, dynamic control above-stated ehografical indicators in term of 20 weeks of pregnancy is recommended. For statement of the diagnosis of placental dysfunction and definition of degree of its indemnification it is necessary to spend, besides ehografical researches of vessels of a small basin, dopplerometrical estimation of a venous blood-groove. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: pregnancy, varicose illness, haemodynamics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. - М.: Видар, 2008. - 112 с.
2. Волков А.Е., Окорочков 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 II и III 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. Мурашко А.В. Этиология и патогенез хронической венозной недостаточности при беременности //Проблемы беременности. - 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.

УДК 618.3-06:616.14-007.63]-07:612.171

Роль кардіотокографічного обстеження в діагностиці перинатальної патології у вагітних з варикозною хворобою

О.О. Процепко, В.М. Гошовський

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

Результати проведених досліджень свідчать, що варикозна хвороба є чинником ризику розвитку дистресу плода. Треба відзначити, що при зіставленні даних кардіотокографії з результатами доплерометрії були виявлені кореляційні зв'язки між різними типами порушення гемодинаміки і патологією плода в основних групах. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, варикозна хвороба.

Дослідження останніх років показали, що нерідким проявом варикозної хвороби у вагітних є варикоз вен малого таза, виявлений під час кесарева розтину, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1-3].

Ряд авторів [4-5] вказує на високу частоту виявлення у породілей ектазії венозних судин малого таза, що, на їх думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, страждаючих судинною недостатністю вен нижніх кінцівок. Наявність варикозно розширених судин системи внутрішньої клубової вени може сприяти розвитку кровотеч в третьому періоді пологів, бути причиною тромбоемболічних ускладнень, гнійно-септичних процесів в післяпологовий період; хронічних запальних процесів матки і придатків, вторинного безпліддя [6-7].

Симптомокомплекс "плацентарна дисфункція" (ПД) сьогодні займає найбільш високу питому вагу в структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених. Розробка нових методів діагностики і лікування ПД представляється одним з перспективних наукових напрямів сучасного акушерства і перинатології, оскільки порушення функції плаценти є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [1-7].

Таким чином, наявність у вагітних симптомокомплексу "плацентарна дисфункція" і васкулярних порушень обтяжує перебіг гестаційного процесу, несприятливо позначається на внутрішньоутробному розвитку плода, погіршуючи показники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів той факт, що необхідний комплексний підхід до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого таза під час вагітності.

Використання сучасних кардіотокографічних досліджень у поєднанні з ультразвуковими методиками (колірне доплерівське картирування, дуплексне сканування, тривимірна ехографія) дозволяють отримати вичерпну інформацію про стан плода при даній екстрагенітальній патології [1-7].

Враховуючи наведене вище, було вирішено проаналізувати кардіотокографічні особливості за наявності варикозної хвороби, причому без і з наявністю ПД.

Мета дослідження: вивчити кардіотокографічні особливості при варикозній хворобі у вагітних без і за наявності ПД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленої мети було проспективно обстежено в термінах 10-41 тиж вагітності, в пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток з варикозним розширенням вен малого тазу. Контрольну групу склали 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

На підставі отриманих результатів при ретроспективному аналізі всіх пацієнток було розподілено на наступні групи:

I група (контрольна) - 50 випадків. Вагітність у пацієнток даної групи протікала без ускладнень, а також не було виявлено супутніх екстрагенітальних захворювань.

За результатами функціональних методів дослідження - УЗ-фетометрії (за-тримка розвитку плода - ЗРП, ознаки передчасного старіння плаценти), УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу), КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода) - було сформовано II групу, яку представили 50 вагітних з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок (ВБ) і ПД. III група - вагітні зі ВХ і без ознак ПД.

Усім пацієнткам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження із застосуванням функціональних і лабораторних методів. Кардіотокографічні дослідження проводилися по загальноприйнятих методиках [7].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз анамнестичних даних, характер перебігу і ускладнень вагітності, пологів, раннього післяпологового періоду, а також результатів додаткових методів досліджень виявив наступні моменти:

- виділені групи є статистично порівняними по наступних параметрах: вік початку менструацій і їх тривалість, вік початку статевого життя; структура екстрагенітальної патології (вегетосудинна дистонія за гіпо- і гіпертонічним типом, захворювання ШКТ); структура гінекологічних захворювань (фонові захворювання шийки матки, кісти яєчників, ендометрит і дисфункція яєчників); урогенітальна інфекція (кандидоз); число термінових пологів в анамнезі. Перебіг справжньої вагітності і пологів у пацієнток всіх представлених груп ускладнювався токсикозом першої половини гестації, аномаліями пологової діяльності;

- достовірними відмінностями між жінками з венозними порушеннями і здоровими ($p < 0,05$): тривалість менструального циклу, середнє зростання пацієнток, число мимовільних переривань вагітності, вагітностей, що не розвива-

ються і позаматкових, в анамнезі, частота безпліддя і передчасних пологів, що відрізняють пацієнток з екстазією вен тазу, перебіг гестації яких ускладнився ПД. У структурі екстрагенітальної патології в даного контингенту обстежених зустрічалися захворювання серцево-судинної системи (вади серця, хронічна артеріальна гіпертензія, анемія), сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба) і ендокринна патологія (дифузний зоб, аутоімунний тиреоїдит); у структурі гінекологічних захворювань - лейоміома матки, ендометріоз. Серед виявленої урогенітальної інфекції наголошувався хламідіоз.

Перебіг гестації ускладнювався загрозою переривання вагітності в I триместрі, анемією другої половини вагітності і прееклампсією. У вагітних цієї ж групи виявлялися УЗ-ознаки ПД і ЗРП.

Пацієнтки з екстазією венозних судин малого тазу і ускладненим перебігом вагітності достовірно частіше, порівняно з жінками, вагітність в яких була не ускладнена, були розроджені шляхом операції кесарева розтину. В цього контингенту жінок частіше зустрічалися невчасне вилиття навколоплідних вод, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. У породілей цієї ж групи спостерігалися дистрес плода і ЗРП.

Перебіг післяпологового періоду у пацієнток зі ВХ і ПД ускладнювався розвитком метроендометриту і гематометри.

Перинатальні результати в групі зі ВБ і ПД представлені наявністю дистресу плода і ЗРП, а також високою частотою неврологічних порушень і зменшенням задовільного стану немовлят.

Післяпологовий період у породілей цієї групи ускладнився метроендометритом (8,0%) і флєбітом маткових вен (4,0%).

Перинатальні результати представили народженням здорових дітей більш, ніж в кожному другому випадку, неврологічними порушеннями новонароджених - в кожному шостому спостереженні.

У жінок з венозними порушеннями також виявлені достовірні відмінності. Вагітні зі ВХ і ПД відрізнялися наступними характеристиками: число мимовільних абортів було в два рази більше, ніж у жінок з ізольованою екстазією вен малого тазу, число вагітностей, що не розвиваються і позаматкових, в анамнезі, а також частота оперативного розродження в анамнезі - в три рази. Дисфункція яєчників в анамнезі зустрічалася в два рази частіше також серед пацієнток зі ВХ і ПД.

Дифузний зоб, хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, аутоімунний тиреоїдит достовірно частіше виявлялися у жінок зі ВХ, перебіг вагітності яких ускладнився ПД. У структурі гінекологічних захворювань у вагітних цієї ж групи в два рази частіше спостерігався сальпінгоофорит.

Перебіг вагітності в групі зі ВХ і ПД протікав на тлі анемії в II триместрі, ускладнювався прееклампсією в другому-третьому триместрі вагітності. У жінок цієї ж групи виявлялися УЗ-ознаки ПД і ЗРП.

Дистрес плода, ЗРП і асфіксія новонароджених характеризували перебіг пологів, післяпологового періоду пацієнток з венозними порушеннями і ПД.

Число штучних переривань вагітності було в два рази більше у пацієнток з ізольованою екстазією вен малого тазу, чим у вагітних зі ВХ і ПД. Вага до вагітності була достовірно більше також у пацієнток цієї групи.

Вказані відмінності можуть бути використані для формування чинників ризику ускладненого перебігу вагітності і пологів.

Результати ехографічних і доплерометричних досліджень свідчать, що для прогнозування ускладнень вагітності і порушень у фетоплацентарній системі у вагітних зі ВХ доцільний вимір поперечного розтину бічної стінки матки і середнього діаметру маткової вени. Для постановки діагнозу ПД і визначення ступеня її компенсації необхідно проводити окрім ехографічного дослідження судин малого таза, доплерометричну оцінку венозного кровотоку.

При оцінюванні кардіотокограм в групах дослідження було виявлено, що в групі контролю не визначалося ознак гіпоксії плода. При аналізі використовувалася загальноприйнята шкала, де враховувалися акцелерації, базальний ритм, варіабельність, осциляції і децелерації. Так в групі контролю бальна оцінка КТГ склала в середньому $8,53 \pm 0,53$, що відповідає задовільному стану плода. Аналогічна ситуація спостерігалася в групі вагітних зі ВХ, де даний показник склав $8,15 \pm 0,15$. У I групі - ПД+ВХ, навпаки, даний показник склав $6,47 \pm 0,34$, що відповідає пограничному стану плода або, інакше кажучи, гіпоксії легкого і середнього ступеня ($p < 0,05$). Причому, якщо в III групі не було жодної пацієнтки з оцінкою нижче 8 балів, в II групі таких вагітних було вже 20,0%, тоді як в основній групі пацієнток з ПН+ВХ даний показник склав 36,0%.

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про те, що ВХ є чинником ризику щодо розвитку дистресу плода. Треба відзначити, що при зіставленні даних КТГ з результатами доплерометрії були виявлені кореляційні зв'язки між різними типами порушення гемодинаміки і патологією плода в основних групах. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Роль кардіотокографічного обстеження в діагностиці перинатальної патології у вагітних з варикозною хворобою О.О. Процепко, В.М. Гошовский

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.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, варикозная болезнь.

The role of cardiotocographical features at diagnostic of perinatal pathology at pregnant women with varicose illness A.A. Procepko, V.M. Goshovsky

Results of the spent researches testify, that varicose illness is a development risk factor distress of born. It is necessary to notice, that by comparison of data cardiotocografia with results

dopplerometria correlation communications between various types of infringement of haemodynamics and a born pathology in the basic groups have been revealed. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: placental dysfunction, varicose illness.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. - М.: Видар, 2008. - 112 с.
2. Волков А.Е., Окорочков 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. Проскурякова О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. - М., 2009. - 133-144 с.

Влияние избыточной массы тела и метаболического синдрома на состояние новорожденных и течение послеродового периода

В.И. Бойко, Д.В. Кравцов

Медицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

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

Ключевые слова: метаболический синдром, послеродовый период, новорожденные.

В последнее десятилетие значительно возрос интерес ученых всего мира к взаимосвязи метаболических нарушений с ожирением и ростом сердечно-сосудистых заболеваний. Так, ожирение и сахарный диабет 2-го типа признаны ВОЗ неинфекционными эпидемиями нашего времени в связи с широкой распространенностью среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью.

Известно, что ожирение – избыточное отложение жира в организме – может быть либо самостоятельным заболеванием, либо синдромом. Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество лиц, имеющих избыточную массу тела, прогрессивно увеличивается, а прирост за последние 10 лет составил 10%. В экономически развитых странах, включая Украину, 30% населения имеют избыточную массу тела.

В исследованиях акушеров [1–3] имеется значительное число работ, посвященных влиянию ожирения на течение беременности и родов, а изучение основных метаболических показателей проводится не так часто. В доступной нам литературе мы не нашли работ, которые бы связывали ожирение у беременных с наличием у них метаболического синдрома.

Цель исследования: изучить частоту метаболического синдрома у женщин с ожирением и влияние его на течение послеродового периода и состояние новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 120 беременных женщин с нарушением жирового обмена и 120 их новорожденных с момента рождения и до выписки из стационара. Контрольную группу составили 25 беременных без ожирения. Критериями включения в исследования были беременные с алиментарно-конституциональным ожирением, индекс массы тела (ИМТ) у них составил более 30 кг/м².

Критериями исключения были:

- эндокринный генез ожирения (консультация и обследование эндокринологом);
- хроническая сердечная недостаточность;
- сахарный диабет;
- заболевания щитовидной железы;
- использование препаратов, влияющих на углеводный и жировой обмен.

В зависимости от степени ожирения 120 беременных были разделены на три группы:

1-ю группу составили 49 беременных с I степенью ожирения (ИМТ от 30,0 до 34,9);

11 группу – 41 беременная со II степенью ожирения (ИМТ от 35 до 39,9);

111 группу – 30 беременных с III степенью ожирения (ИМТ > 40).

В комплекс проведенных исследований были включены антропометрические измерения, клинико-лабораторные методы и критерии выявления компонентов метаболического синдрома:

- ожирение – ИМТ > 30 кг/м²;
- артериальная гипертонзия – систолическое давление > 140 мм рт.ст. и диастолическое > 90 мм рт.ст.
- гипердислипидемия – уровень в сыворотке крови: триглицериды (ТГ) – более 2 ммоль/л; общий холестерин (ОХ) – более 5 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – более 55 ЕД/л и липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – ниже 1 ммоль/л.
- инсулинорезистентность – показатель индекса Саго < 0,33.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как свидетельствуют результаты клинической характеристики обследованных женщин, наибольшее их число в основных и контрольной группах было в возрасте 21–30 лет. В диапазоне старше 30 лет было несколько больше в группе беременных с ожирением III степени.

Масса тела женщин с ожирением колебалась от 76 до 137 кг. Следует отметить, что при индивидуальном анализе оказалось, что масса тела увеличивалась в зависимости от продолжительности ожирения, что особенно было заметно при сопоставлении со степенью ожирения. Так, при I степени продолжительность ожирения составила 8,0±0,6 года; при II – 10,6±1,0 года и при III степени – 13,6±1,2 года.

Анализируя структуру экстрагенитальных заболеваний, обращало на себя внимание значительная частота заболеваний дыхательной системы (до 10,0%); пищеварительного тракта (14,3%), частота которых была почти одинаковая во всех 3-х группах женщин с ожирением.

Из анамнеза было выяснено, что почти каждая пятая женщина (23,3%) переболела хроническим сальпингофоритом; 27,1% – лечились по поводу эрозии шейки матки; у 15,8% были дисфункциональные маточные кровотечения; первичное бесплодие было у 5,0%, а 2,5% – оперированы по поводу доброкачественных образований яичников.

Возраст менархе колебался от 11 до 16 лет и не отличался у женщин с ожирением в зависимости от степени ожирения. Регулярный менструальный цикл был у 101 женщины (84,2%); у 5 (4,2%) отмечалась олигоменорея с задержками до 3 месяцев; у 15 (12,6%) в анамнезе были дисфункциональные маточные кровотечения; у 5 из них (4,2%) было проведено диагностическое выскабливание с последующей гормональной коррекцией нарушений менструальной функции.

Анализируя генеративную функцию можно сделать вывод, что большинство женщин были повторнобеременными и повторнородящими. Кроме того, у женщин с ожирением III степени в 4 раза чаще, чем у женщин без ожирения и в 2,5 раза чаще, чем у женщин со II и I степенью ожирения наблюдались самопроизвольные аборт. Неразвивающаяся беременность у женщин с III степенью ожирения была в 3 раза чаще, чем у женщин с ожирением I степени и в 2,5 раза чаще, чем у пациенток без ожирения.

Частота осложнений в течение предыдущих беременностей значительно выше была у женщин с ожирением III степени. Также обращает на себя внимание высокий процент преэклампсии и, видимо, как его следствие гипотрофии плода, которая может еще объясняться значительной частотой угрозы прерывания беременности, что в итоге приводило к нарушению маточно-плацентарного и плодового кровообращения. На 3,3% больше у женщин основной группы роды происходили раньше срока, чем у женщин контрольной группы; на 20,2% чаще были роды оперативными (кесарево сечение и акушерские щипцы), кроме того, у 2,5% рожениц основной группы был разрыв промежности III степени; у 19,6% – слабость родовой деятельности, против 6,5% в контрольной группе.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что частота метаболического синдрома у беременных с ожирением составляет 89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелирует со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у беременных с I степенью ожирения составляет 18,4%; со II степенью – 29,3% и с III степенью – 70,0%.

Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома в 70,0% наблюдений обнаруживается у беременных с III степенью ожирения; со II степенью – у 48,8% и с I степенью – только у 18,4% обследованных.

Течение беременности и родов у женщин с метаболическим синдромом протекает с осложнениями, частота и степень тяжести которых зависит от числа компонентов метаболического синдрома. Частота кесарева сечения у рожениц с метаболическим синдромом составила 33,6% (против 10–12% общестатистического показателя).

Итак, результаты данного этапа нашей научной работы подтверждают существование взаимосвязи между ожирением, инсулинорезистентностью, дислипидемией, артериальной гипертонией и свидетельствуют о том, что ожирение возмож-

но является важнейшим механизмом или катализатором, запускающим развитие инсулинорезистентности и довольно часто сочетается с атерогенной дислипидемией и артериальной гипертонией.

Полученные нами данные свидетельствуют, что несмотря на проводимые мероприятия по профилактике кровотечений с увеличением степени ожирения, т.е. с увеличением количества компонентов метаболического синдрома, отмечается возрастание частоты акушерских кровотечений, причем у рожениц III группы частота кровотечений по сравнению с роженицами I группы повышается в 1,7 раза и в 1,4 раза по сравнению со II группой.

Учащение кровотечений приводит к увеличению числа ручного обследования полости матки, которое проводилось во всех случаях. Следует также указать на высокий материнский травматизм, что проявляется в повышении частоты разрывов шейки матки, особенно во II и III группах. Вместе с тем разрывы промежности отмечались практически одинаково часто во всех группах, за исключением I группы.

Обращает на себя внимание высокая частота нарушения сократительной способности матки у женщин с метаболическим синдромом, не только в ранний, но и в поздний послеродовой периоды. Так, очень частой патологией послеродового периода является субинволюция матки, которая особенно часто встречается у пациенток III группы и превышает таковую в контрольной группе в 3,3 раза. Следует отметить, что диагноз субинволюции матки подтверждался на основании данных УЗИ, проведенных на 3–4-е сутки послеродового периода, однако роженицы с этим диагнозом не предъявляли каких-либо жалоб.

К часто встречаемым осложнениям послеродового периода можно отнести и расхождение, нагноение послеоперационных швов и швов промежности, которые также в наибольшем количестве случаев встречались в III группе, что, по-видимому, связано с низким статусом иммунитета у женщин с метаболическим синдромом.

Гипоалактация встречалась у 15 рожениц I группы (30,6%); 12 рожениц II группы (29,3%), а в III группе практически каждой второй роженице (46,7%) проводились медикаментозные и немедикаментозные мероприятия для стимуляции лактации.

Следовательно, у рожениц с метаболическим синдромом послеродовый период протекает с большим числом осложнений, причем их частота коррелирует с количеством компонентов метаболического синдрома.

Глубокий интерес представляет изучение состояния детей при рождении у матерей с метаболическим синдромом. У 120 обследуемых женщин родилось 120 живых детей; в контрольной группе также родилось 25 живых детей от 25 здоровых рожениц. Случаев перинатальной смертности зафиксировано не было. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения. Согласно полученным результатам, наиболее высокие оценки по шкале Апгар получили новорожденные контрольной и I групп, тогда как в III группе наибольшее количество детей оценивалось в 7 и менее баллов.

Одним из важных показателей состояния плода является его масса. Анализируя полученные данные можно отметить, что роды крупным плодом (массой те-

ла более 4000 г) в обследуемых группах встречаются в 3–4 раза чаще, чем в контрольной группе. Следует отметить, что с нарастанием количества компонентов метаболического синдрома возрастает и частота рождения крупных плодов, которая была максимальной у родильниц 3-й группы (36,7%).

Нельзя не отметить и тот факт, что наряду с большим количеством рождения крупных детей, в 3-й группе также прослеживается наибольшее число родов с массой тела плода менее 3000 г, а в 1 (3,3%) случае наблюдалось рождение ребенка с массой менее 2500 г. Это, по-видимому, связано с результатами их внутриутробного страдания, вследствие нарушения маточно-плацентарного кровотока у женщин с максимальной степенью ожирения, т.е. с максимальными нарушениями метаболизма.

При расчете средней массы новорожденных оказалось, что в 1-й группе она составила $3672,1 \pm 48,2$ г; во 2-й – $3802,3 \pm 54,7$ г и в 3-й группе – $3718,1 \pm 34,2$ г. Если сравнивать эти цифры со средней величиной массы новорожденных контрольной группы – $3436,1 \pm 54,5$ г, то они достоверно выше, чем в основных группах ($p < 0,05$).

Согласно нашим данным, крупные новорожденные имели более выраженную потерю массы тела с более длительным периодом ее восстановления, хотя процент потери массы тела был физиологическим во всех группах. К моменту выписки из стационара, восстановление исходной массы наблюдалось у 55,1% новорожденных 1-й группы; у 43,9% – 2-й группы и у 30,0% – 3-й группы. Максимальные нарушения в восстановлении первоначальной потери массы новорожденных в 3-й группе можно объяснить поздним прикладыванием к груди (2–3 сут), и является еще одним фактором, характеризующим состояние новорожденного и указывает на неблагоприятное течение периода постнатальной адаптации.

Весьма показательным является тот факт, что у обследуемых новорожденных отмечались различные осложнения в течение раннего неонатального периода. Так, наиболее часто встречался дизадапционный синдром – у 52 новорожденных (43,3%), родившихся в удовлетворительном состоянии, было констатировано ухудшение состояния в виде периорального цианоза, тремора, снижения физиологического мышечного тонуса и др., что свидетельствует о быстром истощении энергетических возможностей и о несостоятельном адаптационном механизме данных детей в постнатальный период.

ВЫВОДЫ

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

Вплив надлишкової маси тіла і метаболічного синдрому на стан новонароджених і перебіг післяпологового періоду V.I. Бойко, Д.В. Кравцов

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

Ключові слова: метаболічний синдром, післяпологовий період, новонароджені.

Influence of superfluous weight of a body and metabolic syndrome on a condition of newborns and a current of the postnatal period V.I. Boyko, D.V. Kravzov

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.36-007-092

Вплив аномального розташування плаценти на її морфологічні зміни

С.А. Куріцина

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

Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що варіант плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода залежать від локалізації плаценти і можливості її міграції під час вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, морфологія.

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

Акушерський аспект проблеми полягає в рішенні питання збереження або пролонгації вагітності при кровотечах, що виникають унаслідок АРП [3]. У перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і передчасного переривання вагітності [1, 2]. Проте багато питань етіології, патогенезу, перебігу вагітності і пологів, стан плода і новонародженого при АРП залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими. На нашу думку на особливу увагу заслуговують морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу при АРП, чому і присвячено справжнє наукове дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно спостерігали 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентажія виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно класифікації аномалій плацентажії і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

У контрольну групу увійшли 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією.

З 16 тиж вагітності здійснювали УЗ-контроль процесу міграції з оцінюванням розташування і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентажії, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток,

нам представилося доцільним ділення варіантів міграції плацентажії відносно внутрішнього зіву шийки матки.

Було виділено наступні підгрупи:

1-а підгрупа (19,6%) – 29 пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.

2-а підгрупа (37,2%) – 55 жінок з низьким розташуванням плаценти в результаті неповної (незавершеною) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).

3-а підгрупа (43,2%) – 64 вагітні, в яких в результаті повної (завершеною) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий внутрішнього зіву).

Вік вагітних основної і контрольної групи коливався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи ($p < 0,01$) були у віці від 26 до 35 років (62,1%), контрольної – від 20 до 25 років (55,0%). Середній вік в контрольній групі склав $23,8 \pm 3,9$ року, в основній – $29,4 \pm 6,6$ року.

Морфологічне дослідження посліду проводилося за стандартизованою схемою А.П. Мілованова (2008), що включала макроскопічний, морфометричний аналіз, вирізку матеріалу і три етапи гістологічного вивчення.

Макроскопічний аналіз – оцінювалася форма, стан плаценти, враховувалася наявність додаткових часток і місце прикріплення пуповини, описувалися видимі зміни;

Морфометричний аналіз – визначалася маса, плацентарно-плодовий коефіцієнт; об'єм плаценти розраховували по витисненій воді в мірному циліндрі, площа материнської поверхні – по відбитку свіжої плаценти на папері, використовуючи спеціальну прозору сантиметрову сітку.

Вирізку матеріалу – 6 шматочків плацентарної тканини (2 – з краєвої зони, 2 – з парацентральної, 2 – з центральної) заливали в парафін. Парафінові зрізи забарвлювали гематоксилином-еозинном по Ван-Гізону, реактивом Шиффа по Маллорі і піддавали стандартному дослідженню. Гістологічний аналіз включав 3 етапи.

I етап – діагностика зрілості плаценти.

II етап – оцінка (від 1 до 3 балів) вираженості наступних показників:

- міжворсинчастий фібриноід;
- псевдоінфаркти – замуровані фібриноідом групи ворсин;
- афункціональні зони – групи склеєних ворсин що зближуються тісно;
- істинні/ішемічні інфаркти – групи некротизованих ворсин;
- міжворсинчасті крововиливи/тромби;
- запальні зміни;
- ангіоматоз – компенсаторні розширення судин в стромі ворсин;
- синцитіальні нирки – скупчення ядер синцитіотрофобласту ворсин;
- активність цитотрофобласту – по кількості клітинних острівців, наявність в них високоактивних кліток цитотрофобласту і мікрокіст із секретом;
- активність синцитіотрофобласту – по товщині епітелію більшості ворсин;
- міра звуження/розширення судин опорних ворсин;
- спеціалізовані термінальні ворсини – що мають в своєму складі 3–4 синцитіокапілярних мембрани;
- кальцифікати у складі базальної пластинки і септ.

III етап – визначення міри плацентарної дисфункції (ПД) по сукупності величин маси плода, плаценти, міри зрілості або незрілості ворсин, вираженості компенсаторних реакцій і інволютивних змін.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати морфологічного дослідження плацент у жінок основної групи виявили безперечні відмінності в порівнянні з плацентами спочатку типовій локалізації. Так, в підгрупі з передлежанням частіше зустрічаються плаценти розпластані і неправильної форми, достовірно понижені маса і об'єм плацент (відповідно $394,8 \pm 32,3$ г і $402,6 \pm 23,3$ мл; $p < 0,05$), проте плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) не виявив достовірну різницю з контрольною групою ($0,12 \pm 0,011$, $p > 0,05$). У 1-й підгрупі нерівномірність і згладжена дольчастість з потоншенням котиледонів відзначено в 94,5% випадків, поєднуючись із збільшенням площі материнської поверхні (ПМП) плацент ($406,9 \pm 22,4$ см, $p < 0,05$). Значну частину ПМП займає крововилив ($19,4 \pm 1,3\%$, $p < 0,001$) і невелику – інфаркти ($0,07 \pm 0,04\%$, $p > 0,05$).

Порівняння з плацентами матерів, які мають її типову локалізацію, показало, що в «мігруючих» плацент показники маси і об'єму їх ($394,1 \pm 19,3$ г; $386,9 \pm 19,6$ мл; $p < 0,01$) менше, ніж в «передлежачих», а ПМП має лише тенденцію до зниження ($316,4 \pm 20,6$ см²; $p > 0,05$).

При низькій плацентажі частіше, ніж в інших підгрупах, зустрічаються неправильні форми плацент (16,4%) з додатковими частками. У 2-й підгрупі зафіксовані найбільш виражені зміни плацент ($p < 0,001$) серед трьох підгруп дослідження ($375,1 \pm 13,7$ г; $368,1 \pm 13,7$ мл) на тлі найнижчого значення ППК ($0,10 \pm 0,005$). Як і в підгрупі з передлежанням, невелика частина поверхні плацент матерів 2-ї підгрупи зайнята інфарктами ($0,27 \pm 0,07\%$, $p > 0,05$), значніша – крововиливом ($20,7 \pm 1,12\%$, $p < 0,001$), також часто зустрічаються нерівномірність і згладжена дольчастість з потоншенням котиледонів плаценти (94,1%).

При гістологічному дослідженні плацент типової локалізації в 52,4% спостережень вони розцінені як зрілі, відповідні терміну гестації 38–40 тиж; у останніх випадках виявлені варіанти відносно незрілості ворсин з диссоційованим розвитком котиледонів. Невідповідність будови плаценти терміну гестації є передумовою порушення компенсаторних реакцій на тканинному рівні, який наводить до посилення вантажу ПД і інших ускладнень вагітності і пологів.

Серед плацент 1-ї підгрупи переважають варіанти відносно незрілості ворсин (59,1%) – дисоційований розвиток котиледонів і дефіцит спеціалізованих ворсин. У 3-й підгрупі лише в 29,0% спостережень ворсини відповідають терміну гестації, переважає варіант незрілості з проміжним диференціюванням ворсин (42,0%), більшість з них гіповаскуляризовані. Діагностований варіант патологічною незрілістю ворсин з домінуванням хаотичних склерозованих ворсин (19,4%), синцитіальний покрив яких нерівномірно витончений, утворює рідкі синцитіальні нірки, а строма досить сформована і містить багато фібробластів і колагенових волокон.

При низькому розташуванні плацент умовна нормальна будова констатовано в самому невеликому відсотку випадків (7,9%), переважав (37,5%) найбільш важ-

кий варіант патологічної незрілості ворсинчастого хоріону – хаотичні гіповаскуляризовані і склерозовані гілки з глибшими і поширенішими інволютивно-дистрофічними змінами ворсин.

Для патоморфологічної оцінки ПД при АРП проведений аналіз мікроскопічних ознак патології, порушень реологій і недостатності компенсаторних реакцій. У 1 підгрупі плацент важливим чинником, посилюючим ПД, є багаточисельні ділянки «склеєних» ворсин ($1,5 \pm 0,18$ балу, $p < 0,01$), які характеризуються зближенням окремих ворсин в компактні групи і що з'єднуються один з одним синцитіальними нірками або ділянками фібриноду. На відміну від псевдоінфарктів в «склеєних» ворсинах збережений епітеліальний покрив і в стромі опиняється достатня кількість капілярів.

За наявності «передлежачої» плаценти достовірно переважають реологічні порушення материнського кровотоку в міжворсинчастому просторі (МВП) плацент ($2,6 \pm 0,31$ балу, $p < 0,001$). Мають місце як початкові стадії – агрегація материнських еритроцитів, гемолізовані еритроцити, нитки фібрину, так і кінцевий – «старий» крововилив в МВП у вигляді шаруватих тромбів. У випадках приросту плаценти (16,8%) опинялися багаточисельні бухти базальної пластинки з проникненням ворсин, збереженням ендометріальних залоз і помірною запальною інфільтрацією, яка побічно підтверджує функціональну недостатність ендометрія.

Запальний інфільтрат при цьому носив змішаноклітинний характер. Ризик інфекційного пошкодження був виражений у випадках інтенсивного і поширеного пошкодження посліду, коли запальна інфільтрація охоплювала базальну пластинку, ворсини, МВП і спіральні артерії. При такому стані посліду у 58,0% дітей протягом перших двох діб констатувалися інфекційні захворювання (пневмонія, кон'юнктивіт).

Недостатність компенсаторно-приспосувальних процесів (КПП) у вигляді ангіоматозу, синцитіальних нірок, значного об'єму порушень реологій і невеликого числа ворсин, які відповідали гестаційному терміну 38–40 тиж, дозволили діагностувати помірний ступінь ПД в 1-й підгрупі дослідження ($0,13 \pm 0,08$ балу, $p < 0,01$).

У «мігруючих» плацентах достовірно збільшено число псевдоінфарктів із замукованими ворсинками і проліферацією довкола позаворсинчастого цитотрофобласта, «склеєних» ворсин і міжворсинчастого крововиливу різної давності, що істотно зменшило площу ворсинчастого дерева, яке бере участь в дифузії. Достовірно звужений був просвіт артерій опорних ворсин ($1,1 \pm 0,22$ балу, $p < 0,01$). Дана патологія виражалася облітераційною ангіопатією дрібних артерій у складі опорних ворсин і потовщенням її м'язової оболонки.

У жінок 3-ї підгрупи АРП достовірно меншими були КПП: нерівномірно слабо виражений ангіоматоз ($p < 0,001$), синцитіальні нірки незначні за площею і частотою тієї, що зустрічається ($p > 0,05$). Морфофункціональне дослідження посліду із завершеним процесом міграції виявило наявність обмеженого інфекційного пошкодження плаценти і позаплацентарних плодових оболонок. Запальна інфільтрація виявлялася у вигляді рідких дрібних вогнищ лімфоїдно-макрофагального інфільтрату з переважанням поліморфноядерних лейкоцитів (ПЯЛ).

Отже, недостатність КПП у вигляді ангіоматозу, синцитіальних нирок, помірний об'єм порушень реологій і значне число ворсин з вираженою патологічною незрілістю дозволили діагностувати помірний ступінь ПД.

У підгрупі плацент з низькою плацентациєю часто зустрічалися ділянки «склеєних» ворсин ($p < 0,001$); був збільшений об'єм порушень реологій в МВП ($p < 0,01$). Наявність найважчого варіанту патологічної незрілості ворсин при невеликому числі ворсин, відповідних 38–40 тиж терміну гестації підкреслює значне зниження КПП; зменшення числа і вираженості синцитіальних нирок ($p < 0,01$) і ворсин з ангіоматозом строми ($p < 0,01$) свідчать про важкий ступінь ПД ($1,02 \pm 0,2$ балу, $p < 0,001$).

Дослідження посліду жінок 2-ї підгрупи, які народили дітей з внутрішньоутробним інфікуванням (ВУІ), виявило наявність серозного хоріоамніоніту, децидуїту, фіброзу строми ворсин, дрібно вогнищевих крововиливів в плацентарній тканині, ішемічних інфарктів і серозного інтервеллузіту. При інфекційному пошкодженні посліду (склероз елементів ворсинчастого дерева, масивна запальна інфільтрація) ворсини переставали виконувати свої функції, підсилюючи ПД.

Отже, порівняльне дослідження посліду при аномаліях плацентациї виявило морфофункціональні зміни, які свідчать про те, що ПД може бути відносною (компенсованою/субкомпенсованою) і абсолютною (декомпенсованою) залежно від процесу міграції і локалізації плаценти. Задовільний результат пологів для плода забезпечується рівнем/ступенем КПП. Найбільш несприятлива ситуація для плода і новонародженого складається при низькій локалізації плаценти в матці і незавершеній міграції, коли безповоротні зміни посліду супроводжуються слабо вираженими КПП. У 2-й підгрупі спостережень мало місце важке внутрішньоутробне страждання плода, ЗРП, що іноді створювало критичну ситуацію і вимагало дострокового розродження.

ВИСНОВКИ

Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що варіант плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода залежать від локалізації плаценти і можливості її міграції під час вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние аномального расположение плаценты на ее морфологические изменения С.А. Курицина

Результаты проведенных морфологических исследований свидетельствуют, что вариант плацентарной дисфункции и задержки развития плода зависят от локализации плаценты и возможности ее миграции во время беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, морфология.

Influence of abnormal the located placenta at morfological features S.A. Kuritsina

Results of the spent morphological researches testify that the variant of placentary dysfunction and born arrest of development depend on localisation of a placenta and possibility of its migration during pregnancy. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: an abnormal arrangement of a placenta, morfology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Шляхи зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з міопією різного ступеня тяжкості

Л.М. Мочалова

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

Результати проведених досліджень свідчать, що використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з міопією середнього і важкого ступеня дозволяє знизити частоти кесарева розтину і покращити перинатальні результати розродження. Це дає нам право рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: акушерська і перинатальна патологія, міопія.

Міопія – одна з найбільш поширених патологій органу зору. Не дивлячись на сучасні методи профілактики і лікування в офтальмології кількість хворих міопією досить велика. На початок репродуктивного періоду життя до 30% жіночого населення в світі страждають короткозорістю, причому близько 20% з них мають міопію високого ступеня [1–5].

На сьогоднішній день більшість дослідників схиляються до думки, що самотійні пологи для жінок з неускладненою міопією доволі безпечні, 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 [3].

До сьогодні 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 [3]. При цьому відсутній повноцінний офтальмологічний контроль за даною категорією жінок і рішення про проведення кесарева розтину приймається за наявності у вагітної міопії високого ступеня, часто неускладненої.

В даний час з метою корекції деяких акушерських ускладнень (пreekлампсія, дискоординація пологової діяльності, передчасні пологи) застосовується тривала епідуральна анестезія. У сучасній літературі [1–5] є відомості, що епідуральна анестезія сприятливо впливає на центральний і периферичний кровообіг. В той же час дані по вживанню епідуральної анестезії у жінок з ускладненою міопією небагаточисельні і носять суперечний характер, що і обумовлює актуальність нашого наукового дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти кесарева розтину і перинатальної патології у жінок з міопією різного ступеня тяжкості на основі вивчення особливостей центральної і місцевої гемодинаміки, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікування профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставлених завдань були обстежені різні групи жінок в період гестації і пуерперія. Загальне число обстежених склало 150 жінок. Основну (1) групу склали 50 вагітних з міопією середнього або високого ступеня, розроджені з використанням тривалої епідуральної анестезії. Групу порівняння (2) склали 50 вагітні з міопією середнього і високого ступеня, для знеболення пологів в яких використовувалося внутрішньовенне введення анальгетиків, седативних і спазмолітичних засобів. Контрольну групу склали 50 вагітних з еметропією.

На підставі даних анамнезу здійснений погруповий аналіз віку, характеру виконуваної роботи, особливостей репродуктивної функції, наявності ускладнень попередніх вагітностей і пологів, екстрагенітальної захворюваності, тривалості і особливостей перебігу міопії, оперативних втручань, які проводилися з приводу міопії, перебігу міопії при попередніх вагітностях і пологах.

Усім вагітним виконаний стандарт обстеження з врахуванням нозології. Разом з цим проведені наступні додаткові дослідження: гормонів фетоплацентарного комплексу, УЗД плода з доплерометрією, біофізичний профіль плода, реографія, огляд офтальмолога (офтальмоскопія з використанням лінзи Гольдмана, візометрія, біомікроскопія, тонометрія, ехоофтальмоскопія, реоофтальмографія), огляд анестезіолога і перинатолога.

Результати обстеження були оброблені методом варіаційної статистики з використанням стандартних комп'ютерних програм.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними ускладненнями вагітності у жінок з міопією середнього і важкого ступеня є гестаційна анемія – 47,0% (1 ст. – 79,8% і 2–3 ст. – 20,2%) і пreekлампсія – 23,0% (легкого ступеня – 87,3% і середнього ступеня тяжкості – 12,7%).

Найбільш виражені зміни з боку органу зору виявлені у вагітних з поєднанням пreekлампсії і міопії: прогрес ангіопатії в 63,3% випадках, поява свіжих змін на очному дні в – 16,7% і в 6,7% спостереженнях – збільшення ступеня міопії на 1–1,5 діоптрія.

У вагітних з анемією вагітних і міопією в 66,7% випадків не відмічено значних змін з боку органу зору, в 33,3% спостережень прогресує ангіопатія з відповідними змінами на очному дні.

При оцінці реоофтальмографії встановлено, що у вагітних з неускладненою міопією амплітуда коливань помітно нижче за нормальні значення, коливання мають пологу вершину і їх форма стає асиметричною за рахунок переважання венозної фази, показник Rq коливається в межах 2,0–2,3%. При ускладненій міопії кровонаповнення ока значно нижче за нормальні значення, коефіцієнт Rq дорівнює 1,5–1,7%, а амплітуда коливань ще більш зменшена порівняно з нормальною кривою. При поєднанні міопії з пreekлампсією рівень Rq складає 2,0–2,4%, але при

цьому наголошувалася нехарактерна висока амплітуда коливань, а також загострення верхівки коливань.

Вдосконалений нами алгоритм включав наступні моменти:

- при розробленні тактики ведення вагітності у жінок з міопією середнього і важкого ступеня необхідно враховувати наявність гестаційної анемії і преєк- лампсії;

- для оцінювання стану місцевої гемодинаміки у пацієнток з міопією середньо- го і важкого ступеня необхідно проводити динамічну оцінку реоофтальмограм;

- у комплекс лікувально-профілактичних заходів під час вагітності у пацієнток з міопією середнього і важкого ступеня необхідно додатково включати антиагре- ганти з врахуванням результатів додаткових методів дослідження;

- використання при розродженні жінок з міопією середнього і важкого ступеня пролонгованої регіонарної анестезії дозволяє поліпшити гемодинаміку ока і уник- нути появи можливих ускладнень з боку органу зору, що сприяє зниженню частоти кесарева розтину і поліпшенню перинатальних результатів розродження.

Використання пропонованого алгоритму ведення вагітності і тактики розро- дження пацієнток з міопією середнього і важкого ступеня дозволяє знизити частоту кесарева розтину з 50,0% до 36,0% на тлі одночасної нормалізації основних по- казників реоенцефалограми.

При оцінюванні перинатальних результатів розродження жінок з міопією се- реднього і важкого ступеня при використанні пропонованого алгоритму число дітей, що народилися в задовільному стані, збільшилося з 60,0% до 74,0% на тлі зниження частоти асфіксії середнього (з 32,0% до 18,0%) і важкого ступеня (з 8,0% до 4,0%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з міопією середнього і важкого ступеня дозволяє знизити частоту кесарева розтину і знайти перинатальні результати розродження. Це дає нам право рекомен- дувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Пути снижения акушерской и перинатальной патологии у женщин с миопией различной степени тяжести Л.Н. Мочалова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с миопией средней и тяжелой степени позволяет снизить частоту кесарева сечения и улучшить перинатальные исходы родоразрешения. Это дает нам право рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: акушерская и перинатальная патология, миопия.

Decrease ways of obstetrical and perinatal pathologies at women with myopia various severity level L.N. Mochalova

Results spent researches testify that use of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with myopia average and heavy degree allows to lower frequencies cesarean sections and to seize perinatal outcomes of delivery. It grants to us is right to recommend advanced algorithm for wide use in practical public health services.

Key words: obstetrical and perinatal pathology, myopia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Замятина Е.В. Тактика ведения беременных женщин с осложненной миопией / Е.В. Замятина, С.С. Ильенков, Л.А. Хребтова // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2010. – № 7. – С. 229–231.
2. Ивахненко Е.М. Современный подход к профилактике прогрессирования миопии во время беременности / Е.М. Ивахненко, Н.Н. Бушуева // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 52–54.
3. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность / М.М. Шехтман. – Л.: Медицина, 2007. – 112 с.
4. Curtin B.J. The etiology of myopia / B.J. Curtin // The Myopias: Basic Science and Clinical management. Philadelphia, 2009. – P. 113–121.
5. Eye diseases and control of labor. Studies on changes in the eye in labor exemplified by subconjunctival hemorrhage (hyposphagmas) / [Stolp W., Kamin W., Liedtke V., Borgmann H.] // Geburtshilfe. Frauenheilkd. – 2009. – Vol. 49, №4. – P. 357–362.

Особливості фетоплацентарного комплексу при аномально і низько розташованій плаценті

Н.О. Урсаки

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

Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що варіант плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода залежать від локалізації плаценти і можливості її міграції під час вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномальне розташування плаценти, морфологія.

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

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

Мета дослідження: вивчення морфологічних особливостей фетоплацентарного комплексу при АРП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно спостерігали 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентажія виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно класифікації аномалій плацентажії і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

В контрольній групі обстежено 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією.

З 16 тиж вагітності здійснювався УЗ-контроль процесу міграції з оцінюванням положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентажії, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток,

нам представилося доцільним ділення варіантів міграції плацентажії відносно внутрішнього зіву шийки матки.

Було виділено наступні підгрупи:

1 підгрупа (19,6%) – 29 пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.

2 підгрупа (37,2%) – 55 жінок з низьким розташуванням плаценти в результаті неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).

3 підгрупа (43,2%) – 64 вагітні, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вище внутрішнього зіву).

Вік вагітних основної і контрольної групи коливався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи ($p < 0,01$) були у віці від 26 до 35 років (62,1%), контрольної – від 20 до 25 років (55,0%). Середній вік в контрольній групі склав $23,8 \pm 3,9$ року, в основній – $29,4 \pm 6,6$ року.

Морфологічне дослідження посліду проводилося за стандартизованою схемою А.П. Мілованова (2008), яка включала макроскопічний, морфометричний аналіз, вирізку матеріалу і три етапи гістологічного вивчення.

Макроскопічний аналіз – оцінювалася форма, стан плаценти, враховувалася наявність додаткових часток і місце прикріплення пуповини, описувалися видимі зміни.

Морфометричний аналіз – визначалася маса, плацентарно-плодовий коефіцієнт; об'єм плаценти розраховували по витисненій воді в мірному циліндрі, площа материнської поверхні – по відбитку свіжої плаценти на папері, використовуючи спеціальну прозору сантиметрову сітку.

Вирізка матеріалу – 6 шматочків плацентарної тканини (2 – з краєвої зони, 2 – з парацентральної, 2 – з центральної) заливали в парафін. Парафінові зрізи забарвлювали гематоксилином-еозином по Ван-Гизону, реактивом Шиффа по Маллорі і піддавали стандартному дослідженню. Гістологічний аналіз включав 3 етапи.

1 етап – діагностика зрілості плаценти.

2 етап – оцінка (від 1 до 3 балів) вираженості наступних показників:

- міжворсинчастий фібриноід;
- псевдоінфаркти – замуровані фібриноїдом групи ворсин;
- афункціональні зони – групи склеєних ворсин, що зближуються тісно;
- істинні/ішемічні інфаркти – групи некротизованих ворсин;
- міжворсинчасті крововиливи/тромби;
- запальні зміни;
- ангіоматоз – компенсаторні розширення судин в стромі ворсин;
- синцитіальні нирки – скупчення ядер синцитіотрофобласту ворсин;
- активність цитотрофобласту – по кількості клітинних острівців, наявність в них високоактивних клітин цитотрофобласту і мікрокіст з секретом;
- активність синцитіотрофобласту – по товщині епітелію більшості ворсин;
- міра звуження/розширення судин опорних ворсин;
- спеціалізовані термінальні ворсини – що мають в своєму складі 3–4 синцитіокапілярних мембрани;
- кальцифікати у складі базальної пластинки і септ.

3 етап – визначення ступеня плацентарної дисфункції (ПД) по сукупності величин маси плода, плаценти, ступеня зрілості або незрілості ворсин, вираженості компенсаторних реакцій і інволютивних змін.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати морфологічного дослідження плацент у жінок основної групи виявили безперечні відмінності в порівнянні з плацентами спочатку типової локалізації. Так, в підгрупі з передлежанням частіше зустрічаються плаценти розпластані і неправильної форми, достовірно понижені маса і об'єм плацент (відповідно $394,8 \pm 32,3$ г і $402,6 \pm 23,3$ мл; $p < 0,05$), проте плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) не виявив достовірну різницю з контрольною групою ($0,12 \pm 0,011$, $p > 0,05$). У 1 підгрупі нерівномірність і згладжена дольчатість з потоншенням котиледонів відмічено в 94,5% випадків, поєднуючись із збільшенням площі материнської поверхні (ПМП) плацент ($406,9 \pm 22,4$ см, $p < 0,05$). Значну частину ПМП займає крововилив ($19,4 \pm 1,3\%$, $p < 0,001$) і невелику – інфаркти ($0,07 \pm 0,04\%$, $p > 0,05$).

Порівняння з плацентами матерів, які мають їх типову локалізацію, показало, що в «мігруючих» плацентах показники їх маси і об'єму ($394,1 \pm 19,3$ г; $386,9 \pm 19,6$ мл; $p < 0,01$) менше, ніж в «передлежачих», а ПМП має лише тенденцію до зниження ($316,4 \pm 20,6$ см²; $p > 0,05$).

При низькій плаценталії частіше, ніж в інших підгрупах, зустрічаються неправильні форми плацент (16,4%) з додатковими частками. У 2 підгрупі зафіксовані найбільш виражені зміни плацент ($p < 0,001$) серед 3-х підгруп дослідження ($375,1 \pm 13,7$ г; $368,1 \pm 13,7$ мл) на тлі найнижчого значення ППК ($0,10 \pm 0,005$). Як і в підгрупі з передлежанням, невелика частина поверхні плацент матерів 2 підгрупи зайнята інфарктами ($0,27 \pm 0,07\%$, $p > 0,05$), значніша – крововиливом ($20,7 \pm 1,12\%$, $p < 0,001$), також часто зустрічаються нерівномірність і згладжена дольчатість з потоншенням котиледонів плаценти (94,1%).

При гістологічному дослідженні плацент типової локалізації в 52,4% спостережень вони розцінені як зрілі, відповідні терміну гестації 38–40 тиж; у останніх випадках виявлені варіанти відносної незрілості ворсин з дисоційованим розвитком котиледонів. Невідповідність будови плаценти терміну гестації є передумовою порушення компенсаторних реакцій на тканинному рівні, який призводить до посилення вантажу ПД і інших ускладнень вагітності і пологів.

Серед плацент 1 підгрупи переважають варіанти відносної незрілості ворсин (59,1%) – дисоційований розвиток котиледонів і дефіцит спеціалізованих ворсин. У 3 підгрупі лише в 29,0% спостережень ворсини відповідають терміну гестації, переважає варіант незрілості з проміжним диференціюванням ворсин (42,0%), більшість з них гіповаскуляризовані. Діагностовано варіант патологічної незрілості ворсин з домінуванням хаотичних склерозованих ворсин (19,4%), синцитіальний покрив яких нерівномірно витончений, утворює рідкі синцитіальні нирки, а строма досить сформована і містить багато фіброblastів і колагенових волокон.

При низькому розташуванні плацент умовна нормальна будова констатовано в самому невеликому відсотку випадків (7,9%), переважав (37,5%) найбільш

важкий варіант патологічної незрілості ворсинчастого хоріону – хаотичні гіповаскуляризовані і склерозовані гілки з глибшими і поширенішими інволютивно-дистрофічними змінами ворсин.

Для патоморфологічної оцінки ПД при АРП проведений аналіз мікроскопічних ознак патологій, порушень реологій і недостатності компенсаторних реакцій. У 1 підгрупі плацент важливим чинником, підсилюючим ПД, є багаточисельні ділянки «склеєних» ворсин ($1,5 \pm 0,18$ бали, $p < 0,01$), які характеризуються зближенням окремих ворсин в компактні групи і що з'єднуються один з одним синцитіальними нирками або ділянками фібриноїду. На відміну від псевдоінфарктів в «склеєних» ворсинах збережений епітеліальний покрив і в строми опиняється достатня кількість капілярів.

За наявності «передлежачої» плаценти достовірно переважають реологічні порушення материнського кровотоку в міжворсинчастому просторі (МВП) плацент ($2,6 \pm 0,31$ бали, $p < 0,001$). Мають місце як початкові стадії – агрегація материнських еритроцитів, гемолізовані еритроцити, нитки фібрину, так і кінцевий – «старий» крововилив в МВП у вигляді шаруватих тромбів. У випадках приросту плаценти (16,8%) опинилися багаточисельні бухти базальної пластинки з проникненням ворсин, збереженням ендометріальною залоз і помірно запальною інфільтрацією, яка побічно підтверджує функціональну недостатність ендометрія.

Запальний інфільтрат при цьому носив змішаноклітинний характер. Ризик інфекційного пошкодження був виражений у випадках інтенсивного і поширеного пошкодження посліду, коли запальна інфільтрація охоплювала базальну пластинку, ворсини, МВП і спіральні артерії. При такому стані посліду у 58,0% дітей протягом перших двох діб констатовалися інфекційні захворювання (пневмонія, кон'юнктивіт).

Недостатність компенсаторно-присосовних процесів (КПП) у вигляді ангіоматозу, синцитіальних нирок, значного об'єму порушень реологій і невеликого числа ворсин, які відповідали гестаційному терміну 38–40 тиж, дозволили діагностувати помірний ступінь ПД в 1 підгрупі дослідження ($0,13 \pm 0,08$ бали, $p < 0,01$).

У «мігруючих» плацентах достовірно збільшено число псевдоінфарктів із замукованими ворсинками і проліферацією довкола позаворсинчастого цитотрофобласта, «склеєних» ворсин і міжворсинчастого крововиливу різної давності, що істотно зменшило площу ворсинчастого дерева, яке бере участь в дифузії. Достовірно звужений був просвіт артерій опорних ворсин ($1,1 \pm 0,22$ бали, $p < 0,01$). Дана патологія виражалася облітераційною ангіопатією дрібних артерій у складі опорних ворсин і потовщенням її м'язової оболонки.

У жінок 3 підгрупи АРП достовірно меншими були КПП: нерівномірно слабо виражений ангіоматоз ($p < 0,001$), синцитіальні нирки незначні за площею і частотою спостереження ($p > 0,05$). Морфофункціональне дослідження посліду із завершеним процесом міграції виявило наявність обмеженого інфекційного пошкодження плаценти і позаплацентарних плодових оболонок. Запальна інфільтрація виявлялася у вигляді рідких дрібних вогнищ лімфоїдно-макрофального інфільтрату з переважанням поліморфноядерних лейкоцитів (ПЯЛ).

Отже, недостатність КПП у вигляді ангіоматозу, синцитіальних нирок, помірний об'єм порушень реологій і значне число ворсин з вираженою патологічною незрілістю дозволили діагностувати помірний ступінь ПД.

У підгрупі плацент з низькою плацентациєю часто зустрічалися ділянки «склеєних» ворсин ($p < 0,001$); був збільшений об'єм порушень реологій в МВП ($p < 0,01$). Наявність найважчого варіанту патологічної незрілості ворсин при невеликому числі ворсин, відповідних 38–40 тиж терміну гестації підкреслює значне зниження КПП; зменшення числа і вираженості синцитіальних нирок ($p < 0,01$) і ворсин з ангіоматозом строми ($p < 0,01$) свідчать про важкий ступінь ПД ($1,02 \pm 0,2$ бал, $p < 0,001$).

Дослідження посліду жінок 2 підгрупи, які народили дітей з внутрішньоутробним інфікуванням (ВУІ), виявило наявність серозного хоріоамніоніту, дещидуїту, фіброзу строми ворсин, дрібновогнищевих крововиливів в плацентарній тканині, ішемічних інфарктів і серозного інтервезуїту. При інфекційному пошкодженні посліду (склероз елементів ворсинчастого дерева, масивна запальна інфільтрація) ворсини переставали виконувати свої функції, підсилюючи ПД.

Отже, порівняльне дослідження посліду при аномаліях плацентациї виявило морфофункціональні зміни, які свідчать про те, що ПД може бути відносною (компенсованою/субкомпенсованою) і абсолютною (декомпенсованою) залежно від процесу міграції і локалізації плаценти. Задовільний результат пологів для плода забезпечується рівнем/ступенем КПП. Найбільш несприятлива ситуація для плода і новонародженого складається при низькій локалізації плаценти в матці і незавершеній міграції, коли безповоротні зміни посліду супроводжуються слабо вираженими КПП. У 2 підгрупі спостережень мало місце важке внутрішньоутробне страждання плода, ЗРП, що іноді створювало критичну ситуацію і вимагало дострокового розродження.

ВИСНОВКИ

Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що варіант плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода залежать від локалізації плаценти і можливості її міграції під час вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности фетоплацентарного комплекса при аномально и низко расположенной плаценте

Н.О. Урсаки

Результаты проведенных морфологических исследований свидетельствуют, что вариант плацентарной дисфункции и задержки развития плода зависят от локализации плаценты и возможности ее миграции во время беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномальное расположение плаценты, морфология.

Features of fetoplacental complex at it is abnormal and low the located placenta

N.O. Ursaki

Results of the spent morphological researches testify that the variant of placental dysfunction and born arrest of development depend on localisation of a placenta and possibility of its migration during pregnancy. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: an abnormal arrangement of a placenta, morphology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Плацентарна дисфункція у юних первородящих у порівняльному аспекті

В.І. Бойко, М.А. Болотна

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Первородящі складають групу високого ризику щодо розвитку виражених порушень у системі мати–плацента–плід. При цьому, у первородящих старше 30 років ці зміни починаються на 4–5 тиж раніше порівняно з юними жінками. Характерною рисою розвитку плацентарної дисфункції в цих вікових групах є переважання гемодинамічних порушень, у середньому, на 2–3 тиж, порівняно з ехографічними, фетометричними, кардіотокографічними і ендокринологічними порушеннями.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, юні первородящі.

Сучасна демографічна ситуація свідчить про необхідність проведення комплексних медико-соціальних і організаційних заходів на всіх рівнях охорони здоров'я [1–5]. Серед основних показників, що відображають стан медицини в нашому суспільстві, основними є материнська і дитяча смертність, за рівнем яких судять про якість проведених реформ. Не викликає сумнівів той факт, що основу дитячої смертності і захворюваності складає перинатальна патологія. Серед основних факторів ризику виділяють як медичні (передчасні пологи, прееклампсія, анемія вагітних, плацентарна дисфункція), так і соціальні (погіршення матеріально-технічного забезпечення родопомічних установ, зміна економічної й екологічної ситуації, високий рівень інтелектуальної праці) [1–5].

Водночас, в останні роки підвищений інтерес багатьох дослідників до вивчення особливостей вагітності і пологів у періоди становлення і згасання репродуктивної функції жінки [2]. При цьому відзначено, що в цих вікових групах значно частіше розвиваються тяжкі форми прееклампсії, анемія вагітних, аномалії пологової діяльності, більше випадків кесарева розтину і післяпологової інфекції [3–5]. Крім медичних аспектів, актуальність обговорюваної проблеми зумовлена і рядом соціальних факторів. Так, ранній початок статевого життя і незапланована вагітність у дівчат-підлітків призводять до соціальної дизадаптації в суспільстві, а також не дозволяють одержати подальшу освіту і здобути задовільний матеріальний стан [1–5]. Поряд з цим, завдяки широкому впровадженню сучасних репродуктивних технологій і контрацепції в жінок репродуктивного віку з'являється реальна можливість планувати народження дитини на більш пізній термін.

Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному напрямку, одним з найменш вирішених питань є віковий аспект розвитку порушень у системі мати–плацента–плід.

Мета дослідження: вивчити особливості плацентарної дисфункції у юних первородящих порівняно з первородящими старше 30 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне обстеження 90 первородящих, яких було розподілено на такі групи: контрольна група – 30 первородящих у віці 20–25 років без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи;

I група – 30 первородящих у віці 13–18 років;

II група – 30 первородящих старше 30 років.

В комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, лабораторні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи основні особливості клінічного перебігу II половини вагітності у юних і старших первородящих слід зазначити, що порівняно з контрольною групою, у I і II достовірно вище була частота плацентарної дисфункції (66,7% і 83,3% у порівнянні з 13,3%; $p < 0,001$); анемії вагітних (63,3% і 60,0% проти 33,3%; $p < 0,01$) і прееклампсії (43,3% і 40,0% у порівнянні з 10,0%; $p < 0,01$). У порівняльному аспекті в первородящих старше 30 років частіше зустрічалися порушення в системі мати–плацента–плід (на 16,7%), серед інших показників достовірних розбіжностей не було.

Структура плацентарної дисфункції практично не відрізнялася залежно від вікових особливостей жінок із явним переважанням ЗВРП по асиметричному варіанту (50,0% і 46,7%; $p > 0,05$); хронічної гіпоксії плода (53,3% і 56,7%; $p > 0,05$) і різних поєднаних форм (60,0% і 56,7%; $p > 0,05$). Крім того, у первородящих до 18 років дещо частіше мало місце маловоддя (26,7% проти 13,3%; $p < 0,01$), а у старших – багатоводдя (26,7% проти 20,0%; $p < 0,05$).

У порівнянні з цим, терміни розвитку порушень у системі мати–плацента–плід істотно різнилися в залежності від віку вагітних. Так, якщо в юних первородящих дане ускладнення розвивалося частіше після 33 тиж (73,3%), то у старших – до 28 тиж (63,3%). Отримані дані, безумовно, варто враховувати при розробленні комплексу лікувально-профілактичних заходів щодо зниження частоти порушень у системі мати–плацента–плід.

Як свідчать отримані дані частота основних ускладнень у пологах була достовірно вище в жінок I і II груп. Найбільш наочно це проглядалося під час оцінювання рівня передчасного розриву плодових оболонок (36,7% і 43,3% у порівнянні з 13,3%; $p < 0,01$); патологічного прелімінарного періоду (30,0% і 40,0% проти 6,7%; $p < 0,01$) і аномалій пологової діяльності (26,7% і 36,7% у порівнянні з 3,3%; $p < 0,001$).

У свою чергу, це відобразилося і на структурі пологів у вигляді істотних значень питомої ваги передчасних (13,3% і 16,7%) і спізнілих пологів (3,3% і 6,7% відповідно). Розглядаючи частоту різних варіантів розродження звертає на себе увагу високий рівень кесарева розтину як у I (26,7%), так і в II групі (43,3%). При цьому, у структурі основних показників частіше всього мали місце дистрес-плода і неефективне лікування аномалій пологової діяльності. Порівнюючи між собою отримані результати в юних і старших первородящих необхідно відзначити незначне переважання в II групі патологічного прелімінарного періоду й аномалій пологової діяльності (на 10,0%), а також кесарева розтину – майже у 2 рази.

Під час оцінювання стану новонароджених можна виділити незначну перевагу у старших первородящих легкої і середньотяжкої асфіксії (на 6,7%). Більш істотні розбіжності мали місце при оцінюванні частоти ЗВРП, що частіше зустрічалася (на 20,0%) у первородящих старше 30 років. Перинатальні втрати склали по 66,7% у кожній групі (по 2 випадки).

Серед пуерперальних ускладнень необхідно зазначити на суттєву частоту ранової інфекції (13,3% і 16,7%); порушень контрактильної активності матки (13,3% і 16,7%) і ендометриту (6,7% і 10,0%), причому одним з основних пояснень тут є висока частота абдомінального розродження в I і II групах.

Отже, як показали результати клінічних досліджень, основними ускладненнями під час вагітності в юних і первородящих старшого віку є плацентарна дисфункція, що розвивається раніше (до 28 тиж) і частіше (на 16,7%) у первородящих старше 30 років. Далі це приводить до високого рівня аномалій пологової діяльності і кесарева розтину, причому тільки у первородящих старшого віку. Це диктує необхідність вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Для оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу був використаний методологічний підхід, відповідно до якого проведений аналіз ехографічних, фетометричних, доплерометричних, кардіотокографічних і ендокринологічних показників.

Отримані дані свідчать, що в 28–29 тиж у старших первородящих гіперехогенні включення в структурі плаценти зустрічалися в 2 рази частіше, її гіпотрофія в 3 рази і гіпертрофія – у 5 разів частіше. Результати наступних досліджень свідчать, що в 32–33 тиж ці розбіжності носили менш виражений характер – збільшення всіх значень у 1,5–1,8 рази. Напередодні розродження у первородящих старше 30 років більш ніж у половині випадків (66,7%) мали місце гіперехогенні включення в структурі плаценти й у кожному третьому випадку її гіпотрофія (36,7%) або гіпертрофія (30,0%). На відміну від цього, у юних первородящих дані показники були достовірно нижче ($p < 0,05$).

Аналізуючи отримані фетометричні показники слід зазначити той факт, що до 28 тиж достовірних розбіжностей між контрольною й основною групами не спостерігалося ($p > 0,05$). Наведені дані указують на одну загальну тенденцію: у юних первородящих мало місце достовірне зниження отриманих показників тільки в 32–33 тиж ($p < 0,05$), що надалі прогресувало і перед розродженням – коефіцієнт достовірності знизився до 0,01. У старших первородящих додатково до цього спостерігалися достовірні розбіжності вже в 28–29 тиж ($p < 0,05$). Найбільш виражені зміни можна було спостерігати під час оцінювання таких показників, як біпаріетальний розмір голівки (-13,2% і -13,5%); діаметр живота (-11,2% і -11,3%); середній розмір грудної клітини (-11,3% і -11,4%) і довжина стегнової кістки (-11,6% і -11,7% відповідно).

З огляду на це був проведений аналіз основних доплерометричних показників, починаючи з 28–29 тиж вагітності. Як свідчать отримані показники не встановлено достовірних розбіжностей між контрольною і I групами ($p > 0,05$). У порівнянні з цим, у старших первородящих мало місце підвищення СДВ КШК артерії пуповини (+34,2%) і маткових артерій (+29,4%) на фоні одночасного зниження цього показника в середній мозковій артерії плода (-19,7%). Аналогічну зако-

номірність можна було спостерігати і з боку ІР: збільшення в артерії пуповини (+75,0%) і зменшення в середній мозковій артерії плода (-37,5%). У 32–33 тиж зміни в юних і старших первородящих між собою достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) і були аналогічними перерахованим вище в III групі в 28–29 тиж ($p < 0,05$). Напередодні розродження у вагітних I групи зміни гемодинаміки в системі мати–плацента–плід були такі як і в 32–33 тиж ($p < 0,05$). На відміну від цього, у первородящих старше 30 років вони стали носити більш виражений характер: СДВ КШК підвищувалося в артерії пуповини (+94,7%) і в маткових артеріях (+88,2%) і знижувалося в середній мозковій артерії (-48,5%); маткових судинах (+125,0%) і зменшувалося в середній мозковій артерії (-62,5%).

Також, дуже наочними були і зміни ступеня порушень гемодинаміки в міру розвитку гестаційного процесу. Так, у 28–29 тиж у старших первородящих переважання III ступеня складало +10,0%, а III – +6,7%. У 32–33 тиж ці значення були відповідно +13,3% у кожному випадку, а напередодні розродження – +16,7% при III ступені, +13,3% – при II ступеня порушень гемодинаміки.

Результати проведених кардіотокографічних досліджень виділяють два найбільше інформативних показники: амплітуда моторно-кардіального рефлексу (МКР) і амплітуда осциляцій. У 28–29 тиж розбіжностей між контрольною і I групами, практично не було. У старших первородящих мало місце зниження амплітуди МКР (-21,8%) і осциляцій (-17,8%). У 32–33 тиж з'явилися розбіжності й у юних первородящих (-14,6% і -9,9%), а в III групі стали більш вираженими (-24,9% і -21,8% відповідно). Безпосередньо напередодні розродження як у юних, так і у старших первородящих спостерігалось зниження амплітуди МКР (-22,9% і -30,3%) і осциляцій (-10,9% і -23,8% відповідно).

Як показали результати проведених ендокринологічних досліджень у юних первородящих у 28–29 тиж відсутні достовірні розбіжності щодо контрольної групи ($p > 0,05$). У 32–33 тиж мало місце достовірне зниження естріолу (до $30,4 \pm 2,4$ нмоль/л; $p < 0,05$), хоріонічного гонадотропіну (до $224,7 \pm 18,1$ нмоль/л; $p < 0,05$), а напередодні розродження додатково до цього приєднувалося зменшення рівня прогестерону (до $542,4 \pm 18,2$ нмоль/л; $p < 0,05$), пролактину (до $4431,5 \pm 321,4$ мМО/л; $p < 0,05$) і плацентарного лактогену (до $210,2 \pm 14,5$ нмоль/л; $p < 0,05$) при одночасному підвищенні кортизолу (до $901,5 \pm 23,4$ нмоль/л; $p < 0,05$). У первородящих понад 30 років вищеописані розбіжності починалися значно раніше (28–29 тиж), а до 37–38 тиж носили більш виражений характер, про що наочно свідчить зниження коефіцієнту достовірності до 0,01.

ВИСНОВКИ

Юні і старші первородящі складають групу високого ризику щодо розвитку виражених порушень у системі мати–плацента–плід. При цьому, у первородящих старше 30 років ці зміни починаються на 4–5 тиж раніше порівняно з юними жінками. Характерною рисою розвитку плацентарної дисфункції в цих вікових групах є переважання гемодинамічних порушень, у середньому, на 2–3 тиж? у порівнянні з ехографічними, фетометричними, кардіотокографічними і ендокринологічними.

**Плацентарная дисфункция у юных первородящих
в сравнительном аспекте
В.И. Бойко, М.А. Болотна**

Юные и старшие первородящие составляют группу высокого риска по развитию выраженных нарушений в системе мать–плацента–плод. При этом у первородящих старше 30 лет эти изменения начинаются на 4–5 нед раньше по сравнению с юными женщинами. Характерной чертой развития плацентарной дисфункции в этих возрастных группах является преобладание гемодинамических нарушений, в среднем, на 2–3 нед по сравнению с эхографическими, фетометрическими, кардиотокографическими и эндокринологическими нарушениями.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, юные первородящие.

**Placental dysfunction at young first labours in comparative aspect
V.I. Boyko, M.A. Bolotna**

Young and age first labours make group high risk on development of the expressed infringements in system mother-placenta-born. Thus, at first labours these changes begin for 4-5 weeks earlier in comparison with young women are more senior 30 years. Characteristic line of development of placental dysfunction in these age groups is prevalence of haemodynamic infringements, on the average, for 2-3 weeks, in comparison with ehografical, fetometrical, cardiotocografical and endocrinological.

Key words: placental dysfunction, young first labours.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богдашкин Н.Г. Осложнение беременности у юных первородящих как причина операции кесарева сечения // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Сімферополь, 2005. – С. 30–31.
2. Брюхина Е.В. Беременность и роды у подростков // Вестн. акушера-гинеколога. – 2004. – № 1. – С. 10–14.
3. Бунин А.Т., Федорова М.В. Синдром задержки развития плода: патогенез, клиника, диагностика и лечение // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 7. – С. 74–78.
4. Витушко С.А., Новикова С.В. Индивидуальная оценка функции фетоплацентарного комплекса // Проблемы акушерства и гинекологии в исследованиях МОНИИАГ: Сб. научн. статей. – М.: Academia, 2005. – С. 130–135.
5. Дубосарська З.М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода // В зб. «Функціональні методи дослідження в акушерстві та гінекології». – Донецьк, 2004. – С. 69.

УДК 618.39-036

**Клинические аспекты беременности
у женщин с преждевременными родами
в анамнезе**

В.И. Бойко, О.И. Бутенко

Медицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у беременных с недонашиванием в анамнезе отмечена высокая частота сопутствующей патологии репродуктивной системы и соматической заболеваемости, а беременность и роды протекали на фоне значительного количества осложнений. В 70,0% случаев дородового пребывания таких беременных в стационаре основной причиной была угроза невынашивания и недонашивания в различные сроки беременности. Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий у беременных с недонашиванием в анамнезе будет способствовать снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: преждевременные роды, беременность, осложнения.

Преждевременные роды и их последствия составляют одну из основных проблем здоровья детей. Недоношенные дети занимают ведущее место в структуре смертности, заболеваемости и последующей инвалидизации [1–4]. Рождение недоношенного ребенка, его болезнь или смерть становятся тяжелой психической травмой для матери. Женщины, потерявшие детей, переживают психологически и боятся за исход последующей беременности, а в некоторых случаях отказываются от будущей беременности [2].

Цель исследования: оценка течения беременности и родов у женщин с недонашиванием в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 50 беременных с недонашиванием в анамнезе. Контрольную группу составили 50 акушерски и соматически здоровых первородящих, родоразрешенных через естественные родовые пути.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастная структура беременных с недонашиванием в анамнезе была следующей: до 18 лет – 10,0% (5 женщин), 19–25 лет – 50,0% (25 женщин), в возрасте 26 лет и старше – 40,0% (20 женщин).

В результате ретроспективного анализа преморбидного фона, течения преды-

дущих беременностей и репродуктивных исходов у женщин основной группы нами выявлены следующие особенности. Обращает внимание высокий уровень соматической заболеваемости у женщин с недонашиванием в анамнезе по сравнению с беременными контрольной группы, что соответствует современным представлениям о значении экстрагенитальной патологии в этиопатогенезе недонашивания беременности [1, 3]. При этом чаще всего наблюдались болезни сердечно-сосудистой системы (52,0%), анемии (38,0%), патология мочевыделительной системы (22,0%) и эндокринные заболевания (32,0%). До предыдущей беременности, осложненной недонашиванием, вирусные заболевания (ветряная оспа, краснуха, корь, паротит) встречались в анамнезе у 8,0% женщин.

Анализируя гинекологическую патологию, следует отметить наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза у 26,0%, эрозий шейки матки и хронического цервицита у 16,0% беременных основной группы. Как известно, в настоящее время причиной хронического цервицита чаще всего является инфицирование микоплазмой, хламидиями и гарднереллами в условиях дисбиоза. Таким образом, эрозии шейки матки и эндоцервицит у женщин фертильного возраста необходимо расценивать как постоянный очаг инфекции, который является угрозой для успешного донашивания беременности.

По данным акушерского анамнеза (предыдущая, осложненная недонашиванием беременность, не учитывалась) распределение репродуктивных циклов у беременных исследуемой группы было следующим: срочные роды составили 27,5%, преждевременные роды – 9,5%, самопроизвольные ранние и поздние выкидыши – 57,2% и внематочная беременность – 0,7% от предыдущих беременностей. У 5,1% повторнородящих с недонашиванием в анамнезе первая беременность закончилась искусственным абортom. Согласно данным анамнеза, у женщин исследуемой группы после предыдущих беременностей погибло 10,5% детей. Таким образом, с предыдущих беременностей около 70,0% репродуктивных циклов у женщин основной группы закончились неблагоприятно. Полученные результаты совпадали с точкой зрения некоторых исследователей, которые считают, что с увеличением количества случаев досрочного прерывания предыдущих беременностей, шансы на благоприятный исход следующей беременности пропорционально уменьшаются. Частота самопроизвольных абортов, в целом, составила почти 76%, что свидетельствовало о недостаточном решении вопроса профилактики и лечения привычного невынашивания беременности и служило стимулом для дальнейшего проведения научного поиска в этом направлении.

Показатели нозологий как причин родового пребывания в стационаре беременных с недонашиванием в анамнезе были следующими: анемия беременных имела место в 58,0%, фетоплацентарная недостаточность – в 52,0%, гестоз первой половины беременности – в 14,0%, поздний гестоз – в 24,0% случаев. Угроза раннего самопроизвольного выкидыша была показанием для лечения в стационаре 34,0%, а угроза позднего самопроизвольного выкидыша 36,0% беременных исследуемой группы. По поводу угрозы преждевременных родов госпитализировались 14,0% женщин с недонашиванием в анамнезе. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в группе женщин с преждевременными родами в анамнезе угроза невынашивания и недонашивания в различные сроки беременности обусловила 70,0% всех случаев родового пребывания в стациона-

ре. Полученные данные указывают на то, что существующие системы профилактики невынашивания и недонашивания беременности у женщин группы риска, к которым, безусловно, относятся беременные с преждевременными родами в анамнезе, не всегда могут предупредить у них досрочное прерывание беременности и поэтому требуют усовершенствования. Факторы, обуславливающие развитие невынашивания и недонашивания у женщин с преждевременными родами в анамнезе формируются с ранних сроков беременности.

При анализе исходов родоразрешения выявлено, что у 34% женщин с недонашиванием в анамнезе беременность закончилась преждевременными родами. Средний срок гестации у таких беременных составил $33,5 \pm 2,3$ нед. Преждевременный разрыв амниотических оболочек наблюдался в 64,0% случаев недоношенной беременности.

У 36,0% женщин основной группы, которые доносили беременность, произошли срочные самопроизвольные роды в 39–40 нед гестации. По нашим данным в 26,0% случаев наблюдались аномалии родовой деятельности, в 34,0% – дистресс-плода в родах. В 36,0% случаев у беременных с недонашиванием в анамнезе произведено кесарево сечение. В структуре показаний к оперативному вмешательству, учитывая отягощенность акушерского анамнеза, в интересах плода кесарево сечение выполнено у 60% женщин основной группы. Прогрессирующая внутриутробная гипоксия обусловила оперативное родоразрешение в 46,0% случаев.

У 30,0% детей женщин основной группы был осложнен ранний неонатальный период. Преимущественно преобладали поражения центральной нервной системы как гипоксического, так и смешанного генеза.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у беременных с недонашиванием в анамнезе отмечена высокая частота сопутствующей патологии репродуктивной системы и соматической заболеваемости, а беременность и роды протекали на фоне значительного количества осложнений. В 70,0% случаев родового пребывания таких беременных в стационаре основной причиной была угроза невынашивания и недонашивания в различные сроки беременности. Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий у беременных с недонашиванием в анамнезе будет способствовать снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Клінічні аспекти вагітності у жінок з передчасними пологами в анамнезі

В.І. Бойко, О.І. Бутенко

Результати проведених досліджень свідчать, що у вагітних з недонашуванням в анамнезі відмічена висока частота супутньої патології репродуктивної системи і соматичної захворюваності, а вагітність і пологи протікали на тлі значної кількості ускладнень. У 70,0% випадків допологового перебування таких вагітних в стаціонарі основною причиною була загроза невиношування і недоношування в різні терміни вагітності. Оптимізація лікувально-профілактичних заходів у вагітних з недонашуванням в анамнезі сприятиме зниженню показників перинатальної захворюваності і смертності.

Ключові слова: передчасні пологи, вагітність, ускладнення.

Clinical aspects of pregnancy at women with premature birth in anamnesis

V.I. Boyko, O.I. Butenko

Results of the spent researches testify that at pregnant women with premature labours in anamnesis high frequency of an accompanying pathology of reproductive system and somatic disease is noted, and pregnancy and childbirth proceeded against a significant amount of complications. In 70,0 % of cases of antenatal stay of such pregnant women in a hospital threat premature labours in various terms of pregnancy was a principal cause. Optimisation of treatment-and-prophylactic actions at pregnant women with premature labours in anamnesis will promote decrease in indicators perinatal diseases and death rate.

Key words: premature birth, pregnancy, complications.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медико-біологічні та соціально-демографічні фактори невиношування вагітності / М.П. Веропотвелян, С.А. Стрелкова, П.М. Веропотвелян та ін. // ПАГ. – 2006. – № 1. – С. 59–62.
2. Сидельникова В.М. Акушерская тактика ведения преждевременных родов // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 8–12.
3. Dizon-Townson D.S. Preterm labour and delivery: a genetic predisposition // Paediatric and Perinatal Epidemiology. – 2011. – Vol. 15. – Issue 2. – P. 57–62.
4. The Preterm Prediction Study: Recurrence risk of spontaneous preterm birth / J.D. Iams, R.L. Goldenberg, B.M. Mercer et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 178, № 3. – P. 562–567.

УДК 618.25-036

Тактика ведения многоплодной беременности с учетом репродуктивного анамнеза

В.Р. Василюшина

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

Проведена сравнительная характеристика анамнеза, течения беременности, родов и перинатальных исходов у 30 женщин с многоплодной беременностью (двойни) после вспомогательных репродуктивных технологий и 25 женщин с самопроизвольной многоплодной беременностью. Установлено, что не приспособленность женского организма к вынашиванию более одного плода, соматическая патология, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез являются определяющими в исходе многоплодных гестаций. Это подтверждается выявленными нами осложнениями течения беременности, родов и перинатальными исходами. Супружеские пары должны тщательно обследоваться на предмет соматической и гинекологической патологии в программе подготовки к ВРТ. Разработка и внедрение в клиническую практику протоколов ведения многоплодных гестаций, согласованность работы центров репродуктивной медицины и перинатальных лечебных учреждений являются резервом для снижения негативных аспектов таких беременностей.

Ключевые слова: многоплодная беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, осложнения беременности.

Материнская и перинатальная смертность были и остаются основными показателями работы такой дисциплины как акушерство. Эти показатели являются достаточно стабильными и незначительно изменяются из года в год. В свою очередь эти показатели являются отображением культурного и социального развития в каждом государстве. Указывают на качество и уровень жизни населения, а также являются достаточно стойким показателем качества и эффективности проведения акушерско-гинекологических мероприятий по ведению беременности, рационального родоразрешения и предоставления неонатологической помощи. На данный момент в Украине вопрос ведения беременности и родов при многоплодной беременности является неоднозначным. Отсутствуют клинические протоколы предоставления медицинской помощи такой группе беременных. Однако количество многоплодных беременностей растет из года в год, так, например в США и других развитых странах количество многоплодных беременностей выросло за последние 15 лет до 3%. В Украине за последние 10 лет также наблюдается стойкое увеличение количества многоплодия. Активная работа многих репродуктивных центров в нашем государстве, использование с целью лечения бесплодия

у супружеских пар широкого арсенала гормональных препаратов и современных методик экстракорпорального оплодотворения привело к значительному увеличению случаев таких гестаций почти вдвое [1, 2].

Многоплодная беременность различного генеза (самовольная или наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий) выдвигает повышенные требования к женскому организму. Наибольшую нагрузку испытывают сердечно-сосудистая, дыхательная система и система кроветворения, которые в свою очередь могут усугубить течение соматической патологии. В результате этого в 80–85% таких беременных отмечаются разные осложнения течения беременности и родов. Патологическое течение таких гестаций предопределено срывом компенсаторно-приспособительных механизмов в организме беременной, который в процессе эволюционного развития человека приспособился к развитию одноплодной беременности. В целом с позиции развития такой беременности и перинатальных осложнений нужно отметить, что самыми частыми осложнениями многоплодной беременности являются: анемия беременных разной степени тяжести, преэклампсия разной степени тяжести, невынашивание и недонашивание беременности, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, аномалии сократительной деятельности матки, которые в свою очередь предопределяют определенные осложнения родов и послеродового периода, аномалии положения и предлежания плодов, задержка внутриутробного развития и диссоциированное развитие плодов, рождения детей с малой массой (менее 2500 г), врожденные пороки развития и тому подобное [1–4, 7].

Также нужно отметить повышенное количество врожденных пороков развития у новорожденных, которые встречаются в 2,7%. Самыми распространенными пороками развития новорожденных при многоплодной беременности являются пороки развития пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, системы дыхания, скелетно-мышечной и мочевыделительной системы. Отдельные исследователи выделяют пороки развития, которые встречаются только при многоплодных беременностях [3].

Беременности, наступившие после вспомогательных репродуктивных технологий в 28,5–30% случаев является многоплодными. Учитывая возраст женщин, которые становятся пациентами программы вспомогательных репродуктивных технологий, а это преимущественно женщины возрастом 35 лет и старше, наличие у таких женщин экстрагенитальной патологии, которая в свою очередь может осложнить наступление настолько «желаемой» беременности и со своей стороны обременить течение такой беременности [5, 6].

Наличие анатомических изменений в органах малого таза предопределенных воспалительными заболеваниями и оперативными вмешательствами также влияют на развитие таких гестаций. Отдельно нужно отметить ту медикаментозную гормональную нагрузку, которой испытывает организм женщины, которые проходят программу вспомогательных репродуктивных технологий [1, 2, 4].

Изложенные выше данные свидетельствуют, что многоплодная беременность самопроизвольная, или наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий является отдельным разделом акушерства, а мировые тенденции к увеличению количества таких беременностей требуют углубленного исследования осложнений, которые сопровождают такие гестации.

Цель исследования: анализ и сравнительная характеристика репродуктивного анамнеза, развития осложнений, течение родов и перинатальные последствия многоплодных беременностей после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен проспективный клинико-статистический анализ протекания беременности, родов и перинатальные последствия многоплодных беременностей, которые наступили в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий и самопроизвольных многоплодных гестаций, получавших общепринятые лечебно-организационные мероприятия.

С целью этого было проанализировано ведение 30 случаев многоплодных гестаций после применения вспомогательных репродуктивных технологий (I группа) и 25 случаев самопроизвольных многоплодных беременностей (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин в группе беременных, где были применены вспомогательные репродуктивные технологии, составил $33,4 \pm 5,20$ года, в то время как в группе спонтанным многоплодием – $29 \pm 4,30$ года. Длительность стационарного лечения в I группе составила $21,53 \pm 16,36$ сут, в то время, как в II группе почти на 7 сут меньше ($14 \pm 9,7$ сут). Длительность пребывания койко-дней: в I группе – до родов $16,14 \pm 14,97$ сут, после родов – $7,36 \pm 2,10$ сут. Во II группе – до родов $12,4 \pm 10,6$ суток, после родов – $6,12 \pm 2,86$ сут.

Первичное бесплодие наблюдалось в 15 случаях (50%), вторичное бесплодие также в 15 случаях (50%). По структуре бесплодия: трубно-перитонийный фактор наблюдался в 19 случаях (63,3%), эндокринное бесплодие – в 7 случаях (23,3%), другие 4 случая – 13,3%. Средняя длительность бесплодия составила $8,23 \pm 3,82$ года.

В результате исследования было выявлено: в группе, где беременность наступила после применения вспомогательных репродуктивных технологий составила $2,23 \pm 2,1$, в группе с самопроизвольной беременностью этот показатель составил $1,68 \pm 1,49$. В I группе женщины были взяты на учет в женскую консультацию по поводу беременности в $12,9 \pm 5,49$ нед, во II группу – в $15,44 \pm 7,87$ недель. Прибавка веса за данную беременность в I группе составила $15,69 \pm 5,26$ кг, во II группе этот показатель составил $14,56 \pm 5,79$ кг.

В анамнезе в I группе роды были у 10 женщин (33,3%), во II группе – у 7 (28%).

У всех женщин обеих групп была в анамнезе одна или больше беременностей. У 5 женщин I группы (16,6%), и у 3 женщин (12%) беременности закончились искусственным прерыванием беременности.

В анамнезе ранний самопроизвольный выкидыш у двух женщин в каждой из групп, 6,6% и 8% соответственно. Поздний самопроизвольный выкидыш в анамнезе был у 1 беременной I группы (3,3%).

Замершая беременность в анамнезе была обнаружена у 3 беременных группы I, и у 1 беременной II группы. Операции на придатках матки были в анамнезе у 11 (36,6%) женщин I группы и у 4 (16%) – II группы. Операции на матке были у 5 женщин (16,6%) из группы беременных, к которым были применены вспомогательные репродуктивные

технологии. В группе беременных с самопроизвольной многоплодной беременностью не было таких случаев. Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе у 15 женщин I группы (50%), и у 3 женщин II группы (12%).

При анализе наличия соматической патологии у исследуемых женщин было обнаружено следующее: в группе, где применялись вспомогательные репродуктивные технологии экстрагенитальная патология была обнаружена у 25 обследованных женщин, что составляет 83,3%, в группе с самопроизвольной многоплодной беременностью соматическая патология была отмечена у 18 женщин, что составило 72%.

В структуре соматической патологии женщин с многоплодной гестацией после применения вспомогательных репродуктивных технологий было обнаружено следующее: нейроциркуляторная астеня – у 8 (26,6%) женщин, хронические воспалительные заболевания пищеварительного тракта – у 5 (16,6%), пролапс митрального клапана – у 5 женщин, диффузный зоб I–II ст. – у 4 (13,3%), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 3 (10%), хронические воспалительные заболевания мочевыделительных путей – у 4 (13,3%), хронический бронхит – у 2 (6,6%), гипертоническая болезнь I ст, стеноз легочной артерии, бронхиальная астма, состояние после радикальной тиреоидэктомии по 1 случаю (3,3%).

В группе с самопроизвольными многоплодными беременностями было обнаружено следующее: нейроциркуляторная астеня у 9 (36%) женщин, варикозное расширение вен нижних конечностей – у 4 (16%), хронический бронхит, миопию средней степени тяжести, пролапс митрального клапана – по 2 случая (8%), диффузный зоб I степени, хронические воспалительные заболевания пищеварительного тракта, эпилепсия без изменения личности по 1 случаю (4%).

В результате анализа течения беременности и родов у женщин с многоплодной беременностью были обнаружены следующие особенности: угроза прерывания беременности была обнаружена у 14 женщин I группы (46,6%) и у 10 женщин II группы (40%), угроза преждевременных родов была у 10 женщин (33,3%) и у 13 (52%) соответственно.

Течение беременности было отягощено анемией у 14 женщин с многоплодной беременностью, после применения вспомогательных репродуктивных технологий (46,6%), в группе с самопроизвольной многоплодной беременностью у 12 (48%) женщин. Инфекция мочевыводящих путей имела место у 2 женщин I группы и у 5 женщин II группы. Беременность, отягощенная преэклампсией разной степени тяжести отмечена у 7 женщин I группы и у 2 женщин II группе. Преждевременные роды (до 37 нед) состоялись в I группе у 10 женщин (33,3%), во II группе – у 9 женщин (36%). Вовремя состоялись роды в I группе у 20 женщин (66,6%), во II группе – 16 родов (64%). За расположением предлежащей части плода существенных отличий не было. Преждевременное отхождение околоплодных вод было обнаружено в группе женщин с беременностью после вспомогательных репродуктивных технологий – у 12 (40%), у женщин с самопроизвольной беременностью – у 16 (64%). Роды в I группе состоялись через природные родовые пути в 1 случае (3,3%), путем операции кесарева сечения – 29 случаев (96,6%). Кесарево сечение плановое – в 19 (65,5%) случаях, ургентное – в 11 (37,93%). Роды во II группе состоялись через естественные родовые пути у 12 женщин (48%), а путем операции кесарева сечения в 13 случаях (52%). Кесарево сечение плановое – в 6 случаях (46,1)%, ургентное – в 7 случаях (53,8%). Общая кровопотеря при родах через естественные родовые пути в I группе (1 роды – 250,0 мл), во II группе этот показатель составил

304±169,8 мл, при операции кесарева сечения в I группе 753±87,7 мл, во II группе 679,03±149,75 мл. Промежуток времени между рождением первого и второго плода в II группе составил 13,5±10,19.

По росто-весовым показателям первого плода существенных отличий не было отмечено. Масса первого плода с I группы 2651,33±458,32 г, масса первого плода женщины II группы 2691±645,89 г. Средний рост первого плода с I группы составил 48,08±2,9 см, средний рост первого плода со II группы составил 48,1±3,74 см. В оценке новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах также не было существенных отличий. Первый новорожденный из двойни был выписан в среднем на 7,23±2,31 сут в I группе и 6,2±2,85 сутки – во II группе. В группе новорожденных после вспомогательных репродуктивных технологий на II этапе лечения было переведено 5 детей (20%), в группе с самопроизвольной многоплодной беременностью 2 (8%).

По росто-весовым показателями второго плода также существенных отличий не было. Масса второго плода в среднем в I группе составила 2626,33±561 г, во II группе – 2583,2±431,06 г. Рост второго плода в I группе составил 47,36±3,59 см, во II группе – 47,64±2,64 см. Второй новорожденный был оценен по шкале Апгар в I группе на 1-й и 5-й минутах в 6,43±1,27 балла и 7,066±1,20 балла, во II группе – 6,76±1,33 балла и 7,2±1,2 балла соответственно. Выписка новорожденных в I группе была в среднем на 7,36±2,10 сут, во II группе – на 6,2±2,85 сут. На II этапе лечения было переведено по 4 ребенка из каждой группы, что составило 13,3% и 16% соответственно.

Неонатальные осложнения были отмечены в группе после вспомогательных репродуктивных технологий у 26 детей (43,3%), в то время как в группе с самопроизвольной многоплодной беременностью у 8 детей (16%).

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования наблюдали следующие особенности развития беременности, родов и перинатальные последствия многоплодных гестаций, наступившие в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий: средний возраст женщин превышал на 4,5 года возраст женщин с самопроизвольной многоплодной беременностью. Среднее пребывания койко/дней почти на 7 дней больше в I группе, чем во II. Также заслуживают внимание данные акушерско-гинекологического анамнеза, а именно операции на придатках матки у 36,6% женщин I группы, операции на матке в 16,6% женщин, и воспалительные заболевания органов малого таза, которые имели место у 50% обследованных женщин из группы после применения вспомогательных репродуктивных технологий. Из этих показателей vyplывает и показатель бесплодия супружеских пар, почти 8,2 года в основной группе.

Отягощенный соматический анамнез был отмечен у 83,3% женщин основной группы, в то время, как в контрольной группе этот показатель составил 72%.

Почти половина беременностей в обеих группах была отягощена угрозой прерывания беременности в разных сроках беременности и анемией разных степеней тяжести. У 23,3% женщин была преэклампсия разной степени тяжести во время беременности и родов.

Особого внимания заслуживает показатель, отображающий путь родоразрешения беременных разных групп. В основной группе 96,6% родов было закончено операцией кесарева сечения, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 52%.

По массо-ростовым показателям и оценке новорожденных по шкале Апгар особенных отличий не было отмечено. Но неонатальные осложнения в группе после применения вспомогательных репродуктивных технологий были отмечены у 43,3% новорожденных, в то время как в контрольной группе у 16% детей. В структуре неонатальных осложнений I группа преобладала в несколько раз почти каждый исследуемый показатель неонатальных осложнений. На II этап лечения было переведено 20% детей с I группы и 8% детей со II группы. Выписка новорожденных была в среднем на 1,5 сут позже в группе новорожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

У каждой из группы было обнаружено по одному новорожденному с врожденными пороками развития.

Неприспособленность репродуктивной системы женского организма к вынашиванию больше чем одного плода, наличие экстрагенитальной патологии, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, обусловивший патологические изменения во внутренних половых органах (операции на придатках матки, матке, воспалительные заболевания органов малого таза) нашло свое отображение на развитии данных гестаций, родах и перинатальных последствиях.

Наличие таких осложнений течения беременности как: угроза прерывания беременности в разные сроки, преэклампсия разных степеней тяжести, плацентарная недостаточность с нарушением кровообращения в системе мать-плацента-плод, а также рождение низковесных детей с низкой оценкой при рождении по шкале Апгар, перевод на II этап лечения и неонатологические осложнения отображают течение таких гестаций.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости более раннего применения вспомогательных репродуктивных технологий при бесплодии. Ведь в исследуемой группе этот показатель составил 8,2 года бесплодия, леченого или нет, но эти годы безвозвратно потеряны для супружеской пары. Обращает также на себя внимание количество оперативного родоразрешения (путем операции кесарева сечения) у почти всех женщин I группы, причем уровень неонатальных осложнений значительно превышает контрольную группу. Подготовка супружеских пар к применению вспомогательных репродуктивных технологий, тщательное обследование и корректирование гинекологической и экстрагенитальной патологии, разработка и практическое применение рекомендации по ведению многоплодных гестаций и выбора оптимального метода родоразрешения и совместная работа центров репродуктивной медицины с лечебными учреждениями по предоставлению акушерской помощи является резервом для снижения уровня осложнений беременности и родов, а также неонатологических осложнений у женщин с многоплодной беременностью.

Тактика ведения многоплодной беременности с учетом анамнеза репродуктивной системы В.Р. Василишина

Проведена сравнительная характеристика анамнеза, течения беременности, родов и перинатальных последствий у 30 женщин с многоплодной беременностью (двойнята) после вспомогательных репродуктивных технологий и 25 женщин с естественной многоплодной беременностью. Востановлено, что неадекватность женского организма до вынашивания больше одного плода, соматична пато-

логія, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез є визначальними в наслідках багатоплідних гестацій. Це підтверджується виявленими ускладненнями перебігу вагітності, пологів і перинатальними наслідками. Потрібно, щоб подружні пари були ретельно обстежені на предмет соматичної та гінекологічної патології в програмі підготовки до ДРТ. Розробка та впровадження в клінічну практику протоколів ведення багатоплідних гестацій, узгодженість роботи центрів репродуктивної медицини та перинатальних лікувальних закладів є резервом для зниження негативних аспектів таких вагітностей.

Ключові слова: *багатоплідна вагітність, допоміжні репродуктивні технології, ускладнення вагітності.*

Conducting tactics of multiple pregnancy taking into account the reproductive anamnesis V.R. Vasilishina

Comparative description of anamnesis is conducted, flow of pregnancy, births and perinatal ends for 30 women with multiple pregnancy (twins) after auxiliary reproductiv technologies and 25 women with spontaneous multiple pregnancy. It is set that not adjusted of womanish organism to maturing more of one foetus, somatic pathology, burdened obstetric and gynaecological anamnesis are determining in the end of multiple gestations. It is confirmed the complications of flow of pregnancy exposed by us, births and by perinatal ends. Matrimonial pair must carefully inspect for the purpose somatic and gynaecological pathology in the program of preparation to IVF. Development and introduction in clinical practice of protocols of conduct of multiple gestations, succession of work of centers of reproductiv medicine and perinatal medical establishments are reserve for decline of negative aspects of such pregnancies.

Key words: *multiple gestation, auxiliary reproductive technologies, complications of pregnancy.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ткаченко А.В. Перебіг та наслідки багатоплідних гестацій у порівняльному аспекті // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2005; 3: 89–95.
2. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В., Клініко-статистичні риси багатопліддя на сучасному етапі // Вісник наукових досліджень, 2005; 2: 11–13.
3. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Сучасне відношення до проблем багатоплідної вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2004; 3: 114–119.
4. Романенко Т.Г., Завадская О.Ю. Особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности // Репродуктивное здоровье женщины, 2004; 1: 67–69.
5. Мозкова О.М. Комплексне обстеження перебігу вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) // Вісник наукових досліджень, 2005; 4: 101–102.
6. Корсак В.С., Громько Ю.Л., Исакова Э.В. Алгоритм ведения и исходы беременностей, наступивших в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродуктологии, 2012; 3: 40–42.
7. Вдовиченко Ю.П., Шлемкевич А.М. Порівняльні аспекти клінічного перебігу I та II триместрів вагітності у пацієнток після допоміжних репродуктивних технологій // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2005; 3: 96–97.

УДК 618:2/7-06:616.523

Вплив різних форм герпетичної інфекції на розвиток перинатальної патології

В.І. Бойко, Ю.П. Івахнюк

Медичний інститут Сумського державного університету

Результати проведених досліджень показали, що герпетична інфекція відіграє істотну роль в розвитку плацентарної дисфункції. При розродженні це виявляється високою частотою асфіксії новонароджених і макроскопічними ознаками внутрішньоутробного інфікування. Період постнатальної адаптації характеризується істотним рівнем запальних захворювань герпетичної етіології. У порівняльному аспекті у формуванні перинатальної патології найбільш несприятливою формою герпетичної інфекції є рецидивуюча з клінічними проявами ще до вагітності. Отримані результати свідчать про необхідність пошуку нових діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок цієї групи.

Ключові слова: герпетична інфекція, перинатальна патологія, ускладнення.

Охорона здоров'я матері і дитини є основним завданням сучасного акушерства. За даними сучасної літератури [1–3] однією з найчастіших причин материнської і перинатальної захворюваності і смертності є інтраамніальна інфекція, зокрема, різні форми герпетичної інфекції.

Первинна герпес-вірусна інфекція призводить до мимовільного переривання вагітності в ранні терміни, виникненню аномалій розвитку плода, а після 20 тиж вагітності є однією з основних причин передчасних пологів і фетоплацентарної недостатності. Незважаючи на значне число наукових повідомлень в сучасній літературі з проблеми герпетичної інфекції в акушерстві і перинатології, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з найменш вирішених наукових завдань в даному напрямі є вплив різних форм герпетичної інфекції на розвиток акушерської і перинатальної патології.

Мета дослідження: вивчення ролі латентної і рецидивуючої герпетичної інфекції в розвитку перинатальної патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічні дослідження були проведені у вагітних, розподілених на три групи:

1-а група – 30 вагітних з латентною формою герпетичної інфекції;

2-а група – 30 вагітних з рецидивуючою формою герпетичної інфекції;

3-а група – 30 акушерські і соматично здорових первородящих (контрольна група).

Спостереження за жінками здійснювали в динаміці вагітності, починаючи з 16–17 тиж і до розродження з інтервалом в 2–3 тиж. При виконанні роботи кожній пацієнтці проводилося загальноприйняте клінічне обстеження, яке включає загальний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові, бактеріологічне і

дослідження бактеріоскопії вмісту піхви і каналу шийки матки, визначення антитіл М і G до вірусу простого герпесу серотипів в сироватці крові непрямим імуноферментним методом [3]. Стан плода оцінювали за показниками біофізичного профілю плода, кардіотокографії, ультразвукової фето- і плацентометрії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення особливостей перебігу вагітності у пацієнток з герпетичною інфекцією дозволило встановити, що генітальний герпес рідко виявляється у вигляді «моноінфекції». Гострі і хронічні осередки екстрагенітальної інфекції переважали в 43,3% вагітних з латентною формою і в 73,3% – з рецидивуючою. Супутнє бактеріальне ушкодження нижніх відділів статевих шляхів, викликане умовно-патогенною і дрожжоподібною мікрофлорою спостерігалось в 83,3% обстежених, причому з однаковою частотою при обох формах герпетичної інфекції.

Основними ускладненнями у пацієнток з герпетичною інфекцією є загроза переривання вагітності, багатоводдя і хронічна гіпоксія плода, а в пологах – передчасний розрив плодових оболонок і аномалії пологової діяльності. Найбільш високою була частота загрози переривання вагітності при рецидивуючій формі герпетичної інфекції (73,3%).

Основним клінічним проявом плацентарної дисфункції у жінок 1-ї і 2-ї груп є поява загрози переривання вагітності в ранні терміни з латентним перебігом, що дозволило передбачити наявність так званої «напруги» компенсаторно-приспосувальних реакцій. Для підтвердження цього припущення нами проаналізовані непрямі ознаки морфологічних змін в плаценті шляхом визначення товщини і ступеня зрілості плаценти. При цьому встановлено, що товщина плаценти за даними УЗД у вагітних з рецидивуючою герпетичною інфекцією була достовірно більшою в порівнянні з латентною вже при терміні 17–21 тиж: ($p < 0,05$), що зберігалось до моменту розродження. Виявлено раннє дозрівання плаценти у пацієнток з рецидивуючим герпесом в порівнянні з латентним. Очевидно для рецидивуючої герпетичної інфекції характерна рання поява компенсаторно-приспосувальних реакцій в плаценті, що забезпечує зростання плода, не дивлячись на наявність інфекції. Надмірна стимуляція компенсаторно-приспосувальних механізмів в результаті повторного або тривалого впливу інфекційного агента призводить до передчасного старіння плаценти і порушення функціонального стану плода у вигляді хронічної внутрішньоутробної гіпоксії. Недостатність компенсаторно-приспосувальних механізмів, основним проявом якої є затримка внутрішньоутробного розвитку плода і декомпенсована гіпоксія характеризується низькою оцінкою біофізичного профілю плода. Найбільш специфічним діагностичним критерієм несприятливих перинатальних результатів є маловоддя, яке переважало на тлі рецидивуючої герпетичної інфекції.

Вивчення перинатальних результатів дозволило встановити, що у жінок з латентною формою більшість дітей (90,0%) народилися з оцінкою за шкалою Апгар 7–8 балів, а в стані середньо-важкої асфіксії – лише 10,0%. Порівняно з цим, в 2-й групі ці показники склали відповідно 56,7% і 43,3%.

У структурі захворюваності новонароджених від матерів з латентною формою герпетичної інфекції переважали ушкодження центральної нервової системи гіпо-

кисичного і змішаного генезу. Розвиток цих ускладнень безумовно пов'язаний з хронічною кисневою недостатністю плода унаслідок порушень функції фетоплацентарної системи, що призводить до змін метаболізму, гемодинаміки і мікроциркуляції при народженні. Генералізація процесу у вигляді сепсису в новонароджених мала місце в 3,3% випадків при поєднанні декількох чинників ризику (масивне бактеріальне обсіменіння каналу шийки матки і тривалий безводний період).

У групі пацієнок з рецидивуючою формою герпетичної інфекції в структурі захворюваності новонароджених на перший план вийшла внутрішньоутробна інфекція, діагностована у 33,3% дітей, а також синдром дихальних розладів (23,3%), обумовлений пошкодженням сурфактанту легенів або порушенням його дозрівання. Клінічні прояви внутрішньоутробного інфікування в новонароджених від матерів з рецидивуючою герпетичною інфекцією були самі всілякі: від локальних шкірних висипань у вигляді підермії і везикулопустульозу до внутрішньоутробної бактеріальної пневмонії і ушкодження центральної нервової системи. Це підтверджує, що герпетична інфекція не лише приголомшує плід, але і є сприятливим фоном для бактеріальної інфекції.

Найбільш важкі форми внутрішньоутробної герпетичної інфекції діагностовані у дітей від матерів з важким перебігом генітального герпесу на фоні частих рецидивів. У цих пацієнок кожна друга дитина народжувалося з внутрішньоутробною герпетичною інфекцією і патологією центральної нервової системи. У всіх випадках внутрішньоутробного інфікування рецидиви генітального герпесу в матерів реєструвалися після 32 тиж вагітності, а клінічні прояви природженої інфекції з'являлися протягом перших трьох днів після народження. Перинатальна патологія центральної нервової системи гіпоксичного генезу і затримка внутрішньоутробного розвитку плода зустрічалися в два рази частіше, ніж при латентній формі генітального герпесу і в більшості випадків поєднувалися з синдромом дихальних розладів.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, герпетична інфекція відіграє суттєву роль в розвитку плацентарної дисфункції. При розродженні це виявляється високою частотою асфіксії новонароджених і макроскопічними ознаками внутрішньоутробного інфікування. Період постнатальної адаптації характеризується істотним рівнем запальних захворювань герпетичної етіології. В порівняльному аспекті у формуванні перинатальної патології найбільш несприятливою формою герпетичної інфекції є рецидивуюча і клінічними проявами ще до вагітності. Отримані результати свідчать про необхідність пошуку нових діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок цієї групи.

Влияние различных форм герпетической инфекции в развитии перинатальной патологии В.И. Бойко, Ю.П. Ивахнюк

Результаты проведенных исследований показали, что герпетическая инфекция играет существенную роль в развитии плацентарной дисфункции. При родоразрешении это проявляется высокой частотой асфиксии новорожденных и макроскопическими при-

знаками внутриутробного инфицирования. Период постнатальной адаптации характеризуется существенным уровнем воспалительных заболеваний герпетической этиологии. В сравнительном аспекте в формировании перинатальной патологии наиболее неблагоприятной формой герпетической инфекции является рецидивирующая и клиническими проявлениями еще до беременности. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости поиска новых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин этой группы.

Ключевые слова: герпетическая инфекция, перинатальная патология, осложнения.

Influence of various forms of herpetic infection contamination in development of perinatal pathology V.I. Boyko, Yu.P. Ivahnjuk

The results of the carried out researches have shown, that herpetic infection contamination plays an essential role in development of placental dysfunction. At a delivery it shows by high frequency of an asphyxia neonatal and attributes intraamniotical infection. The term of postnatal acclimatization is characterized by an essential level of inflammatory diseases of herpetic etiology. In relative aspect in formation of perinatal pathology the most unfavorable form of herpetic infection contamination is relapsing and clinical exhibitings up to pregnancy. The received results testify to necessity of search of new diagnostic and treatment-and-prophylactic measures at the women of this bunch.

Key words: herpetic infection contamination, perinatal pathology, complication.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зуева Э.А., Волкова Н.Н. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении рецидивирующей ВПГ-инфекции у беременных // Вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 4. – С. 26–29.
2. Маркін Л.Б., Луцик Б.Д., Попович А.І. Хронічні інфекції в акушерстві та гінекології // Зб.наук.праць III пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України.-Ужгород. – 1999. – С. 336–338.
3. Zueva E. Antenatal Diagnostics of Intrauterine Infection of the Fetus in Pregnant with HSA Infection // International Society for Immun. Reprod. Washington, 2012. – P. 121–123.

УДК 618.5-008.64-037

Сучасні аспекти причин розвитку аномалій пологової діяльності

В.І. Бойко, Н.А. Кобилецька

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України.

Результати проведених досліджень свідчать, що при слабкості пологової діяльності не було виявлено «яскравих» клініко-анамнестичних чинників. Проте, ґрунтуючись на розробленій нами моделі, допологова профілактика слабкості пологової діяльності представляється дієвою: хронічна артеріальна гіпертензія; гемоконцентрація; патологічний прелімінарний період - можливі точки додатка профілактичних заходів. Пропонована методика прогнозування є простою і загальнодоступною для практичної охорони здоров'я.

Ключові слова: аномалії пологової діяльності, причини розвитку.

У даний час в структурі різних акушерських ускладнень аномалії пологової діяльності (АПД) займають одне з провідних місць [1–4]. При цьому АПД є істотним чинником ризику перинатальної патології, особливо у жінок з обтяженим акушерським анамнезом [2].

Одним із основних варіантів АПД є слабкість пологової діяльності (СПД), лікування і профілактика якої викликає певні труднощі [3, 4]. Недостатньо вивчені патогенетичні механізми розвитку АПД і СПД, що надзвичайно утруднює можливість цілеспрямованого прогнозування, а отже, і профілактики цих ускладнень пологової діяльності.

Незважаючи на значне число наукових повідомлень з проблеми АПД і СПД не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані можливості прогнозування цього серйозного ускладнення.

Мета дослідження: розроблення і оцінювання ефективності методики прогнозування СПД на підставі вивчення клінічних і додаткових методом дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На наш погляд, найпростішим і доступнішим для лікувальної установи будь-якого рівня підходом до прогнозу розвитку СПД залишається підхід, заснований на аналізі даних загального і акушерсько-гінекологічного анамнезу, а також клінічних даних, отриманих при загальному і акушерському огляді (клініко-анамнестичний підхід).

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-функціональне обстеження 50 пацієнток з фізіологічною (1-а група) і 50 – з патологічною пологовою діяльністю (2-а група).

При цьому було виявлено дуже невелику кількість статистично значимих відмінностей, це: ожиріння; анемія; крупний плід; багатоводдя; передчасний вилив навколоплідних вод; «незріла» шийка матки на момент початку пологів.

Методом кореляційного і множинного регресійного аналізу була зроблена спроба встановити вплив перерахованих нижче (всього 58) чинників (і визначення сили цього впливу) на можливість розвитку СПД:

- вік породіллі, артеріальна гіпотензія, артеріальна гіпертензія, захворювання серцево-судинної системи, захворювання нирок, захворювання гепатобіліарної, дихальної систем, травного тракту, ендокринопатії, ожиріння;
- вік менархе, час становлення менструального циклу, тривалість менструації, кількість менструальної крові, що втрачається, хворобливість менструації, аборти і викидні в анамнезі, лейоміома матки, захворювання шийки матки, ендометріоз, ендометрит, кольпіт, аднексит, позаматкова вагітність, дисфункція яєчників, безпліддя;
- ранній токсикоз, загроза переривання вагітності в I, II, III триместрах, прееклампсія;
- багатоводдя, маловоддя, хронічна гіпоксія плода, маса і стать плода;
- допологове вилиття навколоплідних вод, міра «зрілості» шийки матки за шкалою Bishop. Аналіз перерахованих вище анамнестичних і клінічних ознак з метою прогнозування вірогідності розвитку СПД включав наступні етапи:
- виявлення залежності між розвитком СПД і клініко-анамнестичними чинниками;
- визначення вірогідності розвитку СПД для кожного з виявлених чинників ризику;
- прогнозування розвитку СПД на підставі сукупності виділених чинників ризику.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного аналізу були виявлені наступні чинники, що впливають на розвиток СПД (табл. 1).

Таблиця 1

Клініко-анамнестичні чинники, що впливають на розвиток СПД (рангова кореляція Spearman)

Фактори	Spearman R	t (N-2)	p-level
Хронічна артеріальна гіпертензія	0,127	2,535	0,012
Ожиріння	0,166	3,343	0,001
Гемоконцентрація	0,167	3,339	0,002
Преєклампсія	0,106	2,109	0,036
Багатоводдя	0,133	2,656	0,008
Крупний плід	0,115	2,288	0,023
"зрілість" шийки матки	0,303	6,288	0,000...
Патологічний прелімінарний період (ППП)	0,140	2,805	0,005

Примітка: R – коефіцієнт кореляції Spearman; t-критерій Student; p-level-рівень значущості.

Таблиця 2

Чинники ризику СПД

Фактор	СПД:є		СПД:немає		Абсолютна різниця ризиків	Відношення шансів
	ризик	шанс	ризик	шанс		
Хронічна артеріальна гіпертензія	0,79	3,8:1	0,48	0,9:1	0,31	4,2
Ожиріння	0,60	1,5:1	0,41	0,7:1	0,19	2,2
Гемоконцентрація	0,61	1,7:1	0,42	0,8:1	0,21	2,5
Крупний плід	0,75	3,0:1	0,47	0,9:1	0,28	3,3
ППП	0,76	3,2:1	0,47	0,9:1	0,29	3,6
"зрілість" шийки матки	0,81	5,2:1	0,45	0,8:1	0,36	6,3

Як видно з табл. 1 має місце кореляційна залежність середньої сили між СПД і „зрілістю” шийки матки, зв'язок СПД з останніми параметрами слабкий.

На підставі виявлених чинників ризику стає можливим прогнозування розвитку СПД.

При аналізі абсолютних і відносних показників зв'язку СПД і можливих чинників ризику (номінальні ознаки) також виявлено, що вирішальну роль у момент початку пологів відіграє міра «зрілості» шийки матки, ваговий коефіцієнт даного чинника найбільший. Отже, при оцінці відносних показників зв'язку СПД і можливих чинників ризику основне прогностичне «навантаження» несе «зрілість» шийки матки, проте, шанси розвитку даного ускладнення пологового акту оцінюються при «незрілій» шийці матки як сумнівні. Значущість останніх чинників ризику ще нижча – маловірогідні або практично відсутні (табл. 2).

Отже, можна виділити наступні чинники ризику СПД (за наявності кожного з яких шанси розвитку СПД оцінюються хоч би як «маловірогідні», тобто 2:1 і вище), дійсно значимою з яких є лише «незріла» шийка матки: «незріла» шийка матки; хронічна артеріальна гіпертензія; патологічний прелімінальний період (ППП) і крупний плід.

У клінічній практиці доводиться розглядати сукупний, а не індивідуальний вплив чинників ризику на можливість розвитку патологічного стану.

Тому з метою побудови статистичної моделі для прогнозування вірогідності розвитку СПД по наявних чинниках ризику (тобто розглядаємо сукупність ознак) був застосований множинний логістичний регресійний аналіз (табл. 3).

З метою прогнозування вірогідності розвитку СПД на підставі виявлених чинників ризику методом логістичного регресійного аналізу була розроблена наступна модель:

$$Y = -17,53 + 2,12X_1 + 1,02X_2 + 0,97X_3 + 1,80X_4 + 1,56X_5 + 1,59X_6.$$

Де $Y = \ln(P/1-P)$, P – це імовірність розвитку СПД

$$P = e^Y / 1 + e^Y$$

Таблиця 3

Результати логістичного регресійного аналізу, що відображає сукупний вплив чинників ризику на розвиток СПД

Чинники ризику	Регресійні коефіцієнти
Константа B0	-17,53
Хронічна артеріальна гіпертензія	2,12
Ожиріння	1,02
Гемоконцентрація	0,97
Крупний плід	1,80
ППП	1,56
"незріла" шийка матки	1,59

X1 – хронічна артеріальна гіпертензія; X2 – ожиріння; X3 – гемоконцентрація;

X4 – крупний плід;

X5 – патологічний прелімінальний період;

X6 – «незріла» шийка матки.

Для моделі в цілому $p < 0,000$.

Цікаво, що при оцінюванні спільного впливу чинників ризику на вірогідність розвитку СПД, на перше місце виходить чинник «хронічна артеріальна гіпертензія» (при розгляді ж впливу цих чинників окремо він займає друге місце після «незрілої» шийки матки).

ВИСНОВКИ

Таким чином, при СПД не було виявлено «яскравих» клініко-анамнестичних чинників. Проте, ґрунтуючись на розробленій нами моделі, допологова профілактика СПД представляється дієвою: хронічна артеріальна гіпертензія; гемоконцентрація; ППП – можливі точки додатка профілактичних заходів. Пропонована методика прогнозування є простою і загальнодоступною для практичної охорони здоров'я.

Современные аспекты причин развития аномалий родовой деятельности

В.И. Бойко, Н.А. Кобылецкая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при слабости родовой деятельности не было выявлено «ярких» клинико-анамнестических факторов. Однако, основываясь на разработанной нами модели, дородовая профилактика слабости родовой деятельности представляется действенной: хроническая артериальная гипертензия; гемоконцентрация; патологический прелиминальный период – возможные точки приложения профилактических мероприятий. Предлагаемая методика прогнозирования является простой и общедоступной для практического здравоохранения.

Ключевые слова: аномалии родовой деятельности, причины развития.

Modern aspects of the reasons of development of anomalies of patrimonial activity
V.I. Boyko, N.A. Kobulezka

Results of the spent researches testify, that at weakness of patrimonial activity has not been revealed „bright” clinical-anamnesise factors. However, being based on the model developed by us, antenatal preventive maintenance of weakness of patrimonial activity is represented effective: a chronic arterial hypertension; haemoconcentration; the pathological preliminary period – possible points of the appendix of preventive actions. The offered technique of forecasting is simple and popular for practical public health services.

Key words: anomalies of patrimonial activity, the reasons of development.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. ассоц. акуш.-гин. – 2009. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление „стресса ожидания” // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2008. – № 4. – С. 78–82.

УДК 618.36-06:616.9

Шляхи зниження плацентарної дисфункції при високому ризику інтраамніального інфікування

V.I. Boyko, K.M. Lopatka

Медичний інститут Сумського державного університету

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою перинатальної патології унаслідок значного рівня порушень в системі «мати-плацента-плід», причому поєданого генезу. Враховуючи недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції плацентарної дисфункції у жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: внутрішньоутробне інфікування, плацентарна дисфункція, корекція.

Провідна роль внутрішньоутробних інфекцій серед причин несприятливих перинатальних результатів визначила характер всебічного вивчення цієї проблеми [3]. Найвність у вагітної жінки осередку інфекції завжди є чинником ризику для розвитку патологічних станів плода, інфекційних захворювань, фетоплацентарної недостатності, мертвонароджень, невиношування, вроджених вад тощо [1, 2].

Враховуючи неспецифічність клінічних проявів інтраамніальної інфекції і внутрішньоутробного інфікування під час вагітності, їх діагностика в більшості випадків утруднена і можлива лише в результаті поєднання клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження. Окрім інфекційного чинника основними патогенетичними механізмами порушення стану плода при внутрішньоутробному інфікуванні є дисфункція фетоплацентарного комплексу і порушення імунної системи матері і плода, а також зміни мікробіоценозу статевих шляхів [1-4]. Дуже важливим моментом є зміна етіології інтраамніального інфікуванням з переважанням останніми роками грибкової інфекції, що викликає певні труднощі при проведенні лікувально-профілактичних заходів [1, 3].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми фетоплацентарної недостатності і внутрішньоутробного інфікування не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На наш погляд, в першу чергу це стосується можливості використання ефективності корекції комплексу матери-плацента-плід при високому ризику внутрішньоутробного інфікування. Все вищевикладене свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування на основі вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету і мікробіоценозу статевих шляхів, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети нами було обстежено 150 пацієнток, серед яких 100 – з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування, яких було розподілено на наступні групи:

I група – 50 жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

II група – 50 жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування, що отримували запропоновану нами методику.

Контрольна група – 50 первородящих без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

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

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали використання за свідченнями антибактеріальних препаратів; комплекси вітамінів і мікроелементів; засоби, поліпшуючі мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламін); імунокоригуючу терапію і за свідченнями противірусну терапію [1].

Відмітними особливостями пропонованої нами методики є вживання препаратів хофітол і канефрон протягом 4–6 тиж в наступні терміни вагітності: 10–16; 20–26 і 30–36 тиж з корекцією мікробіоценозу статевих шляхів препаратом пімафуцином у поєднанні з антибактеріальною і противірусною терапією (лише за свідченнями).

Ми віддали перевагу саме місцевому використанню препарату пімафуцин у зв'язку з широким спектром його дії, відсутністю побічних ефектів і тератогенної дії. Системне використання антимікотиків інших груп ми вважаємо недоцільним.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Перебіг вагітності у жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування характеризується високою частотою фетоплацентарної недостатності (82,0%), в структурі якої переважають компенсована (58,5%) і субкомпенсована форми (34,1%), а також значним рівнем гестаційної анемії (52,0%); загострення уро-

генітальної інфекції (32,0%); порушення мікробіоценозу статевих шляхів (30,0%) і преєклампсії (18,0%).

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

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

Зміни у фетоплацентарному комплексі при високому ризику внутрішньоутробного інфікування супроводжується значним рівнем порушень з боку функціонального стану плода (зміни серцевого ритму (16,0%); дихальної (20,0%) і рухової активності плода (26,0%), а також його тонусу (10,0%)), плаценти (передчасне дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентарної (28,0%) і поєднання стоншування плаценти з випередженням дозрівання (10,0%)) і об'єму навколоплідних вод (мало-(18,0%) і багатоводдя (12,0%)) на тлі виражених гемодинамічних (посилення кровотоку в артерії пуповини і в маткових артеріях при одночасному зниженні в середньомозковій артерії) і ендокринологічних (зниження вмісту естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену на тлі збільшення рівня кортизолу) порушень.

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

Використання пропонованою нами лікувально-профілактичної методики дозволяє знизити частоту плацентарної дисфункції в 2,1 разу; затримки внутрішньоутробного розвитку плода – 1,9 разу; загострення урогенітальної інфекції під час вагітності – в 2,0 разу; бактеріального вагінозу – в 2,1 разу; передчасних пологів – в 2,5 разу; аномалій пологової діяльності – в 1,9 разу; дистресу плода – в 2,3 разу; інтранатальної асфіксії – в 2,1 разу; інтраамніального інфікування – в 2,2 разу і перинатальних втрат – в 2 рази.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розродження жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою перинатальної патології унаслідок значного рівня порушень в системі «мати–плацента–плід», причому поєднаного генезу. Враховуючи недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції плацентарної дисфункції у

жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Пути снижения плацентарной дисфункции при высоком риске интраамниального инфицирования
В.И. Бойко, Е.М. Лопатка

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что родоразрешение женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования сопровождается высокой частотой перинатальной патологии вследствие значительного уровня нарушений в системе «мать–плацента–плод», причем сочетанного генеза. Учитывая недостаточную эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий нами предложена новая методика коррекции плацентарной дисфункции у женщин этой группы. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что дает нам право рекомендовать для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: *внутриутробное инфицирование, плацентарная дисфункция, коррекция.*

Ways of decrease in placental dysfunction at high risk intraamniacal infection
V.I. Boyko, E.M. Lopatka

Results of the lead researches testify, that delivery women with high risk intra-uterine infection is accompanied by high frequency perinatal pathologies owing to a significant level of infringements in system «mother–placenta–born», and mixed genesis. Taking into account insufficient efficiency of the standard treatment-and-preventive actions we offer a new technique of correction placental dysfunction at women of this group. The received clinical, functional, laboratory, microbiological and virologic results confirm high efficiency of the given technique that gives us is right to recommend for wide use in practical public health services.

Key words: *intra-uterine infection, placental dysfunction, correction.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дурова А.А., Симакова М.Г., Смирнова В.С. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 9–12.
2. Запорожан В.М., Даниленко А.І., Макулькін Р.Ф. Плацентарна недостатність і її вплив на плід // Одеський медичний журнал. – 2009. – № 4 (54). – С. 82–84.
3. Евсюкова И.И. Роль инфекционного фактора в развитии перинатальной патологии плода и новорожденного // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2011. – № 4. – С. 24–26.
4. Коломийцева А.Г. Применение препарата «Хофитол» при лечении фетоплацентарной недостаточности // Перинатальні втрати та TORCH-інфекції, Матеріали науково-практичної конференції. – К., 2010. – С. 39–41.

УДК 618.53:573

Особенности прогнозирования перинатальной патологии с учетом генетических факторов

О.Ю. Лотоцька-Савчак

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

Проведено комплексне клініко-лабораторне та функціональне обстеження 359 жінок з плацентарною дисфункцією. Встановлено, що основними клінічними факторами ризику перинатальних втрат є початкова екстрагенітальна і генітальна патологія; ускладнений перебіг попередніх вагітностей і вікові особливості. При аналізі прогностичної ефективності різноманітних лабораторних і функціональних методів дослідження встановлена найбільш висока пряма корелятивна залежність перинатальних втрат і середнього показника стану плода; рівня естріолу в сечі і кортизолу в периферичній крові, а також ступеня дозрівання плаценти.

Ключові слова: *перинатальні втрати, прогнозування, сучасний етап.*

Багато наукових колективів України займаються проблемою перинатальної смертності, проте помітних покращань не можна відзначити протягом останніх років [1, 3, 5]. Виділяють різноманітні фактори, що не дозволяють суттєво знизити рівень перинатальної патології в країні: погіршення матеріально-технічного забезпечення рододопомічних установ; зміна екологічної ситуації; зростання соматичної захворюваності та ін. [2, 4]. Не можна не відзначити і ступінь вираженості основної акушерської патології, що сприяє зростанню перинатальної смертності: передчасні пологи, пізні гестози, анемія вагітних, фетоплацентарна недостатність та ін. [4, 5, 7]. Наявні в цьому напрямку наукові роботи присвячені вирішенню окремих питань щодо зниження перинатальної смертності при кожному конкретному варіанту акушерської і екстрагенітальної патології. Фундаментальні наукові роботи, що стосуються вирішення всього комплексу даної проблеми у нас в країні відсутні, що, природно, викликає визначені труднощі при проведенні як організаційних, так і медичних заходів. На нашу думку, одним з найменш вирішених питань даної проблеми є розроблення сучасної методики прогнозування перинатальних втрат.

Мета роботи: встановити значущість основних клінічних і лабораторно-функціональних методів дослідження для створення нової ефективної методики прогнозування перинатальних втрат з врахуванням результатів генетичних чинників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була розроблена нова методика прогнозування перинатальних втрат на підставі комплексного клініко-лабораторного і

функціонального обстеження (плацентографічний, фетометричний, доплерометричний, кардіотокографічний, морфологічний, бактеріологічний і ендокринний статус) 359 вагітних з діагнозом «плацентарна дисфункція».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою розроблення методу ефективного прогнозування перинатальних втрат у жінок цієї групи було поставлено дві задачі:

1. Виявити статистичну залежність даних клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження від наслідку пологів для новонароджених.

2. Розробити метод прогнозування ступеня індивідуального ризику пологів для плода і медичний алгоритм вибору оптимального методу розродження.

Не викликає сумнівів прогностична ефективність ультразвукового дослідження в акушерстві. Проте, на нашу думку, має величезний інтерес зіставлення стану плаценти з діагностованою затримкою розвитку плода, а також зв'язок цих даних зі станом новонародженого. Одержані нами дані свідчать, що при передчасному дозріванні плаценти, яке мало місце у 27,5% випадків, можна припускати задовільний результат для плода, а при відставанні її дозрівання (36,4%) – дистрес плода та асфіксію новонародженого і перинатальні втрати.

З позицій сучасного акушерства проведення нестресового тесту (через кардіотокографію) у III триместрі вагітності є обов'язковою умовою для повноцінного обстеження. Надалі, середні показники стану плода (ПСП), виявлені при дослідженні, порівнювали з наслідком пологів для новонародженого. Одержані результати свідчать про пряму корелятивну залежність ($r=+0,75$) між ПСП та ступенем тяжкості гіпоксії плода, що дає нам право включити ПСП до комплексу прогностичних даних.

Одержані результати стану гемодинаміки фетоплацентарного комплексу не виявили суттєвої різниці в показниках кривих швидкостей кровотоку (КШК) в пуповинних і маткових судинах залежно від стану новонародженого. Визначена лише незначна тенденція зниження КШК в судинах плода відповідно до ступеня тяжкості гіпоксії, але ці дані статистично недостовірні ($p>0,05$). Це свідчить про недостатню інформативність даного методу в оцінюванні антенатального дистресу і прогнозуванні перинатальних втрат для широкого використання в практичній охороні здоров'я. Допплерометричні дослідження доцільно проводити при диференційованій діагностиці ступеня вираженості порушень мікроциркуляції в системі мати–плацента–плід, а також при індивідуальному підборі медикаментозних заходів для профілактики та лікування плацентарної дисфункції.

При аналізі різних ендокринологічних показників функціонального стану фетоплацентарного комплексу встановлено, що у жінок з високим перинатальним ризиком спостерігається достовірне зниження, починаючи з 20 тиж вагітності, в сироватці крові рівня естріолу (з $13,6\pm 1,2$ до $8,5\pm 0,6$ нмоль/л; $p<0,05$), прогестерону (з $221,3\pm 17,5$ до $173,8\pm 15,8$ нмоль/л; $p<0,05$) та плацентарного лактогену (з $97,6\pm 9,7$ до $71,3\pm 5,2$ нмоль/л; $p<0,05$) при одночасному підвищенні рівня кортизолу та альфа-фетопротеїну ($p<0,05$). Ці зміни зберігаються до кінця вагітності. Найбільшу інформативність має рівень естріолу в сечі (14242 ± 131 мкг/добу при 18421 ± 172 мкг/добу в контрольній групі $p<0,05$) та кортизолу в периферичній крові ($282,4\pm 16,4$ нмоль/л проти $368,2\pm 24,2$ нмоль/л $p<0,05$). Підтвердженням цьому є пряма корелятивна за-

лежність між зниженням вмісту естріолу в сечі ($r=+0,71$) та кортизолу в периферичній крові ($r=+0,75$) та ступенем тяжкості дистресу плода. На нашу думку, саме ці два ендокринологічні показники можуть бути широко використані в практичній охороні здоров'я для прогнозування перинатальних втрат.

Для створення системи прогнозування перинатальних втрат обирали методику, що найбільш повно відображає всі клінічні, лабораторні та функціональні параметри, одержані на етапі попередніх досліджень; як основу математичного моделювання використовували послідовну процедуру розпізнавання образів і найбільш широко прийнята для прогностичних моделей в клінічній медицині.

Як показник зв'язку між ознаками використано коефіцієнт парної кореляції Пірсона. Була побудована квадратна матриця розміром 90×90 (число вивчених показників). Кожний елемент матриці уявляє собою коефіцієнт кореляції різних параметрів. Всього було вивчено близько 40 000 коефіцієнтів кореляції. Високо корелятивними вважались ознаки, парний коефіцієнт кореляції яких був більше 0,6 за модулем. В результаті було визнано високо корелятивними лише 16 з 90 ознак (17,8%), які були покладені в основу нашої прогностичної методики. Для широкого застосування розробленої методики в будь-якому акушерському стаціонарі запропоновано простий і доступний бальний підхід для оцінки ступеня перинатального ризику. Процес прогнозування розділяється на два етапи. На першому – необхідно адекватно оцінити ступінь перинатального ризику і відкоригувати варіант допологової підготовки. На другому етапі важливо передбачити збільшення антенатального дистресу або розвиток інтранатальної гіпоксії, що дозволить своєчасно змінити тактику розродження.

Таким чином, багатоаспектний аналіз перебігу вагітності, пологів і раннього неонатального періоду у жінок з діагнозом «плацентарна дисфункція» дозволив розробити ефективну методику прогнозування перинатального ризику, що можна реально використовувати в акушерській практиці. На її підставі чітко визначено медичний алгоритм тактики лікаря щодо вагітних з різноманітним ступенем дистресу плода і можна цілеспрямовано вибрати оптимальний варіант розродження. Клінічне випробування бального методу прогнозування протягом останніх трьох років показало його високу чутливість (92,4%) і специфічність (87,7%), що дозволяє досягти високої ефективності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними факторами ризику перинатальних втрат є початкова екстрагенітальна (82,7%) і генітальна патологія (52,8%); ускладнений перебіг попередніх вагітностей (репродуктивні втрати, прееклампсія, аномалії пологової діяльності, кесарів розтин) – 38,1% і вікові особливості (до 18 і старше 35 років) – 28,9%. При цьому, поєднання різноманітних факторів складає $2,5\pm 0,2$ на одну жінку. При аналізі прогностичної ефективності різноманітних лабораторних і функціональних методів дослідження встановлено найбільш висока пряма корелятивна залежність перинатальних втрат і середнього показника стану плода ($r=+0,75$); рівня естріолу в сечі ($r=+0,71$) і кортизолу в периферичній крові ($r=+0,75$), а також ступеня дозрівання плаценти (передчасне - $r=+0,71$ і відставання - $r=+0,70$).

Особенности прогнозирования перинатальной патологии с учетом генетических факторов О.Ю. Лотоцкая-Савчак

Проведено комплексное клинично-лабораторное и функциональное обследование 359 женщин с плацентарной дисфункцией. Установлено, что основными клиническими факторами риска перинатальных потерь являются исходная экстрагенитальная и генитальная патология; осложненное течение предыдущих беременностей и возрастные особенности. При анализе прогностической эффективности различных лабораторных и функциональных методов исследования установлена наиболее высокая прямая коррелятивная зависимость перинатальных потерь и среднего показателя состояния плода; уровня эстриола в моче и кортизола в периферической крови, а также степени созревания плаценты.

Ключевые слова: перинатальные потери, прогнозирование, современный этап.

Features of forecasting perinatal pathologies taking into account genetic factors O. Yu. Lototsky-Savchak

The complex clinic-laboratory and functional inspection 359 women with placental failure is carried out. Fixed, that the basic clinical risk factors perinatal losses is the initial extragenital and genital pathology; the complicated flow of the previous pregnancies and age features. At analysis of prognostic efficacy of various laboratory and functional methods of research the highest direct correlative dependence perinatal losses and average parameter of a state of a fetus fixed; a level of a theelol in urine and hydrocortisone in a peripheric blood, and also degree of a maturing of a placenta.

Key words: perinatal loss, forecasting, present stage.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богатирьова Р.В. Демографічна ситуація в Україні і проблеми медико-генетичної служби // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 72–74.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні втрати (клінічні та медико-соціальні аспекти). – М., 2007. – 188 с.
3. Венцівський Б.М. Роль планування сім'ї в зниженні материнської та перинатальної затворюваності в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 52–54.
4. Гойда Н.Г., Сулима О.Г. Перинатальна патологія у новонароджених на сучасному етапі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 15–17.
5. Голота В.Я. Роль жіночої консультації в антенатальній охороні плода в сучасному акушерстві // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 3. – С. 31–33.
6. Маркин Л.Б. Рациональное ведение родов // Медико-социальные проблемы семьи. – 2006. – № 1. – С. 103–106.
7. Шунько Є.Є., Катоніна С.П. Сучасні клінічні, вірусологічні та імунологічні аспекти перинатальної патології // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 1. – С. 23–24.

УДК 618.36-008.6-06:616.14-007.63

Особенности плацентарной дисфункции у вагитных з варикозной хворобою

Л.В. Манжула

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

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою з оцінюванням вмісту фібронектину і гомоцистеїну. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім результатів оцінювання гормональної функції плаценти і найбільш інформативні показники системного гемостазу – вміст фібронектину і гомоцистеїну. Такий підхід дозволяє своєчасно поставити діагноз плацентарної дисфункції і ефективно коригувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів, а також тактику ведення вагітності і пологів.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, варикозна хвороба.

Дослідження останніх років показали, що нерідким проявом варикозної хвороби (ВХ) у вагитних є варикоз вен малого таза, визначуваний у вигляді випадкових знахідок при операції кесарева розтину, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1–3].

Ряд авторів [4–5] вказує на високу частоту виявлення у породілей екстазії веноних судин малого таза, що, на їх думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, страждаючих судинною недостатністю вен нижніх кінцівок. Наявність варикозно розширених судин системи внутрішньої клубової вени може сприяти розвитку кровотеч в третьому періоді пологів, бути причиною тромбоемболічних ускладнень, гнійно-септичних процесів в післяпологовому періоді; хронічних запальних процесів матки і придатків, вторинного безпліддя [6–7].

Симптомокомплекс «плацентарна дисфункція» (ПД) сьогодні займає найбільш високу питому вагу в структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених. Розроблення нових методів діагностики і лікування ПД представляється одним з перспективних наукових напрямів сучасного акушерства і перинатології, оскільки порушення функції плаценти є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [1–7].

Таким чином, наявність у вагитних симптомокомплексу «плацентарна дисфункція» і васкулярних порушень обтяжує перебіг гестаційного процесу, несприятливо позначається на внутрішньоутробному розвитку плода, погіршуючи показники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів той факт, що необхідний комплексний підхід до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого таза під час вагітності.

Використання оцінки гормональної функції плаценти у поєднанні з даними вмісту фібрoneктину і гомоцистеїну дозволяють отримати вичерпну інформацію про стан гомеостазу при даній екстрагенітальній патології [1–7].

Враховуючи наведене вище було вирішено проаналізувати особливості патогенезу ПД на основі оцінки вмісту фібрoneктину і гомоцистеїну за наявності ВХ, причому без і з наявністю ПД.

Мета дослідження: вивчити особливості патогенезу ПД при ВХ у вагітних.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленої мети нами було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, в пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток зі ВХ. Контрольну групу склали 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

На підставі отриманих результатів при ретроспективному аналізі всіх пацієнток було розподілено на наступні групи:

Контрольна (50 випадків). Вагітність у пацієнток даної групи протікала без ускладнень, а також не було виявлено супутніх екстрагенітальних захворювань.

1-а група – 50 вагітних зі ВХ і ПД була сформована за результатами функціональних методів дослідження – УЗ-фетометрії (затримка розвитку плода (ЗРП), ознаки передчасного старіння плаценти), УЗ-доплерометрії (порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу), КТГ (ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода).

2-а група – 50 вагітних зі ВХ і без ознак ПД.

Усім пацієнткам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження із застосуванням функціональних і лабораторних методів.

Дослідження гормональної функції плаценти проводилося імуноферментним методом і включало визначення наступних показників функції плаценти: плацентарний лактоген (ПЛ), хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ), Прогестерон (ПГ), естріол (ЕЗ) і альфа-фетопротеїн (АФП).

Визначення рівня гомоцистеїну (ГЦ) і фібрoneктину людини (ФН) в плазмі венозної крові пацієнток було проведене на базі центральної науково-дослідної лабораторії НМАПО ім. П.Л. Шупика з використанням стандартних наборів і поляризаційного флуоресцентного імуноаналізатора.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать про те, що ВХ є чинником ризику розвитку дистреса плода. Треба відзначити, що при співставленні даних КТГ з результатами доплерометрії були виявлені кореляційні зв'язки між різними типами порушення гемодинаміки і патологією плода в основних групах. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

При оцінюванні гормональної і біосинтетичної функції плаценти було встановлено, що вміст ПЛ у жінок основних груп (1 і 2) був достовірний нижче, ніж в контрольній групі і в середньому склав $2,8 \pm 0,3$ і $2,7 \pm 0,7$ мг/мл відповідно, в порівнянні з $9,73 \pm 0,3$ мг/мл ($p < 0,05$). Слід відзначити, що між собою групи пацієнток, що мали ВХ з або без ПД по даному показнику не відрізнялися. Цікаво, що в групі конт-

ролю була лише 1 (2,0%) пацієнтка з показником ПЛ на нижній межі лабораторної норми, тоді як в основних групах таких вагітних було істотно більше: 84,0% і 66,0% в 1-й і 2-й групі відповідно. Ні у одній групі не виявлено підвищення рівня ПЛ, що пов'язане із строгими критеріями виключення, описаними раніше. Звертає на себе увагу, що рівень зниження ПЛ в 1-й групі безпосередньо корелював з вираженістю доплерометричних показників і КТГ ($r = 0,2$), при цьому так само виявлявся у пацієнток 2-й групи без клініки ПД по УЗІ і КТГ.

Аналізуючи показники ЕЗ в групах дослідження була виявлена аналогічна картина. Так рівень вільного ЕЗ в середньому склав $3,0 \pm 1,9$ і $2,9 \pm 2,5$ нг/мл в 1-й і 2-й групі відповідно, що було достовірне нижче за аналогічний показник в контрольній групі – $13,5 \pm 3,7$ нг/мл ($p < 0,05$). Підвищення рівня ЕЗ не було виявлено в жодній пацієнтки, включених в дослідження. При цьому зниження ЕЗ було діагностовано в 76,0% і 64,0% пацієнток 1-ї і 2-ї груп відповідно, і не виявлено в контрольній групі.

Також було відзначено зниження концентрацій ХГЛ в сироватці крові вагітних основних груп. Його вміст був нижчий за норму в 60,0% і 54,0% випадках у пацієнток 1-й і 2-й груп відповідно, тоді як в контрольній концентрація ХГЛ у всіх пацієнток відповідала лабораторній нормі. При аналізі середніх показників рівня ХГЛ виявлена аналогічна динаміка, де 1-а і 2-а групи не відрізнялися між собою і мали тенденцію до достовірного зниження ХГЛ в порівнянні з контрольною групою, хоча зміни ці мали менш виражений характер.

Під час аналізу показників АФП і ПГ була виявлена аналогічна картина, проте по ПГ і АФП ці зміни носили мінімальний характер. Хоча всі ці параметри не носили статистично достовірного характеру.

У процесі обстеження оцінювали чинники, що свідчать про наявність певною мірою дисфункції ендотелію і пов'язані з синдромом гіперкоагуляції нехарактерною терміну вагітності, а саме ГЦ і ФН.

У вагітних основних груп було виявлено достовірно вищий вміст ФН в плазмі крові порівняно з групою контролю, хоча це підвищення в цілому носило невиражений характер. Так в групі з ПД і ВХ вміст ФН був підвищений в 66,0% випадків, і складало в середньому в групі $693,9 \pm 50$ мг/л. У 2-ї групи вагітних з варикозною хворобою без ПД концентрація ФН була підвищена у 36,0% пацієнток, і складала в середньому по групі $701,59 \pm 38$ мг/л. Тоді як в групі контролю дані показники склали $460,28 \pm 25$ мг/л, і підвищення наголошувалося лише в 10,0% вагітних ($p < 0,05$).

Під час аналізу концентрації ГЦ в плазмі венозної крові у вагітних з варикозною хворобою, а також з аналогічним захворюванням і ПД підвищення рівня ГЦ виявлялося в 36,0% і 26,0% пацієнток відповідно. У вагітних контрольної групи підвищення рівня ГЦ виявлене лише в 2,0% випадках, при цьому воно носило незначний характер. При дослідженні середнього рівня ГЦ в групах виявлено, що ГЦ підвищувався на статистично достовірні величини у вагітних як 1-ї, так і 2-ї груп в порівнянні з контрольною ($p < 0,05$), проте, при цьому, підвищення не досягало критичних значень, і в цілому не перевищувало відмітки в 10 мкмоль/л.

Цікавий той факт, що не було виявлено випадків зниження ФН, яке буває при гострих процесах тромбонемії і вираженій гіперкоагуляції. Грунтуючись на отриманих даних можна говорити про вплив варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (ВХВНК) на розвиток невираженої системної дисфункції ендотелію, яка на моле-

кулярному рівні зачіпає і плаценту, незалежно від наявності у пацієнок клінічних проявів ПД.

Аналізуючи показники системи гемостаза, було виявлено статистично недовірне підвищення активності в плазмовій ланці гемостаза і в тромбоцитарній ланці. Проте зміни носили клінічно значущий характер і піддавалися корекції.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою з оцінкою вмісту фібронектину і гомоцистеїну. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім результатів оцінки гормональної функції плаценти і найбільш інформативні показники системного гемостаза – вміст фібронектину і гомоцистеїну. Такий підхід дозволяє своєчасно поставити діагноз плацентарної дисфункції і ефективно коригувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів, а також тактику ведення вагітності і пологів.

Особенности патогенеза плацентарной дисфункции у беременных с варикозной болезнью

Л.В. Манжула

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости комплексной оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с варикозной болезнью с оценкой содержания фибронектина и гомоцистеина. Алгоритм диагностических мероприятий при данной экстрагенитальной патологии должен включать помимо результатов оценки гормональной функции плаценты и наиболее информативные показатели системного гемостаза – содержания фибронектина и гомоцистеина. Такой подход позволяет своевременно поставить диагноз плацентарной дисфункции и эффективно корректировать алгоритм лечебно-профилактических мероприятий, а также тактику ведения беременности и родов.

Ключевые слова: *плацентарная дисфункция, варикозная болезнь.*

Features of pathogenesis at placental dysfunction at pregnant women with varicose illness

L. V. Manzhula

Results of the spent researches testify to necessity complex estimations of a functional condition fetoplacental complex at women with varicose illness with a maintenance estimation homocysteine and fibronectinum. The algorithm of diagnostic at given e should include pathologies besides results of an estimation of hormonal function of a placenta and the most informative indicators of a system hemostasis – maintenances homocysteine and fibronectinum. Such approach allows to diagnose in due time to placental dysfunction and is effective correction algorithm of treatment-and-prophylactic actions, and also tactics of conducting pregnancy and sorts.

Key words: *placental dysfunction, varicose illness.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М.: Видар, 2008. – 112 с.
2. Волков А.Е., Окороков 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, 2012. – 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. Кардиотографические исследования при плацентарной дисфункции // Здоровье женщины. – 2009. – № 2. – С. 16–18.
8. Проскураева О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2009. – 133–144 с.

Оптимизация лечения патологии шейки матки на этапе подготовки к гестации — как профилактика невынашивания беременности

С.Н. Николишин

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с патологией шейки матки в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию, в первую очередь, невынашивания беременности. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с патологией шейки матки позволяет снизить уровень рецидивирования во время беременности, а также суммарную частоту акушерских и перинатальных осложнений при одновременной нормализации функционального состояния шейки матки и микробиоценоза половых путей.

Ключевые слова: патология шейки матки, невынашивание, профилактика.

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретают начальные гинекологические заболевания, особенно патология шейки матки (ШМ). Успехи современной эндокринологии до настоящего времени создали предпосылки к пониманию генеза нарушений репродуктивной системы и обеспечили возможность более глубокого понимания механизмов невынашивания беременности на фоне различных патологических изменений ШМ [1–5].

В последние годы в структуре генитальной патологии ведущее место занимают различные патологические изменения ШМ, диагностика и лечения которых на современном этапе вызывают серьезные трудности, особенности в ранние сроки беременности [1, 3]. В то же время, беременные женщины с патологией ШМ имеют повышенный риск развития различных акушерских и перинатальных осложнений, а существующие лечебно-профилактические мероприятия не всегда эффективны.

В то же время, патогенез невынашивания на фоне начальной патологии ШМ изучен недостаточно. Отсутствуют четкие данные об особенностях формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса и нарушений состояния внутриутробного плода и новорожденных в зависимости от начальных особенностей патологии ШМ. Кроме того, отсутствуют данные о дифференцированном подходе к прегравидарной подготовке и профилактике невынашивания беременности с учетом основных вариантов патологии ШМ.

Все вышеизложенное является обоснованием актуальности выбранного научного направления.

Целью работы было снижение частоты невынашивания у женщин с начальной патологией ШМ на основе изучения функционального состояния ШМ и микробиоценоза половых путей, а также разработки и внедрения дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами представлен клинический анализ течения беременности и результата родов для матери и плода, результаты динамического наблюдения и комплексного обследования 102 беременных, которые были распределены на следующие группы:

1 группа – 42 беременные с доброкачественной патологией шейки матки (ШМ) в анамнезе. Все женщины 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 группа – 30 беременных, которым раньше было проведено радиоволновое хирургическое лечение (РХХЛ) аналогичной патологии ШМ, 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 ШМ.

Общепринятая прегравидарная подготовка после ДЭЭ и КД включала следующие моменты: лечение доброкачественной патологии ШМ стандартными методами (ДЭЭ, КД, химическая коагуляция); рациональное питание; отдых и физическая нагрузка; витаминные и другие добавки при планировании беременности; нормализация психоэмоционального состояния (при потребности – психотерапия, седативные средства); санация половых путей и ШМ.

Предложены нами мероприятия включали следующие моменты: хирургическое лечение доброкачественной патологии ШМ – радиоволновая терапия; добавление препарату Гинофлор на этапе эпителизации и при прегравидарной подготовке.

При изучении возрастного состава установлено, что средний возраст беременных 1 группы составил $29,5 \pm 0,7$ года, ($p < 0,001$) 2 группы – $25,6 \pm 0,5$ года и женщин КГ – $25,1 \pm 0,6$ года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными особенностями преморбидного фона у пациенток с патологией шейки матки обременен репродуктивный анамнез (2–5 беременностей в $74,2 \pm 5,8\%$; среднее число аборт на 1 пациентку – $1,84 \pm 0,21$); перенесенные вагиниты разной этиологии ($37,7 \pm 3,4\%$) и хронический сальпингоофорит ($25,9 \pm 2,4\%$).

Использование предлагаемого алгоритма лечения патологии шейки матки на прегравидарном этапе позволяет найти показатели биоценоза половых путей за

счет снижения IV степени частоты влагиалища с $45,2 \pm 6,9\%$ до $26,7 \pm 5,6\%$; различных патологических изменений влагиалищного содержания – с $65,2 \pm 6,8\%$ до $46,7 \pm 4,7\%$; уровня микстовых инфекций, передающихся половым путем – с $34,9 \pm 3,9\%$ до $23,3 \pm 2,3\%$ соответственно.

Частота осложнений беременности зависит от методики лечения патологии шейки матки на прегравидарном этапе, который подтверждается снижением частоты непроизвольного прерывания беременности в ранние сроки из $33,3 \pm 3,3\%$ при общепринятом алгоритме к $16,7 \pm 1,7\%$ при усовершенствованном, а также уменьшением уровня преждевременных родов – с $14,3 \pm 1,3\%$ до $6,7 \pm 0,7\%$.

При сравнительной оценке акушерских результатов родоразрешения женщин с разными методами лечения патологии шейки матки на прегравидарном этапе можно отметить снижение частоты преждевременного разрыва плодовых оболочек (с $31,4 \pm 2,8\%$ до $20,0 \pm 2,0\%$); аномалий родовой деятельности (с $13,8 \pm 1,4\%$ до $6,7 \pm 0,7\%$); разрывов шейки матки (с $26,6 \pm 2,6\%$ до $16,7 \pm 1,7\%$), а также стенок влагиалища и промежности (с $7,1 \pm 0,9\%$ до $3,3 \pm 0,3\%$).

Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с патологией шейки матки позволяет снизить уровень рецидивирования во время беременности с $19,0 \pm 2,5\%$ до $3,3 \pm 1,8\%$, а также суммарную частоту акушерских (2,2 раза) и перинатальных осложнений (в 1,9 раза) при одновременной нормализации функционального состояния шейки матки и микробиотоза половых путей.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с патологией шейки матки в анамнезе составляют группу высокого риска относительно развития, в первую очередь, невынашивания беременности. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с патологией шейки матки позволяет снизить уровень рецидивирования во время беременности, а также суммарную частоту акушерских и перинатальных осложнений при одновременной нормализации функционального состояния шейки матки и микробиотоза половых путей.

Оптимізація лікування патології шийки матки на етапі підготовки до гестації – як профілактика невиношування вагітності С.М. Ніколішин

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з патологією шийки матки в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку, в першу чергу, невиношування вагітності. Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з патологією шийки матки дозволяє знизити рівень рецидивування під час вагітності, а також сумарну частоту акушерських і перинатальних ускладнень при одночасній нормалізації функціонального стану шийки матки і мікробіотозу статевих шляхів.

Ключові слова: патологія шийки матки, невиношування профілактика.

Optimisation of treatment of pathology of cervix uterus at preparation stage to gestation – as preventive maintenance of incompetent pregnancy S.N. Nikolishin

Results of the spent researches testify that women with a pathology of uterus cervix in anamnesis make group high risk on development, first of all, incompetent pregnancy. Use of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at women with a pathology of uterus cervix allows to lower level resedive during pregnancy, and also total frequency obstetrical and perinatal complications at simultaneous normalization of functional condition of uterus cervix and microbiosenose of sexual ways.

Key words: pathology of uterus cervix, incompetent pregnancy, preventive maintenance.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волошина Н.Н. Пути повышения эффективности криохирургического лечения фоновых заболеваний шейки матки: дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 / Н.Н. Волошина. – Запорожье, 2009. – 180 с.
2. Воскресенский С.А. Изменение стромы шейки матки при беременности и в родах / С.А. Воскресенский // Здоровоохр. Беларуси. – 2005. – № 8. – С. 39–41.
3. Габорець Ю.Ю. Лікування дисплазії епітелію ШМ, поєднаної з внутрішнім ендометріозом / Ю.Ю. Габорець, Є.В. Коханевич // Репродуктивное здоровье женщины. – 2009. – № 5. – С. 150–152.
4. Ганина К.П. Диагностика предопухольевых и опухолевых процессов шейки матки / К.П. Ганина, Е.В. Коханевич, А.Н. Мельник. – К.: Наукова думка, 2004. – 272 с.
5. Гордеева И.В. Применение светодиодного излучения красного диапазона у больных с эрозией шейки матки / И.В. Гордеева, В.В. Кирьянова, Н.М. Хмельницкая // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – № 3. – С. 166–167.

Дискусійні питання стану фетоплацентарного комплексу після допоміжних репродуктивних технологій

Я.А. Рубан

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

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту розвитку плацентарної дисфункції у жінок, які завагітніли з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшення перинатальних результатів розродження.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, фетоплацентарний комплекс.

Частота безплідних браків в третьому тисячолітті збільшилася до 20% і має тенденцію до подальшого зростання [1, 2]. У зв'язку з цим, сучасні репродуктивні технології дозволяють сьогодні вирішити проблему безпліддя сімейним парам з низькими показниками репродуктивного здоров'я [3, 4]. Проте, невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), збільшення частоти втрат бажаної вагітності призводять до зміни гормонального фону і зниженню імунітету [5, 6]. До того ж, більшість жінок не здатні без кваліфікованої медичної допомоги виносити вагітність і до 40% маткових вагітностей врятувати не вдається [1–6].

Вагітності, що настали в результаті ДРТ, мають вищу частку невиношування, багатоводдя, ризики формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ не можна вважати всі питання повністю вирішеними. У першу чергу це стосується особливостей формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладено комплексне обстеження 100 вагітних після ДРТ та їх новонароджених (основна група). Групу порівняння склали 50 жінок аналогічного віку, в яких вагітність настала природним чином.

Середній вік вагітних в групах після ДРТ склав $29,0 \pm 4,1$ року для жінок і $33,1 \pm 3,3$ – для чоловіків. Тривалий безплідний період призводить до того, що проходить найсприятливіший вік для настання вагітності, і вона настає в пізній репродуктивний період на тлі соматичних і гінекологічних захворювань.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні і ендокринологічні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До настання справжньої вагітності у більшості пацієнток після ДРТ було діагностовано одне або декілька соматичних захворювань. Детальне вивчення екстрагенітальної патології показало, що провідне місце займають захворювання серцево-судинної, травної систем і ендокринна патологія. Так, в групах вагітних після ДРТ переважала нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним типом в 29,0% випадках, а в 9,0% розвивалася гіпертонічна хвороба. У структурі захворювань травного тракту в групі ДРТ достовірно частіше зустрічався хронічний гастрит (21,0%). Також для індукованої вагітності має значення патологія гепатобіліарної системи, у зв'язку з тим, що глобулін, який зв'язує статеві стероїди (ГЗСС), синтезується в печінці. Так, серед захворювань даної системи хронічний холецистит зустрічався у 14,0% пацієнток, а хронічний гепатит – у 2,0%. Разом з наведеним вище заслуговує на увагу високий рівень ендокринної патології з переважанням гіперандрогенії різного генезу (25,0%) і гіпотиреозу (14,0%).

Структурна характеристика порушень генеративної функції, виявлення особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок після ДРТ проводилося в рамках даного дослідження. Середній вік початку менструацій достовірно не відрізнявся в групах після ДРТ і склав $13,1 \pm 0,8$ року ($p > 0,05$), що збігається з середньостатистичними даними. Порушення менструального циклу зустрічалися частіше у пацієнток після ДРТ і виявлялися в вигляді гіперполіменореї 29,0% у жінок основної групи і 18,0% – в групі порівняння ($p < 0,05$), рідше опсо- і олігоменореї, в 16,0% випадків менструальний цикл перевищував 35 днів, в 4% – менше 21 дня ($p < 0,001$).

У структурі гінекологічної патології у пацієнток після ДРТ клінічну значущість придбали доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників (22,0% і 14,0%), лейоміома матки (18,0% і 6,0%), ендометріоз (16,0 і 6,0%). Дані види патологій на етапі передвладарної підготовки піддалися хірургічній корекції. Так, міомектомії проводилися в 18,0%, операції на яєчниках зустрічалися в більш ніж в 30% випадків, у зв'язку з чим, ймовірно можна говорити про зниження фолікулярного запасу в даній категорії пацієнток, посилюючи проблему їх безпліддя, обумовлюючи невдачі ДРТ, а при настанні вагітності підвищуючи ризики формування плацентарної дисфункції. Результатом перенесених запальних процесів (38,0% і 16,0%) і досить високого рівня оперативних втручань на органах малого таза у пацієнток після ДРТ розвився спайковий процес різного ступеня вираженості, який був виявлений при проведенні діагностичних лапароскопій в рамках підготовки до ДРТ. У досліджуваних пацієнток в анамнезі був відзначений синдром втрати плода: вагітності, що не розвивалися, мимовільні викидні, штучні аборти, позаматкові вагітності (50,0% і 8,0%).

Характеризуючи безпліддя в групах після ДРТ було відзначено наступні особливості. Загальна тривалість безпліддя коливалася від 1 до 22 років, у 17,0% пацієнток основної групи перевищувала 10 років. Частота виявлення первинного безпліддя була $58,0 \pm 5,6\%$. Число циклів, які було потрібно для досягнення вагітності від 1 до 7. Вагітність настала з першої спроби ДРТ у 64,0% жінок, а 6–7 циклів було потрібно лише 8,0% пацієнтів. ЕКЗ ІКСІ проводилося 34,0% пар. Перенесення в матку кріоємбріонів здійснене лише у 9,0% пацієнток.

Перебіг гестації при використанні ДРТ мав свої особливості по триместрах. Вже з ранніх термінів вагітності відзначена висока частота акушерських ускладнень. Одним з найбільш грізних з'явився синдром гіперстимуляції яєчників – 12,0%.

Частим ускладненням I триместру була загроза викидня, яку діагностовано у 80,0% спостережень. Серед проявів загрози викидня I триместру достовірно частіше зустрічалися відшарування хоріону, кров'яні виділення із статевих шляхів, больовий синдром. Звертає на себе увагу висока частота стійкої, рецидивуючої впродовж всієї вагітності загрози переривання (30,0%), тоді як серед пацієнок групи порівняння вона була зафіксована лише у 6,9% жінок. Великий відсоток загрози викидня, стійкість і персистенція його симптомів у поєднанні з великою кількістю ретрохоріальних гематом після ДРТ могло стати предиктором розвитку первинної плацентарної дисфункції. Справжня вагітність ускладнилася раннім токсикозом різного ступеня тяжкості у 8,0% вагітних групи порівняння і у 25,0% вагітних основної групи ($p < 0,001$). Важкий ступінь раннього токсикозу було діагностовано лише у 5,0% пацієнок основної групи. Ранні репродуктивні втрати в контрольній групі склали 6,0% випадків, в основній – 16,0% ($p < 0,001$). Усі репродуктивні втрати в контрольній групі і в 13,0% – у групі порівняння виявилися у вигляді вагітності, що не розвивається, що може бути обумовлене «матковим чинником», який представлений гіпоплазією і «незрілістю» ендометрія, порушенням гемодинаміки в судинному руслі матки або неповноцінністю сперми.

У II триместрі вагітності структура акушерських ускладнень дещо змінилася. Було відзначено зниження частоти загрози викидня в контрольній групі до 10,0% і 75,0% – в основній групі порівняно з I триместром, проте показники все ще були високі. Ранній початок прееклампсії було діагностовано у 18,0% вагітних з комбінованою гормональною терапією, виражене в основному патологічною надбавкою маси тіла. Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, тривале безпліддя, початкова виснаженість яєчників, високе гормональне навантаження, гестоз, стійка, рецидивуюча загроза переривання вагітності у пацієнок після ДРТ були причинами розвитку плацентарної дисфункції вже з II триместру в 30,0% в основній групі і, як наслідок, формуванням синдрому затримки розвитку плода (18,0%). Не дивлячись на ускладнений перебіг II триместру вагітності, частота репродуктивних втрат складала в основній групі 6,0% за рахунок прогресуючого відшарування нормально- і низькорозташованої плаценти.

Найбільш важливим з ускладнень III триместру вагітності була плацентарна дисфункція (ПД), яка мала статистично достовірні відмінності і складала 62,0% в основній групі. Це може бути обумовлено тим, що розвиток індукованої вагітності в умовах первинної ПД, призводить до порушення відтоку крові з плаценти, недостатньому вступу крові в міжворсинчасті простори в результаті периферичного спазму, ендотеліозу і тромбозу судин. Клінічними проявами ПД була затримка зростання плода (27,0%) і дистрес плода (24,0%). Прееклампсія легкого і середнього ступеня тяжкості розвинулася в 49,0% в основній групі. Крім того, в III триместрі в цій же групі спостерігалася патологія кількості навколоплідних вод, так маловоддя зафіксоване в 18,0%, а багатоводдя у 10,0% пацієнок.

Дані інструментального дослідження фетоплацентарного комплексу підтвердили порушення в системі мати–плацента–плід при вагітності, що настала після ДРТ, в умовах відсутності диференційованого алгоритму лікування і профілактики первинної ПД.

Так, порушення кровообігу спостерігалася в зміні індексів кровотоку в судинах плода і маткових артеріях. За даними доплерометричного дослідження порушен-

ня матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку в 22–24 тиж за-реєстровано у 14,0% пацієнок основної групи. В 32–34 тиж – вже в 25,0%. За даними КТГ ознаки дистресу плода (кількість балів менше 8) зафіксовані в 25,0% вагітних основної групи.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу частоту розвитку плацентарної дисфункції у жінок, які завагітніли з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з метою поліпшенню перинатальних результатів розродження.

Дискуссионные вопросы состояния фетоплацентарного комплекса после вспомогательных репродуктивных технологий

Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой частоте развития плацентарной дисфункции у женщин, которые забеременели с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, фетоплацентарный комплекс.

Debatable questions of condition fetoplacental complex after auxiliary reproductive technologies

J.A. Ruban

Results of the spent researches testifies to high frequency of development of placental dysfunction at women, which gestation with use of auxiliary reproductive technologies. The received results testify to necessity of working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions on purpose to improvement perinatal outcomes of delivery.

Key words: auxiliary reproductive technologies, fetoplacental complex.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2005. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2007. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.
5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 2. – С. 34–37.
6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н. А. Данкович // Сімейна медицина. – 2005. – № 1. – С. 10–13.

Влияние избыточной массы тела на преждевременное прерывание беременности в ранние сроки

С.Г. Русалкина

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

Результаты проведенных исследований показали, что научная задача невынашивания беременности у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом является достаточно актуальной проблемой, для решения которой необходимо использовать полученные нами результаты. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения частоты невынашивания у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом.

Ключевые слова: избыточная масса тела, метаболический синдром, невынашивание.

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 эндокринной системы, в том числе и метаболический синдром [3, 4]. Известно, что изменения метаболизма оказывают негативное влияние на функцию центральной нервной системы (ЦНС), а также вызывают нарушения механизмов регуляции и функции на уровне ЦНС, гипоталамуса, гипофиза и периферических регуляторных механизмов [1]. В структуре всей соматической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста метаболический синдром составляет 20–25%.

Несмотря на значительное число научных сообщений в отечественной и зарубежной литературе по проблеме невынашивания и дисметаболических нарушений у беременных, нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мне-

нию, в первую очередь это касается невынашивания в этой группе больных, 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 избыточной массой тела.

Цель исследования: изучение особенностей и невынашивания у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом на основе изучения клинико-эндокринологических, функциональных и биохимических особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинико-функциональное и лабораторное обследование было проведено у 50 женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом и невынашиванием беременности в анамнезе.

Все пациентки с метаболическим синдромом наблюдались совместно с врачом-эндокринологом.

Контрольную группу составили 50 первородящих без акушерской и соматической патологии.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота повторного невынашивания беременности у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом 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 избыточной массой тела и метаболического синдрома характеризуется высокой частотой плацентарной дисфункции (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 избыточной массой тела и метаболического синдрома характеризуются значительным уровнем асфиксии новорожденных (29,3%); респираторного дистресс-синдрома (24,4%) и интраамниального инфицирования (14,6%).

При анализе дополнительных методов исследования нами были отмечены дисгормональные изменения (достоверное снижение содержания эстриола, прогестерона, хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена при одновременном повышении уровня кортизола); нарушения системного иммунитета (достоверное снижение содержания СД3+ и СД4+ при одновременном увеличении уровня СД8+ и СД16+); изменения липидного обмена (достоверное увеличение содержания общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов высокой плотности при одновременном увеличении уровня липопротеидов низкой плотности) и гиперкоагуляция.

Выводы

Результаты проведенных исследований показали, что научная задача невынашивания беременности у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом является достаточно актуальной, для решения которой не обходимо использовать полученные нами результаты. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения частоты невынашивания у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом.

Вплив надлишкової маси тіла на передчасне переривання вагітності в ранні терміни С.Г. Русалкіна

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання невиношування вагітності у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом є досить актуальною проблемою, для вирішення якої необхідно використовувати отримані нами результати. Все вищевикладене свідчить про необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів з метою зниження частоти невиношування у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом.

Ключові слова: надлишкова маса тіла, метаболічний синдром, невиношування.

Influence of superfluous weight of body on premature interruption of pregnancy in early terms S.G. Rusalkina

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem non-prolongation pregnancy at women with superfluous weight of body and metabolic syndrome is enough actual for which decision it is necessary to use the results received by us. All above-stated testifies to necessity of working out of a complex medical-preventive actions for the purpose of frequency decrease non-prolongation at women with superfluous weight of body and metabolic syndrome.

Key words: *superfluous weight of body, metabolic syndrome, non-prolongation.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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.

Плацентарна дисфункція у жінок із хронічною патологією печінки на тлі глистових інвазій в анамнезі

М.І. Соколова

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

Як показали результати проведених досліджень, використання розробленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє попередити порушення з боку мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника; нормалізувати стан гомеостазу, а також поліпшити функціональний стан печінки і фетоплацентарного комплексу. В сукупності це дозволяє істотно понизити рівень акушерських і перинатальних ускладнень і результати розродження жінок групи високої ризику.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, хронічна патологія печінки, корекція, глистові інвазії.

В даний час – плацентарна дисфункція є однією з основних проблем сучасного акушерства, оскільки частота даної патології зростає з року в рік, а істотні лікувально-профілактичні методики не завжди ефективні [1–4]. Серед різних причин такої негативної тенденції є високий рівень екстрагенітальної патології, що є однією з основних причин материнських і перинатальних втрат на сучасному етапі [1–4]. Зростання соматичної захворюваності за останнє десятиліття пов'язують з погіршенням економічного стану основної частини населення, зміни екологічної ситуації в країні, змінами якості харчування і ін. [1–4].

У структурі соматичної захворюваності протягом останнього десятиліття серед жінок репродуктивного віку, в тому числі і під час вагітності і на фоні перенесення глистових інвазій відбувається істотне зростання захворювань печінки [1–4], що зумовлене цілим комплексом медичних і соціальних проблем. Не викликає сумнівів той факт, що патологія органів травлення впливає на клінічний перебіг вагітності і пологів, а також на перинатальні результати розродження. Серед основних моментів такої негативної тенденції виділяють порушення функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів, а також білкового, ліпідного і вуглеводного обміну, що в сукупності призводить до порушень в системі мати–плацента–плід і розвитку перинатальної патології [1–4].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій в цьому напрямі, не можна вважати всі наукові завдання повністю вирішеними. На нашу думку, одним з основних наукових завдань є зв'язок між клінічним перебігом захворювань печінки на фоні перенесення глистових інвазій під час вагітності і розвитком плацентарної дисфункції, а також розробленні адекватних методів її корекції. Нечисленні

публікації в цьому напрямку є суперечливими і носять фрагментарний характер. Все це свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

Мета роботи: зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з хронічною патологією печінки на фоні перенесення глистових інвазій на основі вивчення клінічного перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, біохімічних особливостей і мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника, а також удосконалення методики корекції плацентарної дисфункції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 пацієнток, яких було розподілено на три групи. Так, контрольну (основну) групу склали 50 акушерські і соматично здорових первородящих, розроджених через природні пологові шляхи. У 1-у групу було також включено 50 пацієнток з хронічною патологією печінки на фоні перенесених глистових інвазій, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи; 2-у групу склали 50 жінок з аналогічною соматичною патологією, що отримували пропоновані лікувально-профілактичні заходи.

Загальноприйняте лікування призначалося спонтанно, при появі у вагітних скарг і включало дієту, призначення спазмолітичних жовчогінних засобів, також лікування глистових інвазій. Дозування і терміни вживання лікарських препаратів підбирали у відповідності із загальноприйнятими рекомендаціями.

Пропоновані нами лікувально-профілактичні заходи проводили в наступні терміни вагітності: 20–22 тиж, 30–32 тиж і 36–37 тиж і включали препарати гепабене або хофітол, а також місцеве використання 0,01% мірамистину (свчки і мазь вагінально і ректально).

Дозування препаратів підбиралися індивідуально під контролем клінічних, лабораторних і функціональних методів досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з хронічною патологією печінки на фоні перенесення глистових інвазій клінічний перебіг вагітності характеризується високою частотою гестаційної анемії (58,0%); плацентарної дисфункції (44,0%); прееклампсії (32,0%); бактеріального вагінозу (22,0%) і загострень основної соматичної патології (12,0%). Плацентарна дисфункція розвивається частіше всього в 20–28 (46,5%) і 29–33 тиж вагітності (27,9%).

Розродження жінок з хронічною патологією печінки на фоні перенесення глистових інвазій характеризується високим рівнем передчасного розриву плодових оболонок (32,0%); аномалій пологової діяльності (12,0%); гострого дистресу плода (18,0%); кровотеч в послідовий і ранній післяпологовий періоди (14,0%). Частота передчасних пологів складає 8,0%, а рівень кесаревих розтинів – 20,0%.

Перинатальні результати розродження у жінок з патологією печінки на фоні перенесення глистових інвазій характеризуються значним рівнем плодових втрат (40,0%) за рахунок високої частоти асфіксії середнього (10,0%) і важкого ступеня (6,0%) і інтраамніального інфікування (10,0%). Клінічний перебіг раннього неона-

тального періоду ускладнюється постгіпоксичною енцефалопатією (18,0%); гнійно-запальними захворюваннями (10,0%) і гіпербілірубінемією (10,0%).

У жінок з патологією печінки на фоні перенесення глистових інвазій плацентографічні зміни виникають лише перед пологами, що підтверджується високою частотою гіперехогенних включень (46,0%); гіпо- (24,0%) і гіпертрофією (20,0%), а також набряком плаценти (10,0%). Динаміка проведених фетометричних досліджень свідчить про достовірне зниження перед розродженням всіх розмірів голівки плода: біпаріетального; лобово-потиличного; периметра і площі голівки, а також про зменшення довжини стегнової і плечової кісток, що вказує на розвиток асиметричного варіанту затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

Стан ендокринологічного статусу у жінок з патологією печінки на фоні перенесених глистових інвазій характеризується з 29-30 тиж. достовірним зниженням вмісту естріолу і хоріонічного гонадотропіну, а напередодні розродження відбувається зниження рівня Прогестерону; плацентарного лактогену і пролактину на тлі одночасного збільшення вмісту кортизолу.

Для стану мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з патологією печінки на фоні перенесених глистових інвазій характерний впродовж всієї вагітності зниження числа лактобацил, біфідобактерій, молочнокислих стрептококів за рахунок збільшення рівня і абсолютної кількості ешерихій, клебсієл, ентеробактерій, грибів роду *Candida*, епідермального і золотистого стафілокока, уреплазм і хламідій.

Використання пропонованої корекції плацентарної дисфункції у жінок з патологією печінки на фоні перенесених глистових інвазій дозволяє знизити частоту гестаційної анемії в 1,9 разу; плацентарної дисфункції – у 1,6 разу; прееклампсії – у 1,8 разу; бактеріального вагінозу – у 2,2 разу і загострень основної соматичної захворюваності – у 2,2 разу. Це призвело до зменшення рівня передчасного розриву плодових оболонок – у 2,3 разу; гострого дистресу плода – у 2,3 разу; аномалій пологової діяльності – у 3,0 разу; акушерських кровотеч – у 2,3 разу; передчасних пологів – у 2,0 разу; кесарських розтинів – у 2,0 разу; середньо-важких форм асфіксії новонароджених – у 2,7 разу; постгіпоксичної енцефалопатії – у 3 рази і перинатальних втрат – у 2 рази.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, використання розробленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє попередити порушення з боку мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника; нормалізувати стан гомеостазу, а також функціональний стан печінки і фетоплацентарного комплексу. В сукупності це дозволяє істотно знизити рівень акушерських і перинатальних ускладнень і результати розродження жінок групи високого ризику.

Плацентарная дисфункция у женщин с хронической патологией печени на фоне глистных инвазий в анамнезе М.И. Соколова

Как показали результаты проведенных исследований, использование разработанного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий позволяет предупредить нарушения со

стороны микробиоценоза половых путей и кишечника; нормализовать состояние гомеостаза, а также улучшить функциональное состояние печени и фетоплацентарного комплекса. В совокупности это позволяет существенно снизить уровень акушерских и перинатальных осложнений и результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, хроническая патология печени, коррекция, глистные инвазии.

Placental dysfunction at women with a chronic pathology of a liver against helminthic invasion in the anamnesis

M.I. Sokolova

As have shown results of the lead researches, use of the developed algorithm of medical-preventive actions allows to warn infringements from the party microbiocenose sexual ways and intestines; to normalize a condition of a homeostasis, and also to improve a functional condition of a liver and fetoplacental complex. In aggregate it allows to lower essentially a level obstetrical and perinatal complications and results deliveries women of group of high risk.

Key words: placental dysfunction, a chronic pathology of a liver, correction, helminthic invasion.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Логинов А.С. Передовые рубежи гепатологии // Терапевтический архив. – 2012. – № 2. – С. 3–6.
2. Хазанов А.И. К вопросу о клиническом значении функциональных проб печени // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2011. – № 5. – С. 29–34.
3. Хазанов А.И. Функциональная диагностика болезней печени на фоне глистных инвазий. – М.: Мед., 2008. – С. 264–270.
4. Burroughs A.K. Pregnancy and liver disease // Forum (Genova). – 2009. – Jan-Feb. – Vol. 8, № 1. – P. 42–58.

УДК 618.177–07–08:616–432

Беременность и роды и женщин с гиперпролактинемией в анамнезе

А.А. Трушкевич, А.А. Степур

Крымский государственный медицинский университет
имени С.И. Георгиевского

Как показали результаты проведенных исследований, пациентки с синдромом гиперпролактинемии в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии. Использование разработанной методики ведения беременности и тактики родоразрешения таких пациенток позволяет улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, роды, осложнения.

В настоящее время среди различных нейроэндокринных нарушений, встречающихся у беременных, большое научное и практическое значение имеет синдром гиперпролактинемии, частота которого составляет до 0,5% [2]. Согласно данным современной литературы [1–4] у 19% пациенток с бесплодием наблюдается повышенный уровень пролактина (ПРЛ), а среди больных с аменореей гиперпролактинемия имеет место в 25% случаев.

Современные технологии и новые лекарственные препараты позволяют успешно лечить синдром гиперпролактинемии, в том числе и одно из основных его проявлений – первичное и вторичное бесплодие. В результате применения различных агонистов дофамина (ДА) у большинства женщин с нарушенной репродуктивной функцией происходит восстановление овуляторного менструального цикла и возникновение беременности, при этом частота возобновления овуляции существенно выше при использовании дофаминетиков последних поколений [2, 3]. Высокая эффективность современных пролактинингибирующих препаратов, по-видимому, сопровождается и более высокой частотой наступления беременности у больных с синдромом гиперпролактинемии, но данные литературы по этому вопросу крайне малочисленны. Это свидетельствует об актуальности проблемы по изучению течения гестационного процесса и родов у пациенток с гиперпролактинемией в анамнезе.

Цель исследования: изучение влияния исходной гиперпролактинемии на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с основной целью было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование по изучению течения беременности, родов, раннего послеродового периода, состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде у 62 больных репродуктивного возраста с синдромом гиперпролактинемии, которые были разделены на 2 основные группы:

1-я группа – 33 женщины с гиперпролактинемией, обусловленной наличием пролактиномы гипофиза;

2-я группа – 29 женщин с идиопатической формой заболевания.

Группу сравнения составили 20 здоровых беременных с нормальным содержанием ПРЛ в сыворотке крови (содержание гормона определяли до возникновения беременности).

В комплекс проведенных исследований были включены общеклинические, эндокринологические, эхографические, рентгенологические, морфологические и статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с гиперпролактинемией в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию невынашивания в ранние сроки (16,1%), причем генез гиперпролактинемии имеет важное значение в частоте самопроизвольного прерывания беременности в ранние сроки: при пролактиномах – 24,2% и при идиопатическом варианте – 6,9%.

Во II и III триместрах беременности у женщин с гиперпролактинемией в анамнезе основным осложнением является плацентарная недостаточность (76,2%), которая характеризуется изменением уровня гормонов фетоплацентарного комплекса (ХГ, ПЛ, прогестерона, эстриола), плацентарных белков (ТБГ, АМГФ, ПАМГ-1), а также нарушением периферического сопротивления в аорте и средней мозговой артерии плода. На частоту плацентарной недостаточности генез гиперпролактинемии влияния не оказывает.

Родоразрешение женщин с гиперпролактинемией в анамнезе осложняется чаще всего преждевременным разрывом плодных оболочек (47,4%); различными аномалиями родовой деятельности (36,8%) и асфиксией новорожденных различной степени (47,0%).

Операция кесарева сечения при доношенной беременности была произведена у 16 больных основных групп, из них 9 страдали гиперпролактинемией опухолевого генеза, 7 – неопухолевого происхождения. Все женщины 1-й основной группы были первородящими, во 2-й группе роды были повторными у 1 пациентки. Тазовое предлежание плода имело место у 2 беременных (с идиопатической формой гиперпролактинемии), а у остальных пациенток было головное предлежание плода. Всего при доношенной беременности было произведено 13 плановых абдоминальных родоразрешений и 3 – экстренных.

Плановая операция кесарева сечения при доношенной беременности была проведена у 7 женщин с пролактинсекретирующими аденомами гипофиза. Показаниями явились:

- экстрагенитальная патология (миопия высокой степени) – у 1 пациентки;
- снижение генеративной функции в анамнезе – у 5;
- возраст первородящих старше 30 лет – у 4;
- осложненное течение данной беременности – у 4;
- синдром внутриутробной задержки плода – у 2;
- хроническая внутриутробная гипоксия плода – у 3.

Плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения было произведено у 6 пациенток 2-й группы. Показаниями к операции были:

- миопия высокой степени – у 1 пациентки;
- несостоятельный рубец на матке после предыдущей операции кесарева сечения – у 1;

- множественная миома матки – у 1;

- поперечно-суженный таз – у 1;

- снижение генеративной функции в анамнезе – у 4;

- возраст первородящей старше 30 лет – у 3;

- осложненное течение данной беременности – у 3;

- тазовое предлежание плода – у 2;

- синдром внутриутробной задержки плода – у 2;

- хроническая внутриутробная гипоксия плода – у 2;

- прогрессирующая преэклампсия – у 1.

Большой научный и практический интерес представляет оценка перинатальных исходов у больных с гиперпролактинемией в анамнезе.

В течение 7 дней после родов было изучено состояние здоровья детей, родившихся от матерей с синдромом гиперпролактинемии. Всего родился 51 ребенок (девочек – 25 и мальчиков – 26). Перинатальная смертность отсутствовала.

В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8–10 баллов) родилось 27 (52,9%) детей основных групп. Легкая степень асфиксии (оценка по шкале Апгар 6–7 баллов) была диагностирована у 17 (33,3%) и асфиксия средней степени тяжести (4–5 баллов) имела место у 7 (13,7%) детей. Различия частоты и степени асфиксии у детей от матерей основных групп оказались статистически недостоверными ($p > 0,05$).

Максимальная величина транзитной потери первоначальной массы тела у детей, родившихся от матерей с гиперпролактинемией в анамнезе составляла не более 7%. Физиологическая желтуха была диагностирована у 17 (33,3%) детей, а выраженных пороков развития не обнаружено.

Патоморфологическое изучение последов у пациенток с гиперпролактинемией различного генеза подтверждает наличие хронической плацентарной недостаточности в 76,2% наблюдений, а наиболее характерными изменениями являются: снижение активности синцитиотрофобласта ворсин, относительно частое выявление псевдоинфарктов, увеличение объема кальцификатов на фоне недостаточных компенсаторных реакций (снижение числа специализированных терминальных ворсин).

Результаты клинических и инструментальных методов исследования свидетельствуют об отсутствии роста микропролактиномы в процессе гестации и в послеродовом периоде (у 70,8% больных средние размеры аденомы не изменились, а у 29,2% уменьшились по сравнению с размерами опухоли до беременности).

На основании полученных результатов можно рекомендовать для практического здравоохранения следующие моменты:

- у больных с гиперпролактинемией различного генеза для индукции овуляции могут быть использованы фармакологические препараты группы агонистов дофамина, которые необходимо использовать под контролем содержания ПРЛ, а при наступлении беременности их следует отменить.

- ведение беременности у пациенток с гиперпролактинемией различного генеза необходимо проводить с профилактическим применением гестагенов (дюфастон, утрожестан) в ранние сроки, а в дальнейшем – проводить профилактику плацентарной недостаточности с использованием метаболической терапии (актовегин, АТФ-лонг, кртал и др.) под контролем современных методов пренатальной диагностики.

- роды у больных с гиперпролактинемией в анамнезе следует проводить через есте-

ственные родовые пути с учетом возможности возникновения аномалий родовой деятельности, а наличие аденомы гипофиза не является самостоятельным показанием к кесареву сечению.

- после родоразрешения наличие синдрома гиперпролактинемии, независимо от генеза, не является показанием для подавления лактации. Эти больные должны находиться под систематическим наблюдением гинеколога и эндокринолога с обязательным проведением контрольной МРТ и определением уровня ПРЛ в сыворотке крови.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, пациентки с синдромом гиперпролактинемии в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии. Использование разработанной методики ведения беременности и тактики родоразрешения таких пациенток позволяет улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

Вагітність і пологи і жінок з гіперпролактинемією в анамнезі

О.О. Трушкевич, А.А. Степур

Як показали результати проведених досліджень, пацієнтки з синдромом гіперпролактинемії в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології. Використання розробленої методики ведення вагітності і тактики розродження таких пацієнток дозволяє поліпшити акушерські і перинатальні результати розродження.

Ключові слова: гіперпролактинемія, пологи, ускладнення.

Pregnancy and childbirth and women with hyperprolactinaemia in anamnesis A.A. Trushkevich, A.A. Stepur

As have shown results of the lead researches, patients with a syndrome hyperprolactinaemia in the anamnesis make group of high risk on development obstetrical and perinatal pathologies. Use of the developed technique of conducting pregnancy and tactics deliveries such patients allows to improve obstetrical and perinatal outcomes deliveries.

Key words: hyperprolactinaemia, labor, complications.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добротина А.Ф., Егорова Н.А., Струкова В.И. Беременность и роды у женщин с нейроэндокринно-обменными заболеваниями. – Н. Новгород: НГМА, 2010. – 52 с.
2. Корнеева И.Е., Овсянникова Т.В., Пшеничникова Т.Я. Клинико-диагностические параметры и отдаленные результаты лечения бесплодия при гиперпролактинемии // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 10. – С. 46–50.
3. Овсянникова Т.В., Уколова Л.А., Осенин А.А. Эндокринное бесплодие и здоровье потомства // Бесплодный брак: сб. научн. тр. – М., 2008. – С. 147–153.
4. Фадеева Н.И., Яворская С.Д., Рудакова Е.А. Факторы риска репродуктивных потерь и их коррекция у женщин с бесплодием, обусловленным гиперпролактинемией // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 2. – С. 69–71.

УДК 618.36-06

Особенности плацентарной дисфункции при аномальной плацентации

В.И. Бойко, С.А. Ткаченко

Медицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

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 наличии патологии (при этом степень и частота находятся в прямой зависимости от расположения плаценты). 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, плацентарная дисфункция.

Одной из основных проблем современного акушерства является разработка эффективных мероприятий профилактики материнской и перинатальной смертности. Среди причин, которые влияют на повышение этих интегральных показателей, следует отметить аномальное расположение плаценты (АРП), то есть 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 пролонгации беременности при кровотечениях, которые возникают в результате АРП [3]. В перинатологии данная проблема представляет интерес из позиций задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности [1, 2]. Однако много вопросов этиологии, патогенеза, хода беременности и родов, состояния плода и новорожденных при АРП остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

Цель исследования: изучить функциональные особенности фетоплацентарного комплекса при аномальной плацентации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно наблюдались 148 женщин (основная группа) с аномальным расположением плаценты (АРП). Низкая плацентация обнаружена при ультразвуково-

вом исследовании (УЗД) в сроке 14–16 нед беременности. 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 осуществляли 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.

Были выделены 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 ниже 5 см от внутреннего зева).

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

Возраст беременных основной и контрольной группы колебался 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 оценивали по данным, полученным при биохимическом скрининге, эхографическом, доплерографическом и кардиотокографическом исследованиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка степени созревания плаценты по данным УЗД показала, что для АРП характерно запоздалое созревание плаценты (ЗДП), обнаруженное у 73 (49,3%) беременных; преждевременное созревание плаценты (ПДП) – у 18 (12,2%) пациенток, своевременное – в 57 (38,5%). Достоверно чаще ЗДП и ПДП наблюдали у женщин с низкой плацентацией, соответственно 67,3% и 16,4% ($p < 0,01$). У пациенток с предлежанием ЗДП – у 41,4% наблюдений, ПДП – у 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/запоздалом созревании плаценты и достоверно чаще ($p < 0,01$) наблюдалось при низкой локализации с ЗДП (21,8%). При гормональной дисфункции существует тенденция к снижению величин фетометрии (по сравнению с физиологией). Достоверное уменьшение средних величин фетометрических показателей зарегистрировано у беременных с гиподисфункцией ФПК. Это подтверждает предположение о том, что

гормональная гиподисфункция 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 наблюдались ЗДП (49,3%) и ПДП (12,2%), были проанализированы в динамике гестационного периода плаценты с нарушением процесса созревания.

При плацентометрии во время эхографического исследования проводили измерение центральной части плаценты. Данные исследования показали, что при 26–28 нед 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 отмечается отставание толщины плаценты, как в абсолютных значениях, так и в темпах прироста ее толщины.

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

Так, у всех женщин с аномалиями плацентации и ЗДП выявляется 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 происходит 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 скачкообразность 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, затем он неравномерен. Толщина плаценты при миграции в 36–40 нед беременности достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при нормальной ее локализации.

Следовательно, по данным функциональной оценки ФПК на фоне АРП обнаружена большая частота ЗДП, 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.

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

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

Следовательно, для предлежания плаценты характерны особенности со стороны РАП, NST, ДРП, СЗП. При низком расположении плаценты NST изменен у 50 (90,9%) беременных, ДРП – у 43 (78,2%), РАП – у 45 (81,8%), ТП – у 28 (50,9%), СЗП – 38 (69,1%), ОНВ – у 27 (49,1%). Характерны особенности показателей NST, РАП, ДРП, СЗП. При миграции плаценты изменены следующие показатели шкалы: NST – у 29 (45,4%), ДРП – у 33 (51,6%), РАП – у 26 (40,7%), ТП – у 9 (14,1%), СЗП – у 24 (37,5%), ОНВ – у 18 (28,1%) женщин. Характерны изменения показателей NST, ДРП, РАП, СЗП. В контрольной группе обнаружено изменение показателей NST – у 25 (41,7%) пациенток, ДРП – у 8 (13,3%), РАП – у 10 (16,7%), ТП – у 8 (13,3%), СЗП – у 17 (28,3%), ОНВ – 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 предлежание 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, у 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 отмечено у 22 (14,9%) пациенток. Гипоксия плода (<5 баллов) отмечена в 5 (3,4%) случаях 2-й подгруппы. Средний балл БФП контрольной группы составил $10,7 \pm 0,7$, а самая низкая оценка ($p < 0,001$) среднего балла обнаружена во 2-й 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. Проведен анализ показателей КТГ за шкалой Fischer. Отмечено, что по характеру частоты и тяжести изменений, изучаемые параметры у беременных основной группы распределились в следующем порядке (от меньшего к большему): базальная ЧСС, частота осцилляций, амплитуда осцилляций, акцелерации и децелерации.

При АРП базальная частота имела отклонение от нормальных ($p < 0,001$) в 35 (23,6%) наблюдений; 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 2-й 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 зафиксированная 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 2-й подгруппы. Средний балл БФП контрольной группы составил $10,7 \pm 0,7$, а самая низкая оценка ($p < 0,001$) среднего балла обнаружена во 2-й 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 плодово-диастолического 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 подлежащему хранению 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±3,2%) женщин основной группы (IA ст. ПД); нарушение ППК при сохраненном МПК – у 32 (35,2±1,9%) пациенток (IB ст. ПД). Нарушение МПК и ППК (достигающих критической стадии) при сохранении положительно направленного компонента диастолы определялись у 7 (7,7±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±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 оценки кровотока ФПК выполнена в зависимости от положения плаценты в матке и показателей кровотока у женщин контрольной группы в течении 26–38 нед беременности.

Так, начиная с 26 нед беременности выявляется 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 ($p < 0,001$).

Выявлено 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 сосудистой резистентности, что 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 в значительно большей степени отличались от нормальных значений, и более частое нарушение кровотока подтверждалось всеми показателями. Данная особенность свидетельствует о более выраженных патологических процессах в маточно-плацентарно-плодовому кровотоку 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 УЗД 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 сочетанном повреждении ФПК с развитием ПД, связанных с гемодинамическими нарушениями на уровне МПК и ППК.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушении в кровотоке матки, плаценты и плода при АРП. Эти изменения свидетельствуют о наличии ПД разной 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, зависимое, 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 кровотока опережала данные УЗИ и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особенности плацентарной дисфункции при аномальной плацентации

В.І. Бойко, С.А. Ткаченко

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушениях в кровотоке матки, плаценты и плода при АРП. Эти изменения свидетельствуют о наличии ПД различного уровня выраженности при данной патологии, при этом степень и частота находятся в прямой зависимости от расположения плаценты. Матью, причиной развития ПД является снижение МПК, в свою очередь, от нарушений ППК при аномалиях плацентации. Наиболее частыми нарушениями гемодинамики и ЗРП плода являются при низком ее расположении. Восстановленный патологический вариант соотносится с параметрами плацентометрии – в каждом третьем случае диагноза ПД по скорости кровотока опережала данные УЗИ и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномальная плацентация, плацентарная дисфункция.

Features of placental dysfunction at abnormal placentation

V.I. Boyko, S.A. Tkachenko

Results of 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 placentometry – 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, placental dysfunction.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2011. – № 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, 2010. – С. 59–62.

УДК 618.3/7-06-071.1:616.43-008.61:612.616.31

Гиперандрогения – как фактор риска перинатальной патологии

З.А. Турлинова

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

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

Ключевые слова: перинатология, осложнения, профилактика, гиперандрогения.

Аntenатальная охрана плода – одна из наиболее актуальных задач перинатологии, которая тесно связана со снижением перинатальной смертности и заболеваемости в группах высокого риска [1–3]. В современных условиях среди факторов, приводящих к перинатальной патологии и антенатальной гибели плода, возрастает роль эндокринопатий различного генеза, в том числе и гиперандрогении [1–3].

Основным этиологическим фактором развития гиперандрогении является генетически обусловленная, связанная с системой HLA, неполноценность ферментативных систем в коре надпочечников и/или яичников; либо их одновременное нарушение, обусловленное единством эмбрионального происхождения (из единого зачатка целомического мезотелия) [3]. В результате наблюдается снижение уровня нормальных продуктов стероидогенеза (в первую очередь кортизола) и увеличение продукции андрогенов.

Гиперандрогения при беременности рассматривается как потенциальный фактор риска развития перинатальных осложнений, приводящий к нарушению взаимоотношений в системе мать–плацента–плод [1–3]. Избыточное количество андрогенов во время беременности ведет к стазу и склеротическим изменениями в русле микроциркуляции, повышается ломкость сосудов миометрия и плаценты, что неблагоприятно отражается на состоянии маточно-плацентарного кровотока и приводит к нарушению функционирования фетоплацентарной системы, развитию плацентарной недостаточности и внутриутробному страданию плода [2].

Несмотря на значительное число научных публикаций, посвященных проблеме акушерских и перинатальных осложнений, нельзя считать все вопросы полностью решенными. Одной из таких научных задач является снижение частоты невынашивания у женщин с гиперандрогенией.

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии у женщин с гиперандрогенией на основе изучения особенностей гормонального статуса и синтеза плацентарных белков, функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также разработки и внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи исследование было проведено в два этапа. На первом этапе изучали особенности преморбидного фона, течения беременности, родов и состояние новорожденных у 50 женщин с гиперандрогенией в анамнезе, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия – I группа. Для сравнения использовали аналогичные данные у 50 акушерски и соматически здоровых женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути – контрольная группа. На втором этапе была проведена клиничко-лабораторная оценка эффективности разработанных лечебно-профилактических мероприятий у 50 женщин с гиперандрогенией в анамнезе – II группа.

Общепринятое ведение беременности и родов у женщин I группы включало в себя использование гормональной коррекции (глюкокортикоиды и гестагены), витаминотерапию (витамины С, Е, Р); антиоксиданты, спазмолитики и антиагреганты. При наличии истмико-цервикальной недостаточности накладывался циркулярный шов на шейку матки в сроки от 16–18 до 22–24 нед беременности [3].

Отличительной особенностью предлагаемой методики является дополнительное использование помимо вышеперечисленных моментов препаратов крал и гинипрал.

При выборе метода родоразрешения особое внимание уделяли возрасту пациенток, их анамнезу (наличие бесплодия, мертворождений), состоянию плода и готовности родовых путей. Программированные роды проводились только при хорошей готовности родовых путей и удовлетворительном состоянии плода по показателям функциональной диагностики. Обязательным моментом является предварительная амниотомия и динамическое кардиомониторное наблюдение. Наиболее адекватным методом обезболивания родов у женщин с гиперандрогенией в анамнезе является перидуральная анестезия, которая позволяет не только снять болевые ощущения, связанные с сокращениями матки, и, тем самым, ликвидировать родовой стресс, но и вследствие блокады симпатических нервных волокон улучшить региональный кровоток в органах малого таза и матке, нормализовать маточно-плацентарное кровообращение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности у женщин с гиперандрогенией сопровождается в I половине беременности высокой частотой угрозы прерывания беременности (40,0%) и истмико-цервикальной недостаточностью (18,0%). После 20 нед беременности необходимо отметить значительный уровень гестационной анемии (52,0%); плацентарной дисфункции (44,0%); угрозы преждевременных родов (30,0%) и преэклампсии (28,0%).

Частота преждевременных родов у женщин с гиперандрогенией составляет 20,0%, а среди основных причин чаще других встречается преждевременный разрыв плодных оболочек (60,0%), причем у всех этих пациенток была произведена хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности; в 30,0% наблюдений имеет место повышенная сократительная активность матки и только в 10,0% – досрочное родоразрешение в связи с ухудшением состояния плода на фоне дистресса.

При родоразрешении женщин с гиперандрогенией имеет место высокая частота кесарева сечения (30,0%), а в структуре показаний преобладают дистресс плода (33,3%) и неэффективное лечение аномалий родовой деятельности (33,3%); в остальных случаях встречается тазовое предлежание крупного плода (20,0%) и клинически узкий таз (13,3%).

Перинатальные исходы родоразрешения женщин с гиперандрогенией характеризуются высокой частотой задержки внутриутробного развития (26,0%); асфиксии новорожденных (18,0%) и внутриутробного инфицирования (10,0%). В ранний неонатальный период основной патологией является синдром дыхательных расстройств (20,0%), что обусловлено недоношенностью, а также постгипоксическая энцефалопатия (16,0%). Суммарные перинатальные потери составляют 40,0% (синдром дыхательных расстройств на фоне глубокой недоношенности и острая асфиксия плода на фоне тяжелой формы задержки внутриутробного развития).

Плацентарная дисфункция у женщин с гиперандрогенией развивается с 16-й недели беременности на фоне выраженных дисгормональных и дисметаболических нарушений: в 16–20 нед – характерно снижение содержания плацентарного лактогена, эстриола и кортизола на фоне одновременного увеличения концентрации плацентарных белков – плацентарного α_1 -микроглобулина; α_2 -микроглобулина фертильности и трофобластического β -гликопротеида. Дополнительно к этому, с 24-й недели достоверно уменьшается уровень тестостерона, а после 32-й недели – 17-оксипрогестерона и дегидроэпиандростерона-сульфата.

Изменения функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с гиперандрогенией приобретают наиболее выраженный характер с 28-й недели беременности и характеризуются высокой частотой задержки внутриутробного развития плода (20,0%); нарушений сердечной деятельности плода (10,0%); дыхательных движений плода (12,0%); его двигательной активности (10,0%) и тонуса (8,0%). Субкомпенсированные изменения наблюдаются в 10,0%, декомпенсированные – в 4,0%. Гемодинамические нарушения характеризуются усилением кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях на фоне снижения кровотока в бредне-мозговой артерии плода.

Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий у женщин с гиперандрогенией позволяет снизить частоту угрозы преждевременных родов (с 30,0% до 18,0%); плацентарной дисфункции (с 44,0% до 30,0%); преэклампсии (с 28,0% до 20,0%); преждевременных родов (с 20,0% до 8,0%); кесарева сечения (с 30,0% до 20,0%); задержки внутриутробного развития плода (с 20,0% до 12,0%); асфиксии новорожденных (с 18,0% до 10,0%); синдрома дыхательных расстройств (с 20,0% до 8,0%); постгипоксической энцефалопатии (с 16,0% до 10,0%), а также предупредить перинатальные потери.

ВЫВОДЫ

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

Гіперандрогенія – як чинник ризику перинатальної патології З.А. Турлінова

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

Ключові слова: перинатологія, ускладнення, профілактика, гіперандрогенія.

Hyperandrogenia as risk factor of perinatal pathology Z.A. Turlinova

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

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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

УДК 618.36-06

Функциональные особенности фетоплацентарного комплекса при аномальной плацентации и патологии пуповины

В.И. Бойко, В.Ю. Яблунская

Медицинский институт Сумского государственного университета

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. 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, патология пуповины.

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 подлежащей 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 и патологии пуповины остаются до настоящего времени окончательно не изученными.

Цель исследования: изучить функциональные особенности фетоплацентарного комплекса при аномальной плацентации и патологии пуповины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно наблюдались 148 женщин (основная группа) с аномальным расположением плаценты (АРП) и различными вариантами обвития пуповины. Низкая плацентация обнаружена при ультразвуковом исследовании (УЗД) в сроке 14–16 нед беременности. 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.

Были выделены 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 ниже 5 см от 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 более высок внутреннего зева).

Среди основных вариантов патологии пуповины были выделены однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода (67,6%), многократное обвитие вокруг шеи (18,9%) и обвитие пуповины вокруг туловища плода (13,5%).

Возраст беременных основной и контрольной групп колебался 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» оценивали по данным, полученным при биохимическом скрининге, эхографическом, доплерометрическом и кардиотокографическом исследованиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка степени созревания плаценты по данным УЗИ показала, что для АРП характерно запаздывающее созревание плаценты (ЗДП), обнаруженное у 73 (49,3%) беременных; преждевременное созревание плаценты (ПДП) наблюдалось у 18 (12,2%) пациенток, своевременное – у 57 (38,5%). Достоверно чаще ЗДП и ПДП оказывалось у женщин с низкой плацентацией, соответственно

67,3% и 16,4% ($p < 0,01$). У пациенток с предлежанием ЗДП имела место в 41,4% наблюдений, 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/запоздалом созревании плаценты и достоверно чаще ($p < 0,01$) наблюдалось при низкой локализации с ЗДП (21,8%). При гормональной дисфункции, по нашим данным, была тенденция к снижению величин фетометрия (по сравнению с физиологией). Достоверное уменьшение средних величин фетометрических показателей зарегистрировано 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 имели место ЗДП (49,3%) и ПДП (12,2%), были проанализированы в динамике гестационного периода плаценты с нарушением процесса созревания.

При плацентометрии во время эхографического исследования проводили измерение центральной части плаценты. Данные исследования показали, что при 26–28 нед 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 ($p < 0,01$) по сравнению 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 нормальной 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 запоздалом 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 ЗДП 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 происходит относительно быстро до 23-й недели беременности; в 25–30 нед – скачкообразное уве-

личение 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-й недели 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 беременности достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при нормальной ее локализации.

Следовательно, по данным функциональной оценки ФПК на фоне АРП обнаружена большая частота ЗДП, особенно при низком ее расположении и передлежании. 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 (ДРП) – у 18 (62,0%), двигательная активность плода (ДАП) – у 20 (69,0%), тонус плода (ТП) – у 8 (27,5%), своевременное созревание плаценты (СЗП) – у 18 (51,7%), объем околоплодных вод (ООВ) – у 6 (20,7%).

Следовательно, для предлежания плаценты характерны особенности со стороны ДАП, NST, ДРП, СЗП. При низком расположении плаценты NST изменен у 50 (90,9%) беременных, ДРП – у 43 (78,2%), ДАП – у 45 (81,8%), ТП – у 28 (50,9%), СЗП – 38 (69,1%), ООВ – у 27 (49,1%). Характерные особенности показателей NST, ДАП, ДРП, СЗП. При миграции плаценты изменены следующие показатели шкалы: NST – у 29 (45,4%) женщин, ДРП – у 33 (51,6%), ДАП – у 26 (40,7%), ТП – у 9 (14,1%), СЗП – у 24 (37,5%), ООВ – у 18 (28,1%). Характерны, следовательно, изменения показателей NST, ДРП, ДАП, СЗП. В контрольной группе обнаружено изменение показателей NST – у 25 (41,7%) пациенток, ДРП – у 8 (13,3%), ДАП – у 10 (16,7%), ТП – у 8 (13,3%), СЗП – 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, у 9 (15,0%) – удовлетворительное (8–9 баллов), в 1 (1,7%) случае – сомнительное (6–7 баллов). Относительно 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. Проведен анализ показателей КТГ по шкале Fischer. Отмечено, что по характеру частоты и тяжести изменений, параметры, которые изучаются, у беременных основной группы распределились в следующем порядке (от меньшего к большему): 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 2-й 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 – 4 балла и менее.

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 2-й подгруппы. Средний балл БФП контрольной группы составил $10,7 \pm 0,7$, а самая низкая оценка ($p < 0,001$) среднего балла обнаружена во 2-й 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 в 60 женщин с физиологически протекающей гестацией и нормальной плацентацией и у 91 беременной с АРП из основной группы.

Средние показатели маточно-плацентарного (МПК) 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 у 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 сохранению 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 характерны 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 зарегистрировано у 50 (54,9±3,2%) женщин основной группы (IA ст. ПД); нарушение ППК при сохраненном МПК – у 32 (35,2±1,9%) пациенток (IB ст. ПД). Нарушение МПК и ППК (что не достигают критической стадии) при сохранении положительно направленного компонента диастолы определялись в 7 (7,7±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±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 26–38 нед беременности.

Так, с 26-й недели беременности 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 перифери-

ческого 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 с аорты плода, а также повышением сосудистой 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 угленезависимых 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 угленезависимые показатели.

При анализе обнаруженных нарушений кровотока в МА и артериях пуповины (у беременных с 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-плодовому кровотоке у данного контингента.

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

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

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных функциональных исследований свидетельствуют о нарушении в кровотоке матки, плаценты и плода при АРП. Эти изменения свидетельствуют о наличии ПД разной 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, зависимое, 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 кровотока опережала данные УЗИ и клинические проявления. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Функціональні особливості фетоплацентарного комплексу при аномальній плацентації та патології пуповини

В.І. Бойко, В.Ю. Яблунівська

Результати проведених функціональних досліджень свідчать про порушення кровотоку матки, плаценти і плода при аномальному розташуванні плаценти. Ці зміни свідчать про наявність плацентарної дисфункції різного ступеня вираженості при даній патології. При цьому ступінь і частота знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти. Причиною розвитку плацентарної дисфункції є зниження матково-плацентарного кровотоку залежно від плодово-плацентарного кровотоку при аномаліях плацентації. Найчастіше порушення гемодинаміки і затримки розвитку плода спостерігаються при низькому її розташуванні. Встановлений патологічний варіант порівнювали з параметрами плацентометрії – у кожному третьому випадку діагноста плацентарної дисфункції за оцінкою швидкості кровотоку випереджала дані ультразвукового дослідження і клінічні прояви. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномальна плацентація, фетоплацентарний комплекс, патологія пуповини.

Functional features of fetoplacental complex at abnormal placenta-tion and an umbilical cord pathology

V.I. Boyko, V.Yu. Yablunovskay

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 placenta-tion. 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 placentometry - 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 placenta-tion, fetoplacental complex, an umbilical cord pathology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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.

УДК 618.15-008.6-022.7:616.993.1:576.893.161.21]-036.11-08-035-084

Тактика ведения пациенток репродуктивного возраста со специфической воспалительной патологией влагалища

Г.А. Барановская

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что острая трихомонадная инвазия является фактором разбалансировки всех звеньев микроэкосистемы влагалища, что приводит к формированию условий для развития трихомонадного дисбактериоза влагалища. При трихомонадном дисбактериозе влагалища достоверные изменения происходят в функциональной активности эпителия, биохимическом составе влагалищной жидкости, микробиологическом сообществе влагалища. Достоверно значимые изменения в составе влагалищной жидкости определены в содержании мочевины, общего белка, железа и меди, активности ферментов, уровне рН влагалищной жидкости и выраженности аминного теста. Острая трихомонадная инвазия приводит к нарушениям факторов неспецифической резистентности микроэкосистемы влагалища. Сохранение концентрации sIgA на уровне значений нормы является прогностически благоприятным признаком в плане нормоценоза влагалищной микроэкоистемы. Полученные результаты необходимо использовать для эффективной диагностики и лечения трихомонадного дисбактериоза влагалища.

Ключевые слова: дисбиоз влагалища, репродуктивный возраст.

В последние годы трихомониаз уверенно занимает ведущее место в структуре инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и поражает в основном социально активную группу населения [1–3]. Важность проблемы определяется не только опасностью для здоровья и эпидемиологической значимостью, но и тяжелыми осложнениями, выражающимися мужским и женским бесплодием, патологией беременности и родов, рождением неполноценного потомства, возникновением психической и сексуальной дисгармонии в семье [4–6].

Подобная динамика определяется наличием ряда причин. Благодаря недостаточно эффективным схемам антипротозойной терапии и биологическим особенностям трихомонад формируются устойчивые к этиотропным препаратам штаммы микроорганизмов. Этот феномен во многом определяет развитие

хронических форм заболевания, затруднений в диагностике и лечении трихомониаза, а также стойких нарушений биоценоза влагалища [3, 4]. Отрицательные результаты терапии в плане сохранения синдрома патологических белей во многом определяются рутинностью терапевтических схем, традиционно ориентированных, в основном, на антипротозойный компонент, без учета других аспектов взаимоотношений микро- и макроорганизма.

Важной стороной терапевтической стратегии при трихомонадной инвазии являются вопросы восстановления нормального состояния микроэкоистемы влагалища после санации от возбудителя. Известно, что до 84% женщин, перенесших острую форму трихомониаза, в последующем обречены на развитие стойкого дисбиотического состояния микроэкоистемы влагалища, во многом напоминающего бактериальный вагиноз (БВ) [1, 5]. Трихомонадный дисбактериоз влагалища (ТДВ), БВ и хронический трихомониаз имеют много похожих симптомов. Вероятно, по этой причине наличие в анамнезе трихомониаза часто мотивирует врача на постановку соответствующего диагноза, что является причиной гипердиагностики и необоснованного назначения антипротозойных лекарственных схем.

Благодаря наличию у ассоциированной с трихомонадным дисбактериозом влагалища анаэробной микрофлоры перекрестной чувствительности к препаратам 5-нитроимидазолового ряда достигается краткосрочный положительный эффект от проводимой терапии. Тем не менее, последующее восстановление синдрома патологических белей часто приводит к ошибкам в диагностике и лечении. Подобные нарушения часто являются причиной формирования трудноразрешимых семейно-бытовых проблем. Именно по этому определение закономерностей развития ТДВ представляет важность не только для медицинской науки, но и для всего общества.

Цель исследования: оптимизация терапии острой трихомонадной инвазии и профилактика трихомонадного дисбактериоза влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели под нашим наблюдением находились 94 небеременных женщины в возрасте от 17 до 39 лет (средний возраст $27,04 \pm 0,76$ года), проходивших курс обследования и лечения по поводу острого урогенитального трихомониаза. Контрольную группу (первая группа) составили 95 здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста. Во вторую группу (52 женщины) были включены пациентки, больные острым трихомониазом. 42 пациенткам после проведенного курса антипротозойной терапии было проведено обследование с целью определения закономерностей формирования трихомонадного дисбактериоза влагалища (третья группа). На момент обследования пациентки первой группы жалоб на состояние здоровья не предъявляли.

Всем пациенткам было проведено бактериологическое обследование женской половой сферы с целью выявления возбудителей сексуально-трансмиссионных заболеваний и оценки биоценоза влагалища.

Все исследования были объединены в клинический и лабораторный комплексы. В клинический комплекс были включены следующие моменты: гине-

кологическое обследование; определение рН влагалищной жидкости; аминокислотный тест (реакция с гидроокисью калия); взятие материала для лабораторных исследований и определение эффективности терапевтических схем.

В лабораторный комплекс входило определение во влагалищной жидкости здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста и при БВ определение следующих показателей:

- концентрация общего белка, мочевины, глюкозы, холестерина, триглицеридов;
- активности ферментов: аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, α -амилазы, лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы, щелочной фосфатазы;
- содержание ионов железа, меди, магния, цинка, кальция, фосфора;
- исследование факторов неспецифической резистентности: содержание секреторного иммуноглобулина А, и перекиси водорода.

Микробиологические исследования включали изучение количественного и видового состава микрофлоры влагалища, ПЦР диагностика хламидийной, уреоплазменной, микоплазменной инфекций, трихомониаза. Проводили световую микроскопию нативных и фиксированных влагалищных мазков, а также посевы трихомонад на питательные среды с определением чувствительности к антипротозойным препаратам и их комбинациям.

Были исследованы показатели состояния эпителия влагалища: определение жизнеспособности эпителиальных клеток, содержания в них гликогена, а также выраженность вакуолизации цитоплазмы и цитолиза при микроскопии мазков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на достаточно большое количество исследований, направленных на определение биологии трихомонад, выяснение микробиологических особенностей функционирования экосистемы влагалища, данные о биохимическом составе влагалищной жидкости и функциональной активности эпителия влагалища при трихомониазе малочисленны. До настоящего времени нет единого мнения об изменениях в микроэкосистеме влагалища и особенностях восстановления нарушенных параметров в период трихомонадной реконвалесценции. Нет общепринятой стратегии в плане проведения реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику и лечение трихомонадного дисбактериоза влагалища. В этом отношении полученные результаты являются приоритетными.

При микроскопии нативных препаратов у всех обследованных женщин 2-й группы были обнаружены характерные подвижные формы трихомонад. На основании этого и характерного симптомокомплекса вульвовагинита был определен диагноз – острый трихомониаз.

В результате жизнедеятельности трихомонады, обеспечивая свои метаболические потребности, существенно модифицируют среду обитания. Именно на определение выраженности этих изменений были направлены наши исследования.

Результаты оценки характеристики влагалищных выделений при острой трихомонадной инвазии и при ТДВ свидетельствуют, что при острой трихомонадной инвазии на фоне увеличения количества влагалищных выделений происходит изменение их общих характеристик. Пациентки отмечали пенистость и характерный неприятный гнилостный запах, окрашенных в желтый цвет выделений. В периоде реконвалесценции выделения приобретали жидкую, водянистую консистенцию, с характерным неприятным запахом гниющей рыбы. В отличие от острой формы заболевания только в одном случае (2,4%) выделения были пенистыми, а окраска отмечалась у 9 (21,4%) реконвалесцентов.

При остром трихомониазе бели, как правило, пенистые, гомогенные, с желтоватым оттенком. Учитывая, что при этом заболевании характерной является воспалительная реакция со стороны слизистой оболочки влагалища на патогенный микроорганизм, очевидна причина увеличения количества выделений. При микроскопии мазка в период реконвалесценции выраженность воспалительной реакции была минимальной у 8 пациенток (19%), либо отсутствовала вовсе. Микробиоценоз был представлен грамположительными палочками, а также кокко-бациллярной микрофлорой с характерным преобладанием соответственно типу мазка.

Несмотря на проведенное эффективное противопротозойное лечение и эрадикацию возбудителя, объем влагалищных выделений сохранялся повышенным. Они были жидкими, гомогенными, окрашенными в белый цвет. При микроскопии мазка и посевах определялась микробиологическая картина, соответствующая бактериальному вагинозу, а именно наличие ключевых клеток, гиперколонизация влагалища полиморфной микрофлорой и снижение титра кислотофильных лактобактерий.

Кинетическая, фагоцитарная и цитотоксическая активность трихомонад, изменение микробиологического статуса влагалищной среды приводят к соответствующим изменениям в других составляющих микроэкосистемы влагалища, а именно в функциональной активности эпителия, биохимическом составе влагалищной жидкости, выраженности факторов неспецифической резистентности влагалища.

При цитологическом исследовании параметров, характеризующих состояние клеток эпителия влагалища, установлено, что признаки цитолиза и вакуолизация цитоплазмы, характерные для острого трихомониаза, сохранялись и в периоде реконвалесценции белее, чем у 80% пациенток. Процент гликоген-положительных клеток и среднее содержание гликогена также свидетельствовало о том, что имеют место существенные изменения в функциональной активности эпителия влагалища.

Связанным с состоянием эпителия звеном микроэкосистемы влагалища является собственно биохимический состав влагалищной жидкости. В результате проведенных исследований установлено, что при остром трихомониазе имеются достоверные изменения в биохимическом составе и активности ферментов влагалищной жидкости.

Эти изменения настолько существенны, что даже после эффективной антипротозойной терапии и эрадикации возбудителя не происходит полного вос-

становления параметров до значений близких к нормальным. Напротив, создаются условия для формирования трихомонадного дисбактериоза с соответствующим симптомокомплексом. Наиболее существенные изменения наблюдаются в уровне мочевины, общего белка, глюкозы, железа, меди и кальция, а также активности таких ферментов как АлАт, АсАт, амилазы, креатинкиназы, лактатдегидрогеназы. Повышение активности внутриклеточных ферментов во влагалищной жидкости свидетельствует об интенсификации цитолитических процессов.

Проведено изучение факторов неспецифической резистентности во ВЖ при остром трихомониазе и в периоде реконвалесценции

Известно, что перекись водорода, продуцируемая соответствующими штаммами лактобактерий, является одним из основных факторов бактерицидности и вируцидности ВЖ, и во многом определяет стабильность микроэко-системы влагалища. Другим фактором стабильности является уровень секреторного иммуноглобулина А.

Согласно полученным данным, при острой трихомонадной инвазии имеет место недостоверная тенденция к снижению концентрации перекиси водорода. В периоде реконвалесценции подобные изменения прогрессируют и становятся достоверно значимыми.

Вероятно, подобная динамика определяется формированием таких изменений в микроэко-системе влагалища, которые существенно нарушают колонизационную активность продуцирующих перекись водорода, ацидофильных лактобактерий. Другим фактором антимикробной защиты является продуцируемый плазматическими клетками эпителия влагалища секреторный иммуноглобулин А.

Из полученных данных следует, что во ВЖ и при остром трихомониазе, и в периоде реконвалесценции уровень данного показателя достоверно снижен. Подобная динамика может быть связана с тем, что в результате дезинтеграционной, фагоцитарной и цитотоксической активности трихомонад происходит нарушение функциональной активности клеток эпителия, в том числе и продуцирующих секреторный иммуноглобулин А.

У 10 из 12 пациенток, у которых в периоде реконвалесценции не развился дисбактериоз влагалища, значения данного показателя были достаточно высокими. Итак, уровень секреторного иммуноглобулина А во ВЖ может рассматриваться как прогностический показатель развития трихомонадного дисбактериоза влагалища.

Результаты проведенных исследований показали, что трихомонадная инвазия приводит к существенным изменениям во всех звеньях микроэко-системы влагалища. Рутинный терапевтический подход, не учитывающий этих нарушений, приводит к формированию в периоде реконвалесценции дисбактериоза влагалища. По этой причине была предпринята попытка дополнить лекарственный комплекс пробиотиками для профилактики трихомонадного дисбактериоза влагалища. Данный подход способен поддерживать физиологические значения рН ВЖ на уровне 3,8 – 4,2, что обеспечивает создание условий для колонизации влагалища ацидофильными бактериями.

Хорошо известно, что микроорганизмы имеют определенную устойчивость к этиотропным препаратам. Именно по этой причине нами было проведено изучение антитрихомонадной активности наиболее широко применяемых препаратов. При этом оказалось, что исследуемые штаммы трихомонад были устойчивы к таким широко применяемым препаратам, как метронидазол (42,1%), клион (33,3%) и атрикан (33,3%); наибольшую чувствительность трихомонады имели к комбинациям препаратов наксоджин + тиберал (94,3%) и наксоджин + макмирор (94,3%) и к таким препаратам как, наксоджин (92,8%) и секнидазол (92,8%).

На основании полученных результатов в терапевтических схемах использовались этиотропные антитрихомонадные препараты наксоджин и тиберал (по 0,5 г 2 раза в день в течение 5 дней).

Под наблюдением находилась группа из 42 пациенток с диагнозом острый трихомониаз, которым проводилось лечение, согласно вышеуказанной схеме.

Клиническая эффективность оценивалась на основании исчезновения синдрома патологических белей. Бактериологический эффект считался положительным при отсутствии трихомонад в нативных и окрашенных мазках, а также при отсутствии роста на питательных средах. Несмотря на абсолютную бактериологическую эффективность лечения, клинически синдром патологических белей сохранялся у большинства пациенток (83,7%), что требовало разработки и проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

Вторым этапом терапии было реабилитационное лечение. После очередной менструации повторно назначали курс препаратов 5-нитроимидазолового ряда. Курс назначался с учетом чувствительности к этим препаратам анаэробной, ассоциированной с дисбактериозом влагалища, микрофлоры. Параллельно проводился трехдневный курс местной терапии 2% вагинальным кремом «Далацин». В целях микробной трансплантации и восстановления кислотности влагалищной жидкости, на тампоне с экспозицией в два часа в течение 10 дней вводили пробиотический препарат.

Эффект от проведенной терапии также оценивался клинически и бактериологически. Положительным клиническим эффектом считали исчезновение патологических белей, отрицательный результат аминового теста и восстановление кислотности влагалища в диапазоне 3,8–4,5.

Бактериологически положительным результатом считали картину влагалищного мазка соответствующего нормоценозу или переходному типу биоценоза влагалища, при отсутствии ключевых клеток.

Из полученных результатов следует, что имеет место достаточно высокий бактериологический и клинический эффект от проводимой реабилитационной терапии. Восстановление нормальных показателей влагалищного мазка было достигнуто в 83,7% случаев. Вероятно, подобная динамика достигается не только в результате использования антибактериальных препаратов, но и от создания условий для колонизации резидентной ацидофильной микрофлоры влагалища с помощью трансплантации симбионтных микроорганизмов и модуляции показателей среды влагалища. Клиническая эффективность от проведенного лечения составила.

Для уточнення механізмів, забезпечуючих ефективність реабілітаційного курсу, проводилося дослідження біохімічного складу ВЖ. Из результатов следует, что после реабилитационного курса наблюдается достоверная тенденция к нормализации основных биохимических показателей ВЖ. Тем не менее, масса содержимого влагалища, концентрация глюкозы, железа, кальция, sIgA и активность ЛДГ оставались достоверно измененными.

Подобная динамика является свидетельством эффективности предложенного курса терапии острой трихомонадной инвазии.

Таким образом, на основании вышесказанного есть основания утверждать, что трихомонадный дисбактериоз является осложнением острой трихомонадной инвазии, а профилактика и коррекция его требует дополнения существующих терапевтических схем лечения.

Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что острая трихомонадная инвазия является фактором разбалансировки всех звеньев микроэко-системы влагалища, что приводит к формированию условий для развития трихомонадного дисбактериоза влагалища. При трихомонадном дисбактериозе влагалища достоверные изменения происходят в функциональной активности эпителия, биохимическом составе влагалищной жидкости, микробиологическом сообществе влагалища. Достоверно значимые изменения в составе влагалищной жидкости определены в содержании мочевины, общего белка, железа и меди, активности ферментов, уровне рН влагалищной жидкости и выраженности аминокислотного теста. Острая трихомонадная инвазия приводит к нарушениям факторов неспецифической резистентности микроэко-системы влагалища. Сохранение концентрации sIgA на уровне значений нормы является прогностически благоприятным признаком в плане нормоценоза влагалищной микроэко-системы.

Тактика ведення пацієнток репродуктивного віку зі специфічною запальною патологією піхви

Г.А. Барановська

Результати проведених досліджень свідчать, що гостра трихомонадна інвазія є чинником розбалансування всіх ланок мікроекосистеми піхви, що призводить до формування умов для розвитку трихомонадного дисбактеріозу піхви. При трихомонадному дисбактеріозі піхви достовірні зміни відбуваються у функціональній активності епітелію, біохімічному складі вагінальної рідини, микробиологічному співтоваристві піхви. Достовірно значимі зміни у складі вагінальної рідини визначені у вмісті сечовини, загального білка, заліза і міді, активності ферментів, рівні рН вагінальної рідини і вираженості амінового тесту. Гостра трихомонадна інвазія призводить до порушень чинників неспецифічної резистентності мікроекосистеми піхви. Збереження концентрації sIgA на рівні значень норми є прогностично сприятливою ознакою в плані нормоценозу вагінальної мікроекосистеми. Отримані результати необхідно використовувати для ефективної діагностики і лікування трихомонадного дисбактеріозу піхви.

Ключові слова: дисбіоз піхви, репродуктивний вік.

Tactics of conducting patients of reproductive age with a specific inflammatory pathology of a vagina

G.A. Baranovsky

Results of the spent researches testify that sharp trihomonade invasion is the factor of disbalance of all links of a microecosystem of a vagina that leads to formation of conditions for development trihomonade vaginal dysbacteriosis. At trihomonade vaginal dysbacteriosis authentic changes occur in functional activity of epithelium, biochemical structure vaginal liquids, microbiological community of a vagina. Authentically significant changes in structure vaginal liquids are defined in the maintenance of urea, the general fiber, iron and copper, activity of enzymes, level pH vaginal liquids and expressiveness of aminove test. Sharp expressiveness invasion leads to infringements of factors of nonspecific resistance of a microecosystem of a vagina. Concentration preservation sIgA at level of values of norm is forecasting favorable sign in the plan normocenose of vaginal microecosystems. The received results are necessary for using for effective diagnostics and treatment trihomonade vaginal dysbacteriosis.

Key words: dysbiose of vagina, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Базолина Е.А., Молчанов О.Л., Носкова А.В. Микотические осложнения при лечении трихомониаза. //Успехи медицинской микологии. – 2006. – Т. 8. – С. 250.
2. Молчанов О.Л., Базолина Е.А., Носкова А.В. Биохимический мониторинг посттрихомонадного дисбактериоза влагалища //Актуальные вопросы патологии репродуктивной функции: Материалы научно-практической конференции 20 октября 2006 г. – СПб.: ВМедА, 2006. – С. 52–53.
3. 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.
4. Падруль М.М. Состояние микроэкологии влагалищного биотопа при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2002. – Т. 1, № 4. – С. 119–121.
5. Теличко И.Н., Иванов А.М., Раздольская Н.В., Раводин Р.А., Базолина Е.А. Перспективы серологической диагностики трихомониаза. //Медицинская иммунология. – 2007. – Т. 9, № 2–3. – С. 249–250.
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.

УДК 618.173-02:616.71-007.234-06]-085.357

Возможности коррекции качества жизни у пациенток с менопаузальным остеопорозом

И. Т. Кишакевич

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости оценки качества жизни и степень выраженности остеопороза у женщин как с естественной менопаузой, так и при развитии климактерического синдрома, в том числе и после хирургической менопаузы. Полученные данные указывают на улучшение всех составляющих качества жизни больных, страдающих постменопаузальным остеопорозом, под влиянием этиотропной заместительной гормональной терапии. Результаты исследования позволяют разработать эффективные диагностические и лечебно-профилактические мероприятия для улучшения качества жизни женщин в постменопаузальный период, а также для профилактики менопаузального остеопороза.

Ключевые слова: менопауза, качество жизни.

В современной медицине важное место занимает представление о влиянии остеопороза (ОП) на качество жизни (КЖ) женщин в периоде постменопаузы. Однако в научных исследованиях, посвященных этому вопросу, недостаточно внимания уделяется изменениям физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больных в периоде естественной и хирургической постменопаузы при ОП [1-5].

Современным стандартом диагностики ОП является двухэнергетическая рентгенологическая абсорбциометрия. Существует более безопасный и экономичный метод – ультразвуковая денситометрия (УЗД), но нормативные показатели скорости ультразвуковой волны (SOS) для различных областей периферического скелета отсутствуют [1–5]. Вместе с тем, комплексная оценка динамики показателей КЖ больных постменопаузальным ОП остается недостаточно изученной, также как и роль заместительной гормональной терапии в коррекции качества жизни у этих пациенток.

Цель работы: изучение роли заместительной гормональной терапии в коррекции качества жизни у пациенток с постменопаузальным остеопорозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критериями включения женщин в исследование являлись: наличие естественной (ЕПМ) или хирургической постменопаузы (ХПМ) вследствие двусторонней овариоэктомии/аднексэктомии, надвлагалищной ампутации/эктирпации матки с/без придатков. Критерии исключения: возраст более 65 лет, тяжелые сопутствующие сомати-

ческие заболевания, способствующие развитию вторичного ОП, длительный прием препаратов, снижающих минеральную плотность костей.

Для разработки нормативных показателей УЗД периферического скелета обследованы 200 практически-здоровых женщин в возрасте от 25 до 65 лет. При наличии менопаузы в исследование включены только женщины с естественной менопаузой. Группы женщин формировались по пятилетним возрастным интервалам: 25–29 лет (20 человек), 30–34 (40), 35–39 (20), 40–44 (20), 45–49 (30), 50–54 (30), 55–59 (20) и 60–65 лет (20).

Мониторинг показателей КЖ проводился у 162 женщин с ЕПМ и ХПМ, были сформированы три группы:

I (основная) группа, состоящая из 35 женщин с остеопенией и ОП, получавших заместительную гормональную терапию (ЗГТ) в течение 12 мес. Из них 10 (28,6%) больных были в периоде ЕПМ, а остальные 25 (71,4%) – в ХПМ. 27 женщин получали непрерывную комбинированную ЗГТ (эстрадиола валерат 2 мг и диеногест 2 мг, эстрадиол 1 мг и дидрогестерон 5 мг, эстрадиол 1 мг и дроспиренон 2 мг); 3 пациентки – непрерывную монотерапию эстрогенами. Тканеселективный модулятор эстрогеновых рецепторов (тиболол) – 5 женщин. В течение первых трех месяцев от лечения отказались 5 больных.

II (контрольная) группа сформирована из 63 больных с остеопенией и ОП, получавших диету, богатую кальцием (1200–1500 мг кальция в сутки). Из них 25 (39,7%) женщины были в ЕПМ и 38 (60,3%) – в ХПМ.

III группа (сравнения) представлена 64 женщинами в периоде ХПМ без остеопении и ОП.

Для оценки конструктивной валидности специального опросника ОРАQ проведена перегруппировка пациенток в соответствии с требованиями метода «известных групп». В группу женщин с ЕПМ (n=37) включены 11 пациенток из I и 26 из II группы; с ХПМ (n=61) – 24 из I и 37 из II группы. Группа больных с остеопоротическими переломами в анамнезе (n=23) состояла из 8 женщин I и 15 – II группы; без переломов (n=75) – из 27 I и 48 II группы; с болевым синдромом в области позвоночника (n=88) – из 30 пациенток I и 58 II группы; без болевого синдрома (n=10) по 5 женщин из I и II группы. В группу больных с наличием остеопении (n=46) вошли 17 женщин I и 29 II группы; с остеопорозом (n=52) – 18 I и 34 II группы.

Темпы старения определены в I группе у 12 пациенток, до приема ЗГТ, и у 6 женщин после 12 мес лечения. Однократно обследованы 16 больных II группы до назначения питания, богатого кальцием, и 21 женщина III группы. Все пациентки были в периоде ХПМ.

Группы женщин были сопоставимы по основным характеристикам. Средний возраст составил в I группе – 53,6±5,5 года, во II – 54,9±7,0 и в III – 53,5±5,1 года. Время наступления менопаузы в I группе – 48,2±4,0 года, во II – 47,7±5,7 и в III – 48,7±4,4 года. Хирургическое вмешательство у 25 (71,4%) женщин I и у 38 (60,3%) пациенток II группы привело к наступлению преждевременной менопаузы: в 47,7±4,0 года и в 47,8±8,3 года соответственно. У женщин без ОП оперативное лечение было произведено позже – в 49,1±4,9 года.

У всех женщин значение модифицированного менопаузального индекса (ММИ) соответствовало слабой степени выраженности климактерического синдрома: в I груп-

пе 27,8±9,7 балла, во II – 26,1±10,9 и в III – 26,2±9,4 балла. Индекс массы тела (ИМТ) составил: 28,2±5,0, 29,9±5,8 и 29,1±4,6 соответственно (избыточная масса тела).

Гипертонической болезнью страдали более 50% пациенток в каждой группе, остеохондрозом позвоночника – практически каждая вторая женщина. На втором месте в I и III группах была патология щитовидной железы (эутиреоз) – у 15 (42,9%) и 26 (40,6%) пациенток соответственно, а во II группе заболевания желчного пузыря – у 30 (47,6%). Третье место в I группе занимала патология желчевыводящей системы – в 13 (37,1%) случаях, во II – заболевания сердца у 24 (38,1%) женщин и в III – хронический гастрит (ремиссия) у 24 (37,5%).

Для выявления клинических признаков ОП проводилось физикальное исследование опорно-двигательной системы пациенток: рост, размах рук и разница этих показателей. Определяли выраженность кифоза грудного отдела и сглаженность лордоза поясничного отдела позвоночника, болезненность при пальпации остистых отростков позвонков и паравертебральных точек. Для определения подвижности позвоночника в поясничном отделе оценивали симптом Томайера.

Тяжесть климактерического синдрома определялась с помощью ММИ. Оценка состояния костной ткани проводилась методом УЗД на эхоостеометре. Измерения проводились в проекции метафизов проксимальных фаланг кистей рук, надколенника, средней трети большой берцовой и пяточной кости, на основании тела нижней челюсти справа и слева. Учитывая наличие негауссовского распределения значений SOS, с помощью логарифмических преобразований было установлено соответствие между « $\mu-1\sigma$ », « $\mu-2,5\sigma$ » и процентиями. Показатели медианы SOS между 16 и 0,988‰ свидетельствовали об остеопении, а значения ниже 0,988‰ – об остеопорозе.

Для изучения параметров КЖ женщин применялись стандартизованные опросники. Общий опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health-Survey, J.E. Ware, США, 2003) состоит из 36 вопросов, формирующих 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует высокому КЖ.

Оценка клинических параметров и КЖ больных I и II групп проводилась перед началом лечения (Т1) и через 3, 6, 12 месяцев наблюдения (Т2, Т3, Т4), женщины III группы обследованы в Т1 и Т4. УЗД проводилась в Т1, Т3 и Т4 у пациенток I и II групп, в Т1 и Т4 в III группе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью разработанных нами нормограмм изучена динамика показателей УЗД пациенток. Перед назначением ЗГТ из 30 больных I группы у 14 (46,7%) диагностирована остеопения, которая выявлена через 6 мес лечения у 18 (60%) больных и к 12 мес – у 6 (20%). ОП установлен у 16 (53,3%) женщин перед ЗГТ, в Т3 – у 4 (13,3%) и в Т4 – ни у одной пациентки. Через 6 мес терапии показатели УЗД нормализовались у 8 (26,7%) больных, а к 12 мес – у большинства женщин – 24 (80%).

У пациенток II группы до назначения диеты, богатой кальцием, остеопения отмечена у 29 (46%), в Т3 наблюдения – у 34 (54%) и в Т4 – у 32 (50,8%). У 34 (54%) боль-

ных в Т1 выявлен ОП, который сохранялся к Т3 у 21 (33,3%) и к Т4 у 15 (23,8%) женщин. Через 6 мес зарегистрирована положительная динамика показателей УЗД у 8 (12,7%) и в Т4 – у 16 (25,4%) женщин.

В III группе нормальные показатели УЗД отмечены в Т4 у большинства женщин – у 50 (78,1%), остеопения выявлена у 5 (7,8%) и ОП у 9 (14,1%) пациенток.

Для оценки специального опросника ОРАQ были обследованы 98 больных: 35 женщин I группы и 63 пациентки II группы с постменопаузальным ОП и остеопенией. Женщины III группы не участвовали в процедуре валидации опросника в связи с отсутствием остеопении и ОП.

Внутреннее постоянство опросника изучено с помощью α -коэффициента Кронбаха, который является удовлетворительным при значении равном или больше 0,7, чему соответствовали 14 из 18 шкал опросника. Для шкал «самообслуживание», «выполнение работы по дому» и «сон» α -коэффициент составил: 0,64, 0,67 и 0,63 соответственно. По-видимому, вопросы в этих шкалах отображают действительно тяжелое состояние больного, что приводит к «однотипности» ответов и к невысоким показателям надежности. Низкое значение α -коэффициента получено по шкале «независимость» – 0,49. Этот факт связан с небольшим количеством вопросов в шкале и со специфическим контингентом пациенток, среди которых неспособность обслуживать себя не встречалась.

При значении усредненной внутришкальной корреляции (УВК) в пределах от 0,3 до 0,8 вопросы были правомерно объединены в ту или иную шкалу опросника. Из всех шкал ОРАQ только вопросы о «независимости» имели низкую УВК, что возможно связано с особенностью понимания женщинами независимости, как, прежде всего финансовой, а не бытовой.

Валидность опросника ОРАQ изучалась с помощью нескольких методик. Так, факторный анализ выявил наличие 7 компонентов (доменов) опросника ОРАQ, в которых шкалы имеют более сильные корреляции между собой, чем, если бы они входили в разные домены: «симптомы» (СМ), «социальное взаимодействие» (СВ), «психологический статус» (ПС), «поддержка семьи» (ПСД), «внешний вид и страх падения» (ВВСП), «независимость» (Н) и «физическая активность» (ФА).

Методом «неизвестных групп» был подтвержден ряд гипотез: наличие более высокого КЖ у женщин с ЕПМ по сравнению с ХПМ (по шкалам ПД, РД); лучшее КЖ в группе без остеопоротических переломов в анамнезе против группы с переломами (БП, П, У, Р, Н, по домену ПС); значительные различия КЖ пациенток при наличии и отсутствии боли в позвоночнике (ХН, СС, П, ПСД, Б, У, УН, ВВ, по доменам ПС, СМ). Установлено снижение КЖ с увеличением возраста больных ОП (ХН, ОД, БП) и длительности постменопаузы (ПД, ХН, СС, П, Б, С, У, УН, по доменам ФА, СМ). Различия параметров КЖ женщин в зависимости от наличия остеопении или остеопороза не обнаружены.

Чувствительность специального опросника ОРАQ оценивалась в I группе до назначения ЗГТ (Т1) и через три месяца лечения (Т2). Выявлено статистически значимое улучшение показателей 9 шкал и 2 доменов ОРАQ (ПС, СМ). Чувствительность опросников ОРАQ и SF-36 являлась сопоставимой.

Влияние постменопаузального ОП на КЖ больных мы изучили среди пациенток I и II группы в общей совокупности и сравнили их с показателями КЖ женщин III группы без ОП. Применялась методология комплексного исследования КЖ, включающая

два общих опросника – SF-36, EQ-5D, и один специальный ОРАQ, который заполняли только больные ОП.

По данным SF-36 при ОП значительно снизилось ФФ больных – $64,5 \pm 20,4$ (среднее \pm стандартное отклонение) баллов, по сравнению с женщинами без ОП – $74,7 \pm 18,3$ балла ($p=0,0013$). Показатели шкал РФФ, РЭФ и СФ имели довольно яркую тенденцию к ухудшению при ОП, однако Б, ОЗ, Ж и ПЗ были практически одинаковыми у всех женщин.

При наличии ОП значения индекса здоровья опросника EQ-5D ($0,64 \pm 0,2$ при ОП vs $0,68 \pm 0,19$ без ОП) и «термометра здоровья» ($61,5 \pm 16,6$ vs $66,0 \pm 17,1$ балла) также имели тенденцию к снижению.

Интегральный профиль КЖ больных ОП показал ухудшение параметров шкал У ($5,4 \pm 1,8$ баллов), УН ($5,0 \pm 1,8$), БП ($4,4 \pm 2,5$), С ($4,4 \pm 1,8$), СС ($3,8 \pm 2,3$) и Б ($3,8 \pm 2,4$), вследствие чего снизилась СА ($4,8 \pm 1,4$). Неспособность к самообслуживанию и выполнению работы по дому среди больных с ОП не встречалась. По остальным шкалам ОРАQ были получены значения от 1,7 до 3,5 баллов. Домены ОРАQ отразили влияние ОП на КЖ в целом: ухудшился ПС ($18,7 \pm 7,3$ балла) и СМ ($17,4 \pm 6,7$), в меньшей мере ФА ($11,7 \pm 8,0$) и СВ ($8,3 \pm 2,9$).

Полученные результаты подтверждают отрицательное влияние постменопаузальном ОП прежде всего на психологический компонент КЖ и симптомы заболевания, в меньшей мере на физический и социальный компоненты КЖ.

При изучении КЖ больных ОП с различными видами постменопаузы (ХПМ – 63 и ЕПМ – 38 человек) по данным общих опросников SF-36 и EQ-5D статистически значимых различий КЖ установлено не было. Применение специального опросника ОРАQ позволило выявить, что в целом интегральные профили КЖ при ХПМ и ЕПМ были сходными с общим профилем КЖ больных ОП. Зарегистрировано статистически значимое ухудшение шкал РД у женщин с ХПМ и УН у пациенток с ЕПМ: $0,9 \pm 1,7$ при ХПМ vs $0,2 \pm 0,6$ балла при ЕПМ ($p=0,006$) и $4,7 \pm 2,1$ vs $5,4 \pm 1,2$ балла ($p=0,035$) соответственно. Выявлена тенденция ухудшения показателей доменов ПС и ФА у женщин с ХПМ по сравнению с ЕПМ.

Старение играет важную роль в патогенезе развития ОП, поэтому следующим этапом нашего исследования стало определение БВ и КПВ больных ОП в периоде ХПМ. Статистически значимых различий между группами установлено не было, однако БВ пациенток I и II групп с ОП был на 1,2 и на 7,2 года больше, чем в III группе без ОП. БВ в I и II группах был практически одинаковым с должным биологическим возрастом (ДБВ), поэтому темпы старения больных с ОП соответствовали 3 (нормальному) функциональному классу (ФК). В III группе БВ был меньше ДБВ на 5,3 года и темпы старения организма были замедленными (2 ФК). КПВ женщин составил от 32,9 до 36,7 года в группах. Причем темпы старения кардиопульмональной системы были одинаково замедлены на 10 лет у всех пациенток, соответствуя 1 (наилучшему) ФК.

Через 12 мес ЗГТ у 6 пациенток I группы основные характеристики не отличались от таковых до лечения. Однако темпы старения всего организма замедлились в 2 раза (на 3,5 года), по сравнению с показателем до назначения ЗГТ (на 1,6 года), и стали практически аналогичными с III группой (на 3 года). Итак, у больных ОП в периоде ХПМ БВ имеет тенденцию к увеличению, а темпы старения женского организма замедляются на фоне ЗГТ.

Сравнительный анализ динамики показателей КЖ больных I группы на фоне ЗГТ, пациенток II группы, получающих диету, богатую кальцием и практически здоровых женщин III группы был важным аспектом нашего исследования.

Помимо статистически значимых различий параметров КЖ, учитывались минимальные клинически значимые отличия, являющиеся «наименьшей разницей в значениях по шкалам КЖ, которая воспринимается пациентом как существенная и может определять изменение в программе лечения». Для опросников, ответы на которые оцениваются по 100 балльной шкале, изменение КЖ на 10 и более баллов является клинически значимым, например, для опросника SF-36 и шкалы «термометра» здоровья EQ-5D.

Показатели всех шкал опросника SF-36 в I группе имели статистически значимое повышение от Т1 к Т4 исследования. По шкалам ФФ ($69,3 \pm 18,2$ балла в Т1 vs $85,7 \pm 14,4$ в Т4), РФФ ($44,2 \pm 40,8$ vs $78,3 \pm 37$), Б ($58,8 \pm 25,4$ vs $79,3 \pm 24,3$), ОЗ ($57,6 \pm 19,8$ vs $70,7 \pm 18,7$), СФ ($70,4 \pm 26,6$ vs $86,7 \pm 18,8$), РЭФ ($40 \pm 40,5$ vs $71,1 \pm 41,7$) и ПЗ ($62,5 \pm 22,8$ vs $77,5 \pm 17,6$) отмечена ранняя положительная динамика через 3 мес ЗГТ. Показатель Ж ($55,5 \pm 21,2$ vs $68,7 \pm 18,5$) повысился только к 12 мес терапии.

Параметры КЖ II группы не изменились в Т4 исследования. В III группе обнаружено статистически значимое улучшение показателей Б ($50,5 \pm 21,5$ vs $56 \pm 21,7$) и ОЗ ($49,1 \pm 18,6$ vs $52,2 \pm 18,9$) в заключительной точке наблюдения.

Анализ данных «термометра» здоровья опросника EQ-5D убедительно доказал наличие положительной динамики КЖ с Т2 на фоне ЗГТ, прогрессирующей к Т4 исследования: 63 ± 18 балла в Т1 и $78,9 \pm 14,8$ в Т4. Индекс здоровья изменялся аналогично: $0,7 \pm 0,14$ и $0,82 \pm 0,22$ соответственно. Выявлено статистически значимое повышение показателя «термометра» здоровья II группы, который составил в Т1 $60,0 \pm 16,4$ и в Т4 $63,9 \pm 13,8$ балла. По данным опросника EQ-5D изменения показателей КЖ III группы отсутствовали.

При сравнительном анализе данных специального опросника ОРАQ по точкам исследования с помощью метода дисперсионного анализа в I группе выявлено улучшение параметров 10 из 17 шкал опросника: с Т2 наблюдения – ПД, СС, БП, Б, С, У, УН, ВВ, НВ и с ТЗ – Н. При сравнении попарно четырех точек с применением поправки Бонферрони для множественных сравнений по всем шкалам, кроме ПД и СС, подтверждено повышение показателей КЖ. Шкала Р не анализировалась ввиду небольшого числа работающих женщин. Также положительно изменились параметры 2 из 4 анализируемых доменов: СМ с Т2 терапии и ФА с ТЗ. Во II группе улучшились показатели только 3 шкал ОРАQ: СА, НВ и УН, последняя при поправке Бонферрони, с ТЗ наблюдения. Домен ФА улучшился через 12 мес исследования.

При сравнении показателей КЖ I и II групп обнаружены достоверные различия по 14 из 17 шкал и четырем доменам в пользу пациенток, принимавших ЗГТ. Перечисленные выше шкалы I группы дополнились шкалами ХН, П, ПСД и СА, причем изменения в последней были связаны с улучшением этого аспекта КЖ во II группе. Статистически значимые различия шкал и доменов двух групп наблюдались с Т2 исследования, кроме шкалы Н и домена ПС – с ТЗ. Показатели шкал ОД, СО и РД не отличались в группах, что связано с практически нормальными их значениями в Т1 и с отсутствием неспособности больных к самообслуживанию.

Следовательно, представленный анализ данных убедительно доказал улучшение всех составляющих КЖ больных, страдающих постменопаузальном ОП, под влиянием этиотропной ЗГТ.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости оценки качества жизни и степень выраженности остеопороза у женщин как с естественной менопаузой, так и при развитии климактерического синдрома, в том числе и после хирургической менопаузы. Полученные данные указывают на улучшение всех составляющих качества жизни больных, страдающих постменопаузальным остеопорозом, под влиянием этиотропной заместительной гормональной терапии. Результаты исследования позволяют разработать эффективные диагностические и лечебно-профилактические мероприятия для улучшения качества жизни женщин в постменопаузальном периоде, а также для профилактики менопаузального остеопороза.

Можливості корекції якості життя у пацієнток з остеопорозом у період менопаузи

I. T. Kishakevich

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости оценивания качества жизни и степень выраженности остеопорозу у жінок як з природною менопаузою, так і при розвитку клімактеричного синдрому, у тому числі і після хірургічної менопаузи. Отримані дані вказують на поліпшення всіх складових якості життя хворих, страждаючих остеопорозом постменопаузи, під впливом етіотропної замісної гормональної терапії. Результати дослідження дозволяють розробити ефективні діагностичні і лікувально-профілактичні заходи для поліпшення якості життя жінок в періоді постменопаузи, а також для профілактики остеопорозу менопаузи.

Ключові слова: менопауза, якість життя.

Possibilities of correction of quality of life at patients with menopausal osteoporosis

I. T. Kishakevich

Results of the spent researches testify about necessities of an estimation of quality of life and degree of expressiveness of an osteoporosis at women both with natural menopause, and at development of a climacteric syndrome, including after surgical menopause. The obtained data has proved improvement of all components of quality of life of the patients suffering postmenopausal by an osteoporosis, under influence etiotrope replaceable hormonal therapy. The received results allow to develop effective diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for improvement of quality of life of women in postmenopausal period, and also for preventive maintenance menopausal osteoporosis.

Key words: menopause, quality of life.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.14-007.415:611.664

Дискутабельні питання поєднання аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку

Г.В. Колесник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що генетична схильність, стан відносної або абсолютної гіперестрогенії унаслідок гіпофункції яєчників, метаболічного синдрому, захворювань печінки, хронічні запальні захворювання (генітальні і екстрагенітальні), що сприяють зниженню місцевого і загального імунітету, призводять до місцевого порушення підтримки постійності клітинного складу тканин матки, зміни рецепції естрогену і Прогестерону, є найбільш значущими чинниками ризику розвитку гіперпластичних процесів органів репродукції. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аденоміоз, гіперпластичні процеси ендометрія, клініка, репродуктивний вік.

Останніми роками відзначається ушкодження матки всіма типами гіперпластичних процесів – аденоміоз, лейоміома, гіперплазія ендометрія – особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого тазу, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів [1–6].

У багаточисельних дослідженнях гіперпластичні процеси в ендометрії були діагностовані у 16–90% хворих на аденоміоз, причому переважали залозиста гіперплазія у поєднанні з поліпами ендометрія (23,4–56,2%), а також залозисті поліпи ендометрія на тлі незміненої слизової оболонки тіла матки (12–25%); аденоматозна гіперплазія ендометрія, осередковий аденоматоз, аденоматозні поліпи були виявлені в 6,5–18,7%, аденокарцинома матки – у 1,6–17,8% спостережень [3, 4].

Не дивлячись на сучасні методи обстеження, при поєднаній патології вирішальне значення на сьогодні належить клінічному дослідженню при поєднанні аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія. Це дозволяє заздалегідь поставити діагноз і вирішити питання про доцільність додаткових методів дослідження.

Все наведене вище свідчить про доцільність поглибленого комплексного дослідження поєднань аденоміозу, що часто зустрічаються, з патологічними

процесами ендометрія з використанням сучасних технологій, включаючи молекулярні дослідження.

Мета дослідження: вивчення клінічних особливостей поєднання аденоміозу з патологічними процесами ендометрія.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У справжнє дослідження були включені 153 хворі на аденоміоз у поєднанні з патологічними процесами ендометрія. Критерієм відбору був встановлений клінічний діагноз аденоміозу на підставі ретельного аналізу клініко-анамнестичних, інструментально-діагностичних і морфологічних даних. У випадках, коли після комплексного клініко-інструментального і гістологічного обстеження клінічний діагноз аденоміозу викликав сумніви, даний факт був критерієм виключення. Факт поєднання аденоміозу з лейоміомою матки розмірами понад 15 тиж вагітності також був критерієм виключення.

На підставі результатів дослідження 153 пацієнок з поєднаною патологією матки (аденоміоз) і ендометрія були розділені на групи:

- 1-а група – «чистий» аденоміоз (n=40);
- 2-а група – аденоміоз і рецидивуюча гіперплазія ендометрія (n=41);
- 3-а група – аденоміоз і гіперплазія атипії ендометрія (n=42);
- 4-а група – аденоміоз і рак ендометрія (n=30).

Середній вік пацієнок склав $37,3 \pm 3,5$ року і по групах достовірно не відрізнявся, тобто всі пацієнтки були репродуктивного віку.

Гіперменорею або менорагію визначали як менструації із збільшеною крововтратою (понад 80 мл). Кількість крові, що втрачається, визначали з використанням запропонованої піктограми для оцінки об'єму менструальної крововтрати. У наших дослідженнях рясні менструації спостерігалися у 95 (62%) хворих. Поліменорею визначали як маткову кровотечу, що регулярно виникає через проміжок часу <21 дня і тривалістю понад 7 днів. На тривалі менструації скаржилися 79 (51,6%) пацієнок. Метрорагія (маткові кровотечі, що не пов'язані з менструальним циклом) зустрічалася у 87 (56,7%) хворих, кров'янисті виділення до і після менструації – у 95 (62%) пацієнок.

Хворобливі менструації (дисменорея) мали місце у 59 (38,6%) жінок.

Серед основних показань для госпіталізації пацієнок слід виділити: маткові кровотечі різної інтенсивності – у 124 (81%) пацієнок; підозра на гіперпластичний процес ендометрія – 75 (49%); аденоміоз у поєднанні із зростаючою лейоміомою матки – 10 (6,5%); загострення хронічних запальних захворювань матки і придатків – 22 (14,6%); гіперплазія атипії ендометрія 42 (27,5%); підозріння на наявність пухлини і пухлиноподібного утворення яєчника – 10 (6,5%).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості пацієнок відзначалися порушення менструального циклу, такі, як кров'яні виділення до і після менструації, що мастять, і рясні, тривалі менструації. Більш ніж третина хворих 1-ї групи – пацієнтки з аденоміозом у поєднанні з ендометритом скаржилися на рясні 14 (35%) та тривалі 12 (30%)

менструації. Більше половини 12 (52,5%) страждали на дисменорею, і в 27 (67,5%) відзначалися кров'яні виділення, що мастять, до і після менструації. Ці дані свідчать про користь «активного» аденоміозу. Порушення менструального циклу в 2-й, 3-й, 4-й групах, такі, як мено- і метрорагії, є симптомами супутньої гіперплазії ендометрія з атипією і без неї та супутнього раку ендометрія. Метрорагії в постменопаузі спостерігалися у всіх хворих з аденокарциномою, що є патогномонічною ознакою даного захворювання.

Слід зазначити високий відсоток психоемоційних порушень, слабкості, підвищеної стомлюваності у хворих на аденоміоз усіх груп дослідження. Підвищена слабкість, стомлюваність – у 21 (70%), психоемоційні розлади – у 27 (90%) найбільш виражені в 4-й групі, що пов'язано з онкологічним захворюванням і супутньою анемією. Частота супутньої екстрагенітальної патології збільшувалася у міру наростання тяжкості основного захворювання. Високий відсоток захворювань ШКТ відзначено у всіх груп дослідження. Друге місце посідають захворювання молочних залоз, далі – захворювання серцево-судинної системи і ожиріння. Великий відсоток порушень ліпідного обміну виявлений в 2-й, 3-й, 4-й групах – 23 (56%), 26 (61,9%), 20 (66,6%) відповідно, що є проявом метаболічного синдрому – чинника ризику розвитку гіперпластичних процесів і раку ендометрія.

Аналіз менструальної функції у віці менархе відхилень не виявив. Середній вік настання менархе коливався від 11 до 18 років, в середньому $14,1 \pm 1,3$ року.

Високий відсоток пологів і медичних абортів відзначено у всіх групах (94,1% і 84,5% відповідно), біля половини з яких перебігала з ускладненням (48,4% і 53,6% відповідно). Середній вік перших пологів склав $28,3 \pm 3,2$ року. Отже, часто мали місце запальні захворювання матки і придатків як наслідок лікувально-діагностичних вишкрібань матки, ускладнених пологів, абортів.

Серед злоякісних захворювань статевих органів у родичок пацієнок 1-ї групи рак ендометрія спостерігали у 3 (7,5%), серед родичок хворих 2-ї групи – у 6 (14,6%), в 3-й групі – у 10 (23,8%) і у родичок пацієнок з аденокарциномою – у 15 (50%) найближчих родичок.

Запальні захворювання матки і придатків досить часто зустрічалися у всіх хворих на аденоміоз. У 2-й групі хронічний сальпінгофорит спостерігали у 20 (48,8%) хворих, хронічний ендометрит – у 13 (31,7%). У 3-й групі хронічний сальпінгофорит і ендометрит зустрічався у 23 (54,8%) і 16 (38%) відповідно. У 4-й групі наголошувалася також висока частота даних захворювань – 19 (63,3%) і 13 (43,3%) відповідно.

Лейоміома матки раніше спостерігалася у всіх 5 групах. У 1-й групі лейоміома матки супроводила аденоміоз в більш ніж половині випадків (55,2%), тривалістю захворювання від 1 року до 5 років (в середньому 3 роки). РДВ з приводу кровотеч було виконано 10 (40,4%) хворим, гормональне лікування гестагенами проведено 6 (15,3%) жінкам.

У 2-й групі хворих з доброякісними гіперпластичними захворюваннями ендометрія лейоміома матки зустрічалася в 18 (43,9%) випадків, тривалість захворювання з моменту виявлення до вступу в стаціонар знаходилася в діапазоні від 1 року до 21 року, в середньому 11 років. Хворі даної групи піддалися лікуваль-

но-діагностичному вишкрібанню матки в 25 (60,9%) випадках. Гормональне лікування проводили 10 (24%) пацієнткам (гестагени).

Більше половини хворих аденоміозом у поєднанні з гіперплазією атипії ендометрія – 23 (54,8%) – страждали лейоміомою матки тривалістю від 1 року до 5 років (в середньому 3 роки). Роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ) раніше було виконано 27 (64,3%) хворим. Кісти яєчників за даними анамнезу діагностувалися в 12 (28,6%) випадків.

У хворих раком ендометрія лейоміома матки спостерігалася більш ніж в третини, утворення яєчників раніше виявили в 11 (36,7%) хворих. РДВ виконано у 26 (86,7%) пацієнток.

Після проведення бімануального ректовагінального і ультразвукового дослідження нами були визначені розміри матки. У більшості хворих 59 (38,6%) розміри матки не перевищували 6–8 тиж вагітності. У

У 1-й групі переважали розміри матки 9–11 тиж – у 11 (27,5%) хворих, у 2-й групі – 6–8 тиж – у 21 (51,2%), у 3-й групі – 12–15 тиж – 19 (45,3%), у 4-й групі – у 14 (46,7%) розмірів матки не перевищували 6–8 тиж вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що генетична схильність, стан відносної або абсолютної гіперестрогенії унаслідок гіпофункції яєчників, метаболічного синдрому, захворювань печінки, хронічні запальні захворювання (генітальні і екстрагенітальні), що сприяють зниженню місцевого і загального імунітету, що призводять до місцевого порушення підтримки постійності клітинного складу тканин матки, зміни рецепції естрогену і Прогестерону, є найбільш значущими чинниками ризику розвитку гіперпластичних процесів органів репродукції. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Дискутабельные вопросы сочетания аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста

А.В. Колесник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что генетическая предрасположенность, состояние относительной или абсолютной гиперэстрогении, вследствие гиподисфункции яичников, метаболического синдрома, заболеваний печени, хронические воспалительные заболевания (генитальные и экстрагенитальные), способствующие снижению местного и общего иммунитета, что приводит к местному нарушению поддержания постоянства клеточного состава тканей матки, изменению рецепции эстрогенов и прогестерона, являются наиболее значимыми факторами риска развития гиперпластических процессов органов репродукции. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия, клиника, репродуктивный возраст.

Discussion questions of combination ademyose and hyperplastic processes of endometrium at women of reproductive age

A. V. Kolesnik

Results of the spent researches testify that genetic predisposition, a condition relative or absolute hyperestrogenia, owing to hypofunction of ovariums, a metabolic syndrome, diseases of liver, chronic inflammatory diseases (genital and extragenital), promoting decrease in local and general immunity that leads to local infringement of maintenance of a constancy of cellular structure of fabrics of a uterus, change recettion an estrogen and a progesterone, are the most significant risk factors of development hyperplastic processes of bodies of a reproduction. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: ademyose, hyperplastic processes of endometrium, clinic, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. // Методическое пособие для врачей. – М., 2011.
2. Аничков Н.М., Печеникова В.А. Сочетание аденомиозу и лейомиомы матки //Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 3. – С. 31–34.
3. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). – М.: Димитрейд График Групп, 2007. – 216 с.
4. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриодная болезнь. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л». – 2002. – 452 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – JL: Медицина, 2009. – 463 с.
6. Вишляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2008. – 768 с.

Современные аспекты ранней диагностики недержания мочи у женщин во время беременности и после родов

А.Л. Костюк

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что совокупность анамнестических и объективных данных позволяют выделить наиболее прогностически значимые факторы и сформировать группы риска по развитию недержания мочи у женщин во время беременности и после родов. Предлагаемый алгоритм является доступным и может найти широкое использование в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: ранняя диагностика, недержание мочи.

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 некоторых 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 разрушительно [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 нет достаточного освещения сведений о частоте манифестации симптомов НМ во время беременности и после родов. В многочисленных работах, изучающих факторы риска НМ, нами не встречены обобщения, 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 возможности прогнозирования недержания мочи у женщин во время беременности.

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, ультрасонографии нижних отделов мочевыводящих 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 возможности прогнозирования недержания мочи во время беременности.

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.

К кожным проявлениям НДСТ относятся тонкая, гиперэластичная кожа, обильные пигментные или депигментированные пятна, веснушки, родинки. Характерно образование келлоидных рубцов, рубцов типа «папиросной бумаги», отсутствие стрий после беременности и родов. В то же время, в случаях, когда НДСТ сопровождается гипоталамическим синдромом (ГС), у больных наблюдаются широкие, розовые или багровые полосы растяжения, бледнеющие по мере увеличения срока дебюта ГС.

Обнаружено, что 77,4% пациенток основной группы наблюдали изменения кожных покровов, характерные для синдрома НДСТ, из них у 42,4% отмечено два и более признака.

Все пациентки основной группы на основании критериев степени выраженности синдрома НДСТ были распределены по степени тяжести. При этом легкая степень НДСТ (до 9 баллов) выявлена у 68,2% пациенток; средняя степень тяжести НДСТ (10–16 баллов) – у 28,4% женщин и тяжелая степень (более 17 баллов) – у 3,4%.

Для решения поставленной цели нами проведена комплексная оценка выявленных в основной группе и в группе сравнения факторов риска манифестации симптомов НМ во время беременности и после родов. На основе модификации вероятностного метода Байеса нами разработаны метод прогнозирования риска НМ во время беременности и после родов, прогностическая карта и шкала.

Метод прогнозирования риска НМ во время беременности и после родов заключается в вычислении интегрированного показателя риска (Р) на основании данных, заключенных в прогностической карте и соотношении полученного результата со шкалой степени риска.

Прогностическая карта риска НМ во время беременности и после родов включает факторы риска, их градации, соответствующие им нормированные интенсивные показатели (НИП), весовые коэффициенты (К), прогностические коэффициенты (R), баллы для вычисления степени риска.

Весовой коэффициент определяет значимость каждого фактора. Факторы, весовые коэффициенты которых более 1, относятся к числу факторов риска.

При изучении весовых коэффициентов факторов риска выявлено, что наибольшее значение ($K > 2$) имеют количество беременностей в анамнезе, возраст женщины, наличие экстрагенитальных заболеваний, являющихся висцеральными проявлениями синдрома НДСТ, масса новорожденного. Значительное влияние на прогноз оказывают факторы, имеющие значения К от 1,5 до 2, к ним относятся осложнения родов, акушерские травмы и акушерское рассечение промежности, наследственность, занятость женщины. Патология опорно-двигательного аппарата, как клиническое проявление синдрома НДСТ, отягощенный гинекологический анамнез, осложнения беременности также являются факторами риска развития НМ во время беременности и после родов и относятся к числу факторов, имеющих К от 1 до 1,5.

Прогностический коэффициент (R) отражает долю участия фактора в прогнозе. Прогностический коэффициент рассчитывается для каждой градации фактора по формуле: $R = \text{НИП} \times K$. Величина R зависит от значения весового коэффициента фактора в целом. Прогностическая карта риска развития НМ во время беременности и после родов представлена в табл. 1.

Интегрированный показатель риска (Р) у конкретного лица рассчитывается по прогностической карте индивидуально с учетом наличия градаций каждого фактора риска. Расчет может быть произведен двумя способами, оба способа расчета являются статистически достоверными.

При первом способе расчета производится деление суммы прогностических коэффициентов, выявленных градаций факторов риска на сумму соответствующих им весовых коэффициентов по формуле:

Таблица 1

Прогностическая карта риска развития недержания мочи во время беременности и после родов

Факторы	Градации факторов	НИП	К	R	Балл
Возраст	18-25 лет	0,46	3,97	1,82	1
	26-30 лет	1,21		4,80	5
	31-35 лет	1,81		7,18	9
	36 лет и старше	1,83		7,26	9
Занятость	Легкий труд	0,75	1,86	1,39	1
	Тяжелый физический труд	1,40		2,60	2
Гинекологические заболевания	Нарушения менструальной функции	1,44	1,45	2,08	1
	Рецидивирующие вагиниты	2,09		3,03	3
	Опущение стенок влагалища	2,02		2,92	3
Паритет	Первородящие первобеременные	0,30	5,10	1,53	1
	Первородящие, имевшие аборт	1,53		7,80	10
	Повторнородящие, не имевшие аборт	0,82		4,18	5
	Повторнородящие, имевшие аборт	1,31		6,68	8
Течение предыдущей беременности	Угроза раннего выкидыша	1,69	1,35	2,28	2
	Угроза позднего выкидыша	1,84		2,48	2
	Угроза преждевременных родов	1,69		2,28	2
	Ранний токсикоз	1,36		1,83	1
	Анемия беременных	1,43		1,93	1
Течение предыдущих родов	Срочные роды	0,96	1,83	1,76	1
	Преждевременные роды	1,50		2,74	2
	Преждевременное излитие вод	1,76		3,22	3
	Быстрые роды	1,47		2,69	2
	Стремительные роды	1,61		2,94	3
	Кесарево сечение	1,65		3,01	3
Нарушение целостности мягких тканей родовых путей в анамнезе	Разрывы шейки матки	1,94	1,56	3,02	3
	Разрывы влагалища	1,61		2,51	2
	Разрывы промежности	2,02		3,15	3
	Эпизиотомия	1,29		2,01	1
	Перинеотомия	1,43		2,23	2
Масса новорожденного	Масса < 2500 г	1,51	2,56	3,86	4
	Масса 2500 - 3800 г	0,72		1,84	1
	Масса >3800 г	1,85		4,73	5

Таблица 1 (продолжение)

Факторы	Градации факторов	НИП	К	R	Балл
Экстрагенитальная патология	Пролапс митрального клапана	2,33	2,68	6,24	7
	Артериальная гипертензия	1,31		3,51	4
	РВНС	1,72		4,60	5
	Изменения ЭКГ: нарушения проводимости, ритма, реполяризации	2,03		5,4	6
	ВРВ нижних конечностей	1,96		5,25	6
	Геморрой	2,33		6,24	7
	Частые простудные заболевания	1,59		4,26	5
	Хронический ларингит, трахеит, бронхит	2,17		5,81	7
	Хронический тонзиллит, тонзиллэктомия	2,02		5,41	6
	Грыжи	3,28		8,76	11
	Нефроптоз	2,22		5,94	7
	Хронический гастрит,	1,22		3,26	3
	Гастродуоденит				
	ДЖВП	1,36		3,64	4
	Хроническая констипация	1,98		5,31	6
	Патология опорно-двигательного аппарата	Патология зрения, в т.ч.	1,65		4,42
Миопия					
Аллергические реакции		2,25		6,03	7
Сколиоз, кифосколиоз		2,22	1,26	2,79	3
Переломы		2,17		2,73	3
Заболвания у кровных родственников	Вывихи, в т.ч. привычные	2,15		2,70	2
	Остеохондроз	1,75		2,2	2
	Артрозо-артриты	1,98		2,49	2
	НМ	2,08	1,56	3,24	3
	Пролапс гениталий, грыжи, висцероптоз	2,11		3,29	3
	Варикозное расширение вен	1,92		2,99	3
Заболвания у кровных родственников	ПМК	1,71		2,66	2
	Патология опорно-двигательного аппарата	1,64		2,55	2
	Миопия	1,35		2,11	2

$$P = \Sigma R / \Sigma K$$

Полученная величина соотносится со шкалой риска для определения низкой, средней или высокой степени риска.

Второй способ расчета заключается в суммировании всех прогностических коэффициентов выявленных градаций факторов по формуле: $P = \Sigma R$

Для удобства применения прогностической карты в ежедневной практике врача акушера-гинеколога на основании второго способа расчета нами разработана система оценки интегрированного показателя риска в баллах. Значениям прогностических коэффициентов для всех градаций факторов риска были присвоены баллы, исходя из того, что наименьшее значение R было принято за 1 балл. Интегрированный показатель риска рассчитывается путем суммирования баллов и соотношения полученного значения со шкалой степени риска: $P = \text{сумма баллов}$

Шкала степени риска, рассчитана на основании определения диапазонов риска. Граница минимального риска рассчитана по формуле, где сумма минимальных значений прогностических коэффициентов для всех градаций факторов делится на суммарный весовой коэффициент:

$$P_{\min} = ZP_{\min} / IK = 21,83 / 25,18 = 0,86$$

При подсчете в баллах $P_{\min} = 8$ баллов, соответствующих $P_{\min} = 15$. Граница максимального риска рассчитана по формуле, где сумма максимальных значений прогностических коэффициентов для всех градаций факторов делится на суммарный весовой коэффициент:

$$P_{\max} = iP_{\max} / 1\% = 49,1 * 1 / 25,18 = 1,95$$

При подсчете в баллах $P_{\max} = 54$ баллов, соответствующих $R_{\max} = 54$. Разность P_{\max} и P_{\min} является тем диапазоном, значениям которого соответствует средняя степень риска.

Шкала степени риска, отражающая значения интегрированного показателя риска и значения оценки в баллах при низкой, средней и высокой степени риска, представлена в табл. 2

Примеры клинического использования при подсчете интегрированного показателя риска в баллах.

Пример 1. Пациентка А., 36 лет, работает проводником пассажирских поездов. Из гинекологических заболеваний имеет рецидивирующие вагиниты, опущение стенок влагалища. В анамнезе 1 роды и 3 аборта. Во время предыдущей доношенной беременности наблюдалась угроза преждевременных родов и анемия беременных. Предыдущие роды были срочными, с преждевременным излитием околоплодных вод. В родах была произведена эпизиотомия. Масса тела новорожденного бы-

Таблица 2

Шкала степени риска развития НМ во время беременности и после родов

Параметры расчета	Низкая степень риска	Средняя степень риска	Высокая степень риска
Значения R для первого способа расчета	<0,86	0,87-1,94	>1,95
Значения R для второго способа расчета	< 15	16-53	>54

ла 3850 г. Из экстрагенитальных заболеваний имеет варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой, хронический гастрит, остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Отмечает наличие недержания мочи у бабушки, наличие варикозного расширения вен у матери.

При оценке интегрированного показателя риска НМ во время беременности и после родов в соответствии с прогностической картой получены следующие результаты: возраст 36 лет – 9 баллов, тяжелый физический труд – 2 балла; рецидивирующие вагиниты – 3 балла; опущение стенок влагалища – 3 балла; повторнородящая женщина, делающая аборт – 8 баллов, имела угрозу преждевременных родов – 2 балла, анемию беременных – 1 балл; предыдущие роды были срочными – 1 балл, с преждевременным излитием околоплодных вод – 3 балла, выполнена эпизиотомия – 1 балл, масса новорожденного 3850 г – 5 баллов; имеет варикозное расширение вен нижних конечностей – 6 баллов, геморрой – 7 баллов, хронический гастрит – 3 балла, остеохондроз – 2 балла; отмечает наличие недержания мочи у бабушки – 3 балла, наличие варикозного расширения вен у матери – 3 балла. Всего – 62 балла.

В соответствии со шкалой степени риска пациентка относится к группе высокого риска развития НМ во время беременности и после родов.

Пример 2. Пациентка Б., 21 год, студентка. Гинекологических заболеваний в анамнезе не имеет, беременность первая, из экстрагенитальных заболеваний миопия. Отмечает наличие варикозного расширения вен у матери. При оценке интегрированного показателя риска развития НМ во время беременности и после родов в соответствии с прогностической картой получены следующие результаты: оценивается, возраст 21 год как 1 балл, легкий труд – 1 балл, беременность первая – 1 балл, миопия – 5 баллов, наличие варикозного расширения вен у матери – 3 балла. Всего – 11 баллов.

В соответствии со шкалой степени риска развития НМ во время беременности и после родов пациентка относится к группе низкого риска развития НМ во время беременности и после родов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, совокупность анамнестических и объективных данных позволяет выделить наиболее прогностически значимые факторы и сформировать группы риска по развитию недержания мочи у женщин во время беременности и после родов. Предлагаемый алгоритм является доступным и может найти широкое использование в практическом здравоохранении.

Сучасні аспекти ранньої діагностики нетримання сечі у жінок під час вагітності та після пологів

А.Л. Костюк

Результати проведених досліджень свідчать, що сукупність анамнестичних і об'єктивних даних дозволяє виділити найбільш прогностично значимі фактори і сформувати групи ризику щодо розвитку нетримання сечі у жінок під час вагітності і після пологів. Пропонований алгоритм є доступним і може знайти широке використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: *рання діагностика, нетримання сечі.*

Modern aspects of early diagnostic of an incontience of urine at women during pregnancy and after the delivery

A.L. Kostjuk

Results of the spent researches testify that set anamnestic and the objective data allows to allocate most forecasting significant factors and to generate risk groups on development of an incontience of urine in women during pregnancy and after the delivery. The offered algorithm is accessible and can find wide use in practical public health services.

Key words: *early diagnostic, an urine incontience.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. Глебова Н.Н. Состояние мочевой системы 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.
3. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, И.В. Краснополяский, Т.Г. Муравьева // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 1. – С. 54–57.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Краснополяский В.И. Современные методы диагностики состояния мочевого пузыря и уретры при стрессовом недержании мочи / В.И. Краснополяский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 3. – С. 54–61.

УДК 618.145-002.18-007.61:611.664]-06:616.441-008.64

Особливості лікування гіперпластичних процесів ендометрія на тлі гіпотиреозу у жінок репродуктивного віку

О.О. Літвак

Державне управління справами

Науково-практичний центр профілактичною і клінічною медициною

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) в порівнянні із залістими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%). При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залістистої тканини молочних залоз (72,0%). Використання вдосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити число рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, гіпотиреоз, лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи у жінок репродуктивного віку відзначають гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) [1–3]. Основними причинами розвитку різних варіантів ГПЕ є високий рівень дисгормональних порушень в цьому періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [4–6].

В умовах сьогодення тиреоїдна дисфункція і особливо гіпотиреоз є патологією, що досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі захворюваності патологія щитоподібної залози (ЩЗ) займає одне з перших місць [7, 8]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть розпочинатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини тощо [9, 12].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах ГПЕ і гіпотиреозу окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично, відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації носять фрагментарний характер. Все вищевикладене свідчить про актуальність наукового завдання, що піднімається.

Мета дослідження: підвищення ефективності консервативної терапії ГПЕ у жінок з гіпотиреозом на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму різних методів використання медикаментозної терапії і прогнозування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань нами було обстежено 243 жінки репродуктивного віку. З них характер перебігу гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) був вивчений у 182 жінок. Всіх 243 жінок було розподілено на три групи:

1-а група – 61 жінка дітородного віку без ГПЕ, з регулярним двофазним менструальним циклом, що не вживали протягом 6 міс гормональні препарати, із зміною структури і об'єму щитоподібної залози (ЩЗ) в стані еутирерозу;

2-а група – 96 жінок з гіпотиреозом І ГПЕ, розподілених на дві підгрупи, з субклінічними і «маніфестними» проявами гіпотиреозу:

2.1 підгрупа – 55 жінок репродуктивного віку з клінікою ГПЕ і змінами об'єму і структури ЩЗ, характерними для стану субклінічного гіпотиреозу;

2.2 підгрупа – 41 жінка репродуктивного віку, з клінікою ГПЕ, що мають зміну об'єму і структури ЩЗ з «маніфестним» гіпотиреозом.

3-я група – 86 жінок з ГПЕ без супутньої патології ЩЗ.

Дослідження проводилися в три етапи.

I етап – вивчення характеру екстрагенітальної і генітальної патології у жінок з ГПЕ репродуктивного періоду.

II етап – вивчення стану ЩЗ у жінок з ГПЕ репродуктивного періоду.

III етап – вивчення характеру перебігу ГПЕ у жінок репродуктивного віку з патологією ЩЗ.

Обстеження всіх пацієнток проводилося за наступною схемою:

- стандартне опитування із заповненням статистичної карти;
- дослідження органів і систем організму;
- спеціальне гінекологічне дослідження;
- визначення стану ендометрія (УЗД, гістероскопія, роздільне діагностичне вишкрібання або аспіраційна біопсія);
- дослідження функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи;
- дослідження функції щитоподібної залози.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) в порівнянні із залістими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%).

При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейоміомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого тазу (55,0%) і гіперплазією залістистої тканини молочних залоз (72,0%).

Менструальна функція у пацієнок з поєднанням гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу характеризується переважанням ановуляторного менструального циклу (74,8%) в порівнянні з двофазним циклом (25,2%).

Ендокринологічний статус у пацієнок з поєднанням гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу залежить від збереження фазності менструального циклу:

- при ановуляторному циклі має місце гіперестрогенія, підвищення рівня ЛГ на тлі нормальної концентрації ФГС і зниження вмісту Прогестерону;
- при двофазному циклі дисгормональні порушення носять компенсований характер.

При аналізі взаємозв'язку між тиреоїдною дисфункцією і різними формами гіперпластичних процесів ендометрія встановлено, що збільшення частоти залози-сто-кістозної гіперплазії ендометрія в жінок на тлі патології гіпотиреозу залежить від тривалості тиреоїдної дисфункції і ступеню гормональних порушень.

Тривалий і виражений дефіцит специфічної дії тиреоїдних гормонів призводить до вираженого порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи, а першими проявами є розлад менструальної функції з ановуляцією, безпліддям і матковими кровотечами.

Зіставлення результатів цитологічного інструментальних і морфологічних досліджень показало, що точність цитологічної діагностики гіперпластичних процесів ендометрія склала 46,8%, трансвагінальної ультразвукової – 68%, ендоскопічної – 97,9%.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

1. Для ефективної діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом не обходяться використання комплексний похід на основі вживання клініко-лабораторних, ехографічних і ендоскопічних методів дослідження.

2. Лікувальна тактика при гіперпластичних процесах ендометрія при гіпотиреозі залежить від патоморфологічної характеристики ендометрія, віку пацієнтки, ступеня порушення функції щитоподібної залози, супутньої генітальної і екстрагенітальної патології.

3. У жінок 20–34 років при виявленні гіперпластичних процесів ендометрія необхідно призначати комбіновані оральні контрацептиви впродовж 6 міс; ехографічний контроль – через 3, 6, 12 міс, аспіраційну цитологію – через 3 міс, роздільне вишкрібання і гістероскопію – через 6 міс.

4. У жінок 40–44 років при виявленні гіперпластичних процесів ендометрія слід призначати гестагени впродовж 6 міс. Ехографічний контроль проводити через 3, 6, 12 міс, аспіраційну цитологію – через 3 міс, роздільне діагностичне вишкрібання і гістероскопію – через 6 міс.

5. В комплекс лікування хворих з гіперпластичними процесами ендометрія при гіпотиреозі, окрім гормональної терапії, за показаннями можна включати засоби, що поліпшують стан центральної нервової системи, препарати, що сприяють корекції змінних і водно-електролітних порушень, поліпшуючі функцію травного тракту, гіпосенсибілізуючі, а також седативні препарати.

6. Для ефективного прогнозування гіперпластичних процесів ендометрія у пацієнок з гіпотиреозом слід враховувати значущість найбільш значущих чинників розвитку: наявність генітальної патології (R=8,1); полікістозні (мульти-

фолікулярні) зміни яєчників (R=5,3); наявність супутньої мастопатії (R=5,0); тривалість порушень менструальної функції (R=4,8); наявність обтяженої спадковості (R=4,5).

Ефективність запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і прогностичних заходів складає 97,0%, а в 3,0% проведено оперативне лікування в об'ємі гістеректомії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використанням вдосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити число рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

Особенности лечения гиперпластических процессов эндометрия на фоне гипотиреоза

Е.О. Литвак

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основным вариантом гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом является железисто-кистозная гиперплазия (79,3%) по сравнению с железистыми и железисто-фиброзными полипами эндометрия (20,7%). При сочетании гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза имеет местоотяженный гинекологический анамнез (ювенильные – 13,5% и дисфункциональные маточные кровотечения – 73,9%), а также сочетание с лейомиомой матки (63,3%), хроническими воспалительными процессами малого таза (55,0%) и гиперплазией железистой ткани молочных желез (72,0%). Использование усовершенствованного алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом, снизить число рецидивов и дает возможность восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, гипотиреоз, лечение.

Features of treatment of hyperplastic processes of endometrium against hypothyroidism at women of reproductive age

E.O. Litvak

Results of the spent researches testify that the basic variant of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism is glands-cystes hyperplasia (79,3%) in comparison with ferruterous and glands-fibrous polyps of endometrium (20,7%). At a combination of hyperplastic processes of endometrium and hypothyroidism the burdened gynecologic anamnesis (juvenile – 13,5% and dysfunction uterine bleedings – 73,9%), and also a combination with leiomyoma of uterus (63,3%), chronic inflammatory processes of a small basin (55,0%) and hyperplasia of ferruterous fabric of mammary glands (72,0%) takes place. Use of advanced algorithm forecasting and treatment-and-prophylactic actions allows to raise efficiency of treatment of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism, to lower number of relapses and gives the chance restoration of reproductive function.

Key words: hyperplastic processes of endometrium, hypothyroidism, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. – М.: МИА, 2011. – 247 с.
2. Сучасні принципи діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрію. Методичні рекомендації. – Згідно з Протоколом, затвердженим Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 / Під ред. А.Я. Сенчука, 2005.
3. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
4. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
5. 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.
6. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2012. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
7. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2005. – 427 с.
8. 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.
9. 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.
10. Раскुरатов А.Ю. Клинико-биохимические показатели в диагностике и прогнозировании течения железистой гиперплазии эндометрия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А.Ю. Раскुरатов. – М., 2002. – 19 с.
11. 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.
12. Рожковська Н.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / Н.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 49–50.

УДК 618.14-007.415:611.664

Тактика ведення пацієнток з аденоміозом на тлі гіперпластичних процесів матки

Б.М. Лисенко

Державне управління справами

Результати проведених досліджень дозволяють виділити порівняльні аспекти консервативного лікування аденоміозу у поєднанні з гіперпластичними процесами матки шляхом використання внутрішньоматкових гормональних спіралей і гормональних препаратів для системного вживання. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: аденоміоз, гіперпластичні процеси матки.

Проблема аденоміозу і гіперпластичних процесів матки тісно пов'язана з методом терапії, у тому числі і консервативної [1–9]. В Україні, як і в інших розвинутих країнах, найчастіше використовується гормональний метод лікування аденоміозу і гіперпластичних процесів матки.

Останніми роками відзначений ряд ускладнень, пов'язаних з неефективністю лікування даної патології, особливо серед жінок пізнього репродуктивного віку, що визначає важливість проблеми вибору надійного методу терапії у даних пацієнток. Відомо, що в пізній репродуктивний вік зростає частота порушень менструальної функції, однією з основних причин розвитку якої є наявність аденоміозу і поєднаних гіперпластичних процесів матки [1, 2, 6]. Як правило, в анамнезі жінок старшого репродуктивного віку спостерігається висока частота екстрагенітальної патології, оперативних втручань, гінекологічних захворювань: лейоміома матки, ендометріоз, фіброзно-кістозна мастопатія, гіперпластичні процеси в різних ланках репродуктивної системи, які надалі часто є фоном для розвитку онкологічної патології [7–9].

Основні труднощі при вирішенні питання про вибір методу лікування пов'язані з цілим рядом особливостей, властивих цьому віковому періоду: високою частотою перенесених оперативних втручань на статевих органах і їх наслідків, разом з чинниками, які обтяжують ці захворювання: гіпертонія, надлишкова маса тіла, куріння, часті стреси, нерегулярне статеве життя та ін. [3–5].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми аденоміозу і гіперпластичних процесів матки, питання порівняльних аспектів терапії у жінок пізнього репродуктивного віку, практично, не вивчені, хоча їх необхідність не викликає сумнівів.

Мета дослідження: підвищення ефективності консервативної терапії аденоміозу у поєднанні з гіперпластичними процесами матки на основі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і морфологічних змін, а також розробки алгоритму різних способів використання гормональної терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою реалізації поставлених завдань нами було проведено обстеження і лікування 100 хворих зі встановленим діагнозом аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія. Пацієнтки розділені на 2 групи залежно від варіанту консервативної терапії:

1-а група – 50 жінок, де для лікування використовувалася внутрішньоматкова система, що містить левоноргестрел (ЛНГ–ВМС);

2-а група – 50 жінок, де застосовувалися агоністи гонадотропін-рилізінг гормону (а-ГнРГ) впродовж 6 міс спостереження.

Усім пацієнткам було проведено спеціальне клінічне обстеження з поглибленим вивченням нейроендокринної системи, гормонального гомеостазу, системи гемостазу, обміну заліза, анатомічних особливостей і функції статевих систем.

При вивченні анамністичних даних проводили аналіз особливостей преморбідного фону, спадковості, перенесених і супутніх екстрагенітальних і гінекологічних захворювань. При цьому особлива увага була приділена вивченню перенесених захворювань в різні періоди життя: дитячі інфекції, соматичні і гінекологічні захворювання і оцінці їх вираженості. Наголошувалися раніше проведені методи консервативної гормональної терапії з уточненням часу, тривалості і режиму введення.

Ретельно були вивчені специфічні функції жіночого організму: менструальна (вік менархе, період становлення менструальної функції, тривалість і об'єм менструальних кровотеч, наявність болювих відчуттів). За наявності порушень з'ясували характер і тривалість їх. Репродуктивна система оцінювалася по кількості вагітностей, їх перебігу, результату, наявності ускладнень, особливостям пологів і післяпологового періоду.

Вивчення історії справжнього захворювання включало скарги, що пред'являлися, час виникнення, особливості клінічного перебігу, характер і об'єм проведеного консервативного гормонального лікування, і його ефективність, наявність інших гінекологічних захворювань.

При клінічному обстеженні проводили загальний огляд, оцінку будови тіла і конституціональних особливостей, стан молочних залоз, серцево-судинну, дихальну, сечовидільну, травну, нервову, ендокринну системи.

Гінекологічний статус визначали на підставі огляду зовнішніх статевих органів, дослідження піхви і шийки матки, особливостей заднього зведення за допомогою дзеркал, бімануального вагінального дослідження. Звертали увагу на розміри матки, характер поверхні, консистенцію, форму, рухливість, хворобливість, стан перешийка матки, крижово-маткових в'язок, придатків матки (величину, рухливість, хворобливість, консистенцію). Бімануальне дослідження проводили в динаміці менструального циклу. Для більшої об'єктивності вважали за доцільне проведення ректовагінального дослідження.

З лабораторних методів дослідження були використані як рутинні (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження вагінального відокремлюваного, онкоцитологія, аналіз біохімічних параметрів і гемостазіограми, глюкоза крові, дослідження сироватки крові на вміст гормонів), так і сучасні високоінформативні спеціальні методи – ультразвукове трансабдомінальне і трансвагінальне сканування органів малого тазу, гістероскопія, пайпель – біопсія ендометрія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі поєднаної патології матки в 33,0% випадків спостерігається поєднання аденоміозу і лейоміоми; у 32,0% – аденоміоз; у 18,0% – поєднання аденоміозу і гіперплазії ендометрія і в 17,0% – поєднання аденоміозу, лейоміоми і гіперплазії ендометрія.

Основними клінічними проявами поєднаної патології матки є дисменорея (89,0%); поліменорея (87,0%); болі внизу живота, що посилюються під час менструації (77,0%); незначні кров'яні виділення в перед- і постменструальний періоди (70,0%) і диспареунія (64,0%).

Використання ЛНГ–ВМС призводить до нормалізації менструальної функції: в 24,6% хворих наголошується стійка нормалізація менструального циклу, в 50,8% – опсоменорея, в 24,6% – аменорея; повністю усувається дисменорея, зменшується БІ на 68,7%; розміри матки – на 13,7% з тенденцією до зменшення середнього розміру вузлів лейоміоми; при супутніх гіперпластичних процесах ендометрія – в 79,8% спостережень залозистий епітелій не має функціональної активності, ендометрій атрофічний, а строма – з децидуальноподібною реакцією.

Через 12 міс використання ЛНГ–ВМС відбувається підвищення показників гемоглобіна в середньому на 25,4%; сироваткового заліза на 59,1%; ферритину крові на 76,4%. Рівні стероїдних гормонів достовірно не змінюються на тлі терапії ЛНГ–ВМС. Показники рівнів ЛГ в процесі лікування ЛНГ–ВМС достовірно не змінюються, ФСГ знижується на 33,3%, залишаючись в межах нормативних значень.

Побічні ефекти ЛНГ–ВМС у вигляді скороминущих ациклічних кров'яних виділень в перших 3–4 міс спостерігаються в 82,6% хворих, через 12 міс в 4,0%; у вигляді функціональних кіст яєчників в 33,3% впродовж 3–4 міс, які купіруються самостійно.

Використання ЛНГ–ВМС в терапії аденоміозу і поєднаних гіперпластичних процесів ендометрія і міометрія достовірно покращує параметри ролевого фізичного функціонування (73,3±6,5 балу), інтенсивності болю (78,4±7,4 балу), загального стану здоров'я (89,6±8,5 балу) і життєвої активності (90,2±8,8 балу), що покращує показники як фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я, підвищуючи рівень якості життя.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- вживання ЛНГ–ВМС доцільне при початкових стадіях аденоміозу (1–2 ст.) у поєднанні з гіперпластичними процесами міометрія і ендометрія (проста залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія). У останніх випадках необхідно використовувати а-ГнРГ.

- пацієнткам, що отримували раніше консервативне лікування аденоміозу і поєднаних гіперпластичних процесів ендометрія і міометрія а-ГнРГ, в подальшому як протирецидивну терапію рекомендувати застосування ЛНГ–ВМС.

- у комплексі діагностичних маніпуляцій до введення ЛНГ–ВМС необхідно включати гормональний, інфекційний скринінг, ультразвукове сканування трансвагінальним доступом, гістероскопію з розділним діагностичним вискоблованням ендометрія і ендометрія.

- протягом першого року терапії ЛНГ–ВМС ультразвукове сканування необхідно проводити через 3, 6, 12 міс після введення для контролю розташування в порожнині матки, величини М-ехо-камера, стану яєчників. За наявності функціональних кіст яєчників і ациклічних кров'яних виділень в процесі перших 3–4 міс терапії ЛНГ–ВМС проведення додаткової терапії не потрібне.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють виділити порівняльні аспекти консервативного лікування аденоміозу у поєднанні з гіперпластичними процесами матки шляхом використання внутрішньоматкових гормональних спіралей і препаратів для системного вживання а-ГнРГ. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати запропоновану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Тактика ведення пациенток с аденомиозом на фоне
гіперпластических процессов матки
Б.М. Лысенко**

Результаты проведенных исследований позволяют выделить сравнительные аспекты консервативного лечения аденомиоза в сочетании с гиперпластическими процессами матки путем использования внутриматочных гормональных спиралей и гормональных препаратов для системного применения. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать предложенную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: аденомиоз, гиперпластические процессы матки.

**Tactics of conducting patients with adenomyosises against hyperplastic
processes of uterus
B.M. Lusenko**

Results of the spent researches allow to allocate comparative aspects of conservative treatment adenomyosises in a combination to hyperplastic processes of a uterus by use внутриматочных hormonal spirals and hormonal preparations for system application. The received results allow us to recommend the offered technique for wide use in practical public health services.

Key words: adenomyosises, hyperplastic processes of a uterus.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2010. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомы И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Влияние хронической урогенитальной инфекции на репродуктивное здоровье многоплодных пациенток

Д.Х. Саидова

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

Результаты наших исследований показали, что снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у многоплодных женщин с хронической урогенитальной инфекцией в анамнезе необходимо начинать с этапа восстановления репродуктивной функции с последующим переходом на передгравидарную подготовку. Учитывая тот факт, что основой последующих акушерских и перинатальных осложнений у женщин этой группы является высокий риск интраамниального инфицирования, обусловленный целым комплексом негативного влияния перенесенной урогенитальной инфекции. Полученные результаты являются убедительным обоснованием разработанной лечебно-профилактической методики. Существенное повышение частоты восстановления репродуктивной функции на фоне снижения уровня акушерских и перинатальных осложнений является основанием для широкого внедрения предлагаемой методики в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: репродуктивная функция, урогенитальная инфекция, многоплодные женщины.

В настоящее время хроническая урогенитальная инфекция (ХУГИ) является одной из основных проблем современной репродуктологии [1, 3]. Это предопределено постоянно растущей частотой данной патологии среди женщин репродуктивного возраста, широким спектром сочетанных форм различной инфекции, неэффективностью общепринятых лечебно-профилактических мероприятий и тому подобное [2, 4].

Нарушение репродуктивной функции у многоплодных женщин (более 3 родов в анамнезе) с ХУГИ происходит на фоне выраженных иммунологических и эндокринологических нарушений, а также изменения микробиоценоза половых путей [5, 6]. Широкое и не всегда обоснованное использование антибактериальных препаратов, часто в виде 2–3 разных антибиотиков, приводит к выраженным нарушениям микробиоценоза половых путей и пищеварительного тракта, угнетению местного иммунитета и появлению дисгормональных изменений, на фоне которых развиваются нарушения менструального цикла [5].

Беременность и роды у многоплодных женщин с ХУГИ в анамнезе, как правило, протекает с высокой частотой акушерской и перинатальной патологии, предопределенной значительным уровнем интраамниального инфицирования и начальными иммунологическими и эндокринологическими нарушениями [2, 4, 6].

Все изложенное выше является обоснованием для проведения настоящего научного исследования.

Цель исследования: снижение частоты нарушений репродуктивной функции, акушерских и перинатальных осложнений у многоплодных женщин с ХУГИ в анамнезе на основе изучения клинико-микробиологических, иммунологических и эндокринологических изменений, а также усовершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий и предгравидарной подготовки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью и задачами нами были обследованы 100 многоплодных пациенток с разными формами урогенитальной инфекции в анамнезе, которые были распределены на две группы:

1-я группа – 50 многоплодных женщин, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;

2-я группа – 50 многоплодных женщин, проведенных поэтапно за разработанной нами методикой.

Контрольную группу составляли 50 гинекологически и соматически здоровых женщин репродуктивного возраста.

Ведение пациенток 1-й группы проводилось по общепринятым протоколам:

- специфическая антимикробная терапия;
- противовирусная терапия;
- иммуномодуляция;
- дегельминтизация;
- санация хронических очагов инфекции;
- коррекция микрофлоры кишечника и влагалища.

I. Ведение пациенток 2-й группы проводили с дополнительным использованием антигемотоксической терапии и поэтапно. Так, сначала проводилось лечение хронического сальпингофорита с учетом выраженности дизурической симптоматики:

1. При наличии выраженных дизурических симптомов использовали такие препараты:

- гинекохель – по 10 капель 3 раза в сутки под язык на протяжении 1,5 мес;
- траумель С – по 1 таблетке 3 раза в сутки под язык в течение 3 нед + внутримышечно по 2,2 мл 1 раз в 2–3 дня – 10 инъекций;
- лимфомиозот – по 10 капель 3 раза в сутки под язык на протяжении 3 нед + 1,1 мл внутримышечно 1 раз в 2–3 дня – 5 инъекций;
- солидаго композитум – по 2,2 мл 1 раз в 3 дня – 10 инъекций;
- ренель – по 1 таблетке 3 раза в день под язык на протяжении 3 нед;
- агнус космоплекс – по 1 суппозиторию 2 раза на день во влагалище или прямую кишку в течение 1 мес.

2. При стертой дизурической симптоматике применяли такие препараты:

- гинекохель – по 10 капель 3 раза в сутки под язык на протяжении 1,5 мес;
- траумель С – по 1 таблетке 3 раза в сутки под язык в течение 3 нед + по 2,2 мл внутримышечно 1 раз в 2–3 дня – 10 инъекций;
- лимфомиозот – по 10 капель 3 раза в сутки под язык в течение 3 нед;
- эхинацея композитум – по 2,2 мл внутримышечно 1 раз в 3–5 дней – 10 инъекций;

3. С момента появления дизурических симптомов использовали такие препараты:

- солидаго композитум – по 2,2 мл 1 раз в 3 дня – 10 инъекций;
- ренель – по 1 таблетке 3 раза в сутки под язык в течение 3 нед;
- агнус космоплекс – по 1 суппозиторию 2 раза в день во влагалище или прямую кишку на протяжении 1 мес.

II. Отдельным этапом проводилась прегравидарная подготовка такими препаратами:

- гинекохель – по 10 капель 3 раза в сутки под язык на протяжении 3 нед;
- ренель – по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 3 нед;
- солидаго композитум – по 2,2 мл 1 раз в 3 дня – 10 инъекций.

В комплекс клинико-лабораторного и функционального обследования были включены такие моменты:

- клинический анамнез;
- общий и гинекологический обзор;
- лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, коагулограмма, печеночные пробы; сахар крови; креатинин; мочевины; мочевины; общий белок и белковые фракции; агрегация тромбоцитов; лейкоцитарный индекс интоксикации;
- общий анализ мочи; анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому; определение кетовых тел в моче;
- консультации смежных специалистов: уролога, эндокринолога, невропатолога, кардиолога и др.;
- УЗИ-исследование органов малого таза и фетоплацентарного комплекса;
- изучение эндокринологического статуса: до беременности – эстрадиол (Э), прогестерон (П), ФСГ, ЛГ, пролактин, кортизон, альдостерон, тиреотропный гормон, трийодтиронин и тироксин; во время беременности – эстриол, кортизон (К), хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген, тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин и тироксин иммуноферментным способом;
- изучение показателей системного иммунитета: CD3+; CD4+; CD8+; CD19+; CD22+; содержание лизоцима: активность β-лизинов, показатели фагоцитоза (ФП – процент клеток, которые вступили в фагоцитоз от 100 клеток), фагоцитарное число (ФЧ – среднее число объектов фагоцитоза, поглощенных одним фагоцитом; ФИ – фагоцитарный индекс, который вычисляли по формуле ФЧ/ФП×100%), содержание иммуноглобулинов класса А, М, G;
- проведение микробиологических и вирусологических исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Нарушения репродуктивной функции развиваются у многоплодных женщин со следующими видами хронической урогенитальной инфекции: хронический сальпингофорит (74,0%), воспалительные заболевания шейки матки (60,0%), хронический пиелонефрит (52,0%) и хронический эндометрит (16,0%).

Основными клиническими проявлениями хронической урогенитальной инфекции у многоплодных женщин является: болевой синдром (62,0%); диспаурия (38,0%); субфебрилитет (30,0%); дизурический синдром (26,0%); цисталгия (22,0%) и боль в поясничной области (20,0%).

Этиология хронической урогенитальной инфекции характеризуется преобладанием сочетанных форм: вирусной, хламидийной, кандидозной, инфекции со штаммами стафилококка (26,0%); вирусной, кандидозной, мико- и уреоплазменной инфекции со штаммами стафилококка (22,0%); хламидийной, мико- и уреоплазменной инфекции со штаммами стафилококка (20,0%); хламидийной и кандидозной инфекции (16,0%); вирусной и кандидозной инфекции (16,0%).

Изменения системного иммунитета у многоплодных пациенток с хронической урогенитальной инфекцией носят не достоверный характер, а нарушение местного иммунитета характеризуются достоверным повышением ($p < 0,05$) содержания IgM и β -лизинов при одновременном снижении ($p < 0,05$) уровня IgA; основных параметров фагоцитоза (ФП, ФЧ и ФИ) и лизоцима.

Хроническая урогенитальная инфекция содействует развитию нарушений менструальной функции в 32,0% случаев и достоверным дисгормональным изменениям: в I фазу менструального цикла – снижение содержания Э и ФСГ при одновременном увеличении уровня ЛГ, Алд, К и ТТГ; во II фазу менструального цикла – снижение содержания П и увеличение уровня ЛГ, К и ТТГ.

Использование предложенных лечебно-профилактических мероприятий с последующей прегравидарной подготовкой способствует увеличению частоты наступления беременности в 2,1 раза и снижению уровня акушерских и перинатальных осложнений: преждевременных родов – в 2,1 раза; плацентарной дисфункции – в 1,5 раза; аномалий родовой деятельности – в 2,1 раза; дистресса плода – в 1,6 раза; средне-тяжелых форм асфиксии новорожденных – в 1,7 раза и перинатальных потерь – в 2,1 раза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты исследования, снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у многоплодных женщин с хронической урогенитальной инфекцией в анамнезе стоит начинать с этапа восстановления репродуктивной функции со следующим переходом на прегравидарную подготовку. Учитывая тот факт, что основой следующих акушерских и перинатальных осложнений у женщин этой группы является высокий риск интраамниального инфицирования, предопределенный целым комплексом негативного влияния от перенесенной урогенитальной инфекции. Полученные результаты являются достаточно убедительным обоснованием для разработанной лечебно-профилактической методики. Существенное повышение частоты восстановления репродуктивной функции на фоне снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений является основанием для широкого внедрения предложенной методики в практическое здравоохранение.

Вплив хронічної урогенітальної інфекції у пацієнок, які багато народжують, на репродуктивне здоров'я

Д.Х. Саїдова

Результати наших досліджень показали, що зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які багато народжують, з хронічною урогенітальною інфекцією в анамнезі варто починати з етапу відновлення репродуктивної функції з на-

ступним переходом на передгравідарну підготовку. З огляду на той факт, що основою наступних акушерських і перинатальних ускладнень у жінок цієї групи є високий ризик інтраамніального інфікування, зумовлений цілим комплексом негативного впливу від перенесеної урогенітальної інфекції. Отримані результати явилися достатньо переконливим обґрунтуванням для розробленої нами лікувально-профілактичної методики. Суттєве підвищення частоти відновлення репродуктивної функції на фоні зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень є підставою для широкого впровадження запропонованої методики в практичну охорону здоров'я.

Ключові слова: репродуктивна функція, урогенітальна інфекція, жінки, які багато народжують.

Influence of chronic urogenital infection at multipara patients on reproductive health D.H. Saidova

Results of our researches have shown, that decrease in frequency obstetrical and perinatal complications at multipara women with chronic urogenital infection in the anamnesis is necessary for beginning with a stage of restoration of reproductive function with the subsequent transition on pregravidation preparation. Taking into account that fact, that basis the subsequent obstetrical and perinatal complications at women of this group the high risk intraamniational infection, caused the whole complex of negative influence transferred urogenital infections is. The received results are convincing substantiation the developed treatment-and-prophylactic technique. Essential increase of frequency of restoration of reproductive function on a background of decrease in a level obstetrical and perinatal complications is the basis for wide introduction of an offered technique in practical public health services.

Key words: reproductive function, urogenital infection, multipara women.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богатирьова Р.В., Іркіна Т.К. Планування сім'ї в Україні //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 51.
2. Вдовиченко Ю.П., Глазков І.С. Роль порушень імунної системи у формуванні акушерських та перинатальних ускладнень // Перинатологія та педіатрія. – 2010. – № 3. – С. 14–18.
3. Венцівський Б.М. Роль планування сім'ї в зниженні материнської та перинатальної захворюваності і смертності //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 52–54.
4. Глазков І.С. Особливості перебігу цитомегаловірусної інфекції у вагітних і новонароджених //Науковий вісник Ужгородського ун-та. Серія «Медицина». – 2010. – Вип. 12. – С. 188–190.
5. Ткаченко А.В., Глазков І.С., Беглице Д.А. Особливості бактеріального вагінозу у вагітних //Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2010. – № 2. – С. 35–37.
6. Шадлун Д.Р., Глазков І.С., Романенко Т.Г. Особливості перинатальних потерь у жінок з урогенітальною інфекцією // Зб. наук. праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – Вип. 5. – Київ-Луганськ. – 2011. – С. 134–137.

УДК 618.1-089:616.381-072.1]-06-07-084

Шляхи зниження ускладнень під час та після проведення лапароскопічних втручань

М.С. Молодиченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені 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. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень, а також поліпшити перебіг відновного періоду після операції.

Ключові слова: лапароскопічні гінекологічні операції, ускладнення, діагностика, профілактика

На сьогодні у всьому світі широко розвиваються і упродовжуються ендоскопічні методи хірургічного 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.

Своєчасне розпізнавання ускладнень лапароскопії необхідне в першу чергу для проведення адекватних лікувальних заходів і зниження їх негативних наслідків на здоров'ї жінок. Особливо важливо передбачити можливі ускладнення, прогнозувати їх до здійснення оперативного втручання. Лише знання причин ускладнень лапароскопії в гінекології сприятиме розробці дієвих заходів профілактики, а в разі виникнення ускладнень своєчасній і раціональній тактиці дій хірурга по їх діагностиці і корекції. В зв'язку з цим представляється актуальним дослідження, присвячене підвищенню ефективності і безпеки лапароскопічних втручань.

Мета дослідження: зниження частоти ускладнень у жінок, прооперованих лапароскопічним методом з приводу різної генітальної патології на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань наукової роботи дослідження були проведені в два етапи: 1 етап – прогнозування і профілактика інфекційно-запальних ускладнень після гінекологічних лапароскопічних операцій; 2 етап – профілактика тромбо-геморагічних ускладнень після гінекологічних лапароскопічних операцій.

У 40 пацієнток, також прооперованих за вказаний період часу, вивчалася вища різноманітність мікрофлори перитонеальної рідини. У 56 пацієнток, прооперованих лапароскопічним доступом з приводу різних гінекологічних захворювань проведено проспективне дослідження. Дані пацієнтки були рандомізовані в дві клінічних групи методом «кожен другий» з ранжируванням по нозологічних формах. У 28 пацієнток з метою профілактики інфекційно-запальних ускладнень застосовували інтраопераційний вдосконалений алгоритм на завершальному етапі хірургічного лікування. Ці пацієнтки склали першу або основну групу (ОГ). Контролем служила група з 28 хворих (КГ) або друга група з використанням традиційної методики інтраопераційної профілактики інфекційно-запальних ускладнень. Як вдосконалену методику використовували лімфотропне введення антибіотиків. Після накладення пневмоперитонеуму і ревізії органів черевної порожнини, пункційною голкою справа і зліва між листками широких зв'язок матки, в ділянці між круглою зв'язкою матки і матковою трубою ближче до маткового краю вводили по 8 міліграм препарату з обох боків розведеного на 20 мілілітрах 0,9 NaCl.

На 2 етапі було обстежено 250 жінок, що піддалися лапароскопічним втручанням на придатках матки, консервативній міомектомії і обширній операції на матці – гістеректомії. Як вдосконалений алгоритм введення ми використовували наступні моменти: зменшений кут положення Тренделенбурга до 15 градусів та час перебування хворої в положенні Тренделенбурга під карбоперитонеумом (до двох годин); зменшення інсуфляційного тиску до 7-10 мм рт. ст.; літотомічне положення з розігнутими кульшовими суглобами; використання антиемболічних панчох; використання олії вечірньої примули по 1 капсулі 3 рази на день.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, функціональні, мікробіологічні та статистичні методи досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними чинниками ризику інфекційно-запальних ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій є: підвищена маса тіла (ІМТ>25,0) – сила впливу чинника 5,4%; гінекологічні запальні захворювання (особливо, хронічний сальпінгоофорит на тлі інфекцій, передаваних 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%).

Використання вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з високим ризиком інфекційно-запальних ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій дозволяє знизити їх частоту з 17,9 до 3,6% за рахунок наступних позитивних моментів:

- пряма дія на перитонеальні фібробласти і клітини мікрооточення, оптимізуючи їх функціональну активність з приведенням її у відповідність з можливостями мікроциркуляторного русла;
 - опосередковано сприяє зменшенню вираженості тканинної гіпоксії і метаболічного ацидозу в зоні поранення очеревини, призводячи тим самим до зменшення проникності стінки судин мікроциркуляторного русла;
 - з вірогідністю 95% при вживанні даного алгоритму профілактики знижує ризик інфекційно-запальних ускладнень з 57,1% до 24,4% відповідно.

Після лапароскопічних гінекологічних операцій сумарна частота тромбоембологічних ускладнень, у вигляді гострого тромбофлебиту на тлі варикозної хвороби, знижується з 3,65% до 1,1% на тлі нормалізації основних показників системного гемостазу: на 1-3 добу відбувається збільшення вмісту ТЧ — на 23,4%, РФМК — на 30,5%, ПДФ — на 12,3% при одночасному зниженні рівня АТ-III - на 15,6%, ІРП - на 31,9%.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про те, що основними ускладненнями після лапароскопічних гінекологічних операцій є інфекційні і тромбоембологічні, частота яких залежить від об'єму оперативного втручання і якості передопераційного обстеження, а також від володіння хірургом всіма сучасними технологіями. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень, а також поліпшити перебіг відновного періоду після операції.

Пути снижения 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 тромбеморрагические, частота которых зависит от объема оперативного вмешательства и качества предоперационного обследования, а также от владения хирургом всеми современными технологиями. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, а также улучшить течение восстановительного периода после операции.

Ключевые слова: лапароскопические гинекологические операции, осложнения, диагностика, профилактика.

Ways of decline of complications under time and after realization of laparoscopic interference.

M.S. Molodichenko

Results of the spent researches testifies to high level of a psycho-emotional pressure at women – medical workers. It is connected with a dissatisfaction with the work, excessive loading, nervously-emotional pressure, that proves to be true the data of a hygienic estimation of working conditions and a condition of somatic health. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: medical workers, the psychoemotional status.

ЛІТЕРАТУРА

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. Симультаные лапароскопические операции / В.В. Грубник, В.В. Бойко В.В. Ильяшенко // 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. Симультаные 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.

УДК 618.145-002.18-007.61:611.664]-06:616.441-008.64

Оптимизация лечения гиперпластических процессов эндометрия на фоне гипотиреоза у женщин репродуктивного возраста

Е.В. Степанова

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основным вариантом гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом является железисто-кистозная гиперплазия (79,3%) по сравнению с железистыми и железисто-фиброзными полипами эндометрия (20,7%). При сочетании гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза имеет место отягощенный гинекологический анамнез (ювенильные – 13,5% и дисфункциональные маточные кровотечения – 73,9%), а также сочетание с лейомиомой матки (63,3%), хроническими воспалительными процессами малого таза (55,0%) и гиперплазией железистой ткани молочных желез (72,0%). Использование усовершенствованного алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом, уменьшить число рецидивов, дать возможность восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, гипотиреоз, лечение.

Среди основной патологии репродуктивной системы в детородном периоде занимают гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) [1–3]. Основными причинами развития разных вариантов ГПЭ является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, значительная частота воспалительных заболеваний органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и т.п. [4–6].

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 (ЩЖ) занимает одно из первых мест [7, 8]. Среди широкого спектра причин этой неблагоприятной ситуации выделяют начальные дисгормональные нарушения, которые могут начинаться с пубертатного периода, отягощенного репродуктивного анамнеза, медико-социальные причины и т.п. [9, 12].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам ГПЭ и гипотиреоза отдельно, научные исследования, которые касаются взаимосвязи этих

двух патологий, практически, отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении единичные публикации носят фрагментарный характер. Все изложенное выше свидетельствует об актуальности поднимающейся научной задачи.

Цель исследования: оптимизация консервативной терапии ГПЭ у женщин с гипотиреозом на основании изучения основных клинических, эхографических, эндокринологических и морфологических изменений, а также разработки алгоритма разных методов использования медикаментозной терапии и прогнозирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и заданий нами были обследованы 243 женщины детородного возраста. Из них характер течения гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) был изучен у 182 женщин. Все 243 женщины были распределены на три группы:

1-я группа – 61 женщина детородного возраста без ГПЭ, 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, распределенных 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, с изменением объема и структуры ЩЖ с «манифестным» гипотиреозом.

3-я группа – 86 женщин из ГПЭ без сопутствующей патологии ЩЖ.

Исследования проводились в три этапа.

Первый этап – изучение характера экстрагенитальной и генитальной патологии у женщин с ГПЭ репродуктивного периода.

Второй этап – изучение состояния ЩЖ у женщин с ГПЭ репродуктивного периода.

Третий этап – изучение характера хода ГПЭ у женщин репродуктивного возраста с патологией ЩЖ.

Обследование всех пациенток проводилось по следующей схеме:

- стандартный опрос с заполнением статистической карты;
- исследование по органам и системам;
- специальное гинекологическое исследование;
- определение состояния эндометрия (УЗД, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание или аспирационная биопсия);
- исследование функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы;
- исследование функции щитовидной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основным вариантом гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом является железисто-кистозная гиперплазия (79,3%) в сравнении с железистыми и железисто-фиброзными полипами эндометрия (20,7%).

При сочетании гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза имеет местоотягощенный гинекологический анамнез (ювенильные – 13,5% и дисфункциональные маточные кровотечения – 73,9%), а также сочетание с лейомиомой матки (63,3%), хроническими воспалительными процессами малого таза (55,0%) и гиперплазией железистой ткани молочных желез (72,0%).

Менструальная функция у пациенток с сочетанием гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза характеризуется преобладанием ановуляторного менструального цикла (74,8%) по сравнению с двухфазным циклом (25,2%).

Эндокринологический статус у пациенток с сочетанием гиперпластических процессов эндометрия и гипотиреоза зависит от сохранения фазности менструального цикла:

- при ановуляторном цикле имеет место гиперэстрогения, повышение уровня ЛГ на фоне нормальной концентрации ФСГ и снижение содержания прогестерона;
- при двухфазном цикле дисгормональные нарушения носят компенсированный характер.

При анализе связи между тиреоидной дисфункцией и разными формами гиперпластических процессов эндометрия установлено, что увеличение частоты железисто-кистозной гиперплазии эндометрия у женщин на фоне патологии гипотиреоза зависит от длительности тиреоидной дисфункции и степени гормональных нарушений.

Длительный и выраженный дефицит специфического действия тиреоидных гормонов приводит к выраженному нарушению функции гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы, а первыми проявлениями является расстройство менструальной функции с ановуляцией, бесплодием и маточными кровотечениями.

Сопоставление результатов цитологического инструментального и морфологических исследований показало, что точность цитологической диагностики гиперпластических процессов эндометрия составила 46,8%, трансвагинальной ультразвуковой – 68%, эндоскопической – 97,9%.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

1. Для эффективной диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом необходимо использовать комплексный подход на основе употребления клинико-лабораторных, эхографических и эндоскопических методов исследования.

2. Лечебная тактика при гиперпластических процессах эндометрия при гипотиреозе зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста пациентки, степени нарушения функции щитовидной железы, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

3. У женщин 20–34 лет при выявлении гиперпластических процессов эндометрия необходимо назначать комбинированные оральные контрацептивы на протяжении 6 мес; эхографический контроль через 3, 6, 12 мес, аспирационную цитологию через 3 мес, раздельное выскабливание и гистероскопию через 6 мес.

4. У женщин 40–44 годов при выявлении гиперпластических процессов эндометрия следует назначать гестагены на протяжении 6 мес. Эхографический контроль проводить через 3, 6, 12 мес, аспирационную цитологию через 3 мес, раздельное диагностическое выскабливание и гистероскопию через 6 мес.

5. В комплекс лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия при гипотиреозе, кроме гормональной терапии, по показаниям можно включать средства, улучшающие состояние центральной нервной системы, препараты, содействующие коррекции обменных и водно-электролитных нарушений, улучшающие функцию желудочно-кишечного тракта, гипосенсибилизирующие, а также седативные препараты.

6. Для эффективного прогнозирования гиперпластических процессов эндометрия у пациенток с гипотиреозом следует учитывать значимость наиболее значимых факторов развития: наличие генитальной патологии (R=8,1); поликистозные (мультифолликулярные) изменения яичников (R=5,3); наличие сопутствующей мастопатии (R=5,0); длительность нарушений менструальной функции (R=4,8); наличие отягощенной наследственности (R=4,5).

Эффективность предлагаемого алгоритма лечебно-профилактических и прогностических мероприятий составляет 97,0%, а в 3,0% проведено оперативное лечение в объеме гистерэктомии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованного алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом, уменьшить число рецидивов и предоставляет возможность восстановления репродуктивной функции.

Оптимізація лікування гіперпластичних процесів ендометрія на фоні гіпотиреозу у жінок репродуктивного віку.

Є.В. Степанова

Результати проведених досліджень свідчать, що основним варіантом гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом є залозисто-кістозна гіперплазія (79,3%) в порівнянні із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (20,7%). При поєднанні гіперпластичних процесів ендометрія і гіпотиреозу має місце обтяжений гінекологічний анамнез (ювенільні – 13,5% і дисфункціональні маткові кровотечі – 73,9%), а також поєднання з лейомиомою матки (63,3%), хронічними запальними процесами малого таза (55,0%) і гіперплазією залізистої тканини молочних залоз (72,0%). Використання вдосконаленого алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з гіпотиреозом, знизити число рецидивів і надає можливість відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, гіпотиреоз, лікування.

Optimization of treatment hyperplastic processes of endometrium against hypothyroidism at women reproductive age

E. V. Stepanova

Results of the spent researches testify that the basic variant of hyperplastic processes of endometrium at women with hypothyroidism is glands-cystes hyperplasia (79,3%) in comparison with ferruterous and glands-fibrous polyps of endometrium (20,7%). At a combination of

hyperplastic processes of endometrium and hypotherioses the burdened gynecologic anamnesis (uvenile – 13,5% and dysfunction uterine bleedings – 73,9%), and also a combination with leiomyoma of uterus (63,3 %), chronic inflammatory processes of a small basin (55,0%) and hyperplasia of ferruteros fabric of mammary glands (72,0%) takes place. Use of advanced algorithm forecasting and treatment-and-prophylactic actions allows to raise efficiency of treatment of hyperplastic processes of endometrium at women with hypotherioses, to lower number of relapses and gives the chance restoration of reproductive function.

Key words: hyperplastic processes of endometrium, hypotherioses, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. – М.: МИА, 2011. – 247 с.
2. Сучасні принципи діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрію, Методичні рекомендації. – Згідно з Протоколом, затвердженим Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676/ Під ред. А.Я. Сенчука, 2005.
3. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
4. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
5. 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.
6. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2012. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
7. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2005. – 427 с.
8. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодняк, Г.Д. Мисуня / Медико-социальные проблемы семьи. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.
9. 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.
10. Раскوراتов А.Ю. Клинико-биохимические показатели в диагностике и прогнозировании течения железистой гиперплазии эндометрия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А.Ю. Раскوراتов. – М., 2002. – 19 с.
11. 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.
12. Рожковська Н.М. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія / Н.М. Рожковська // Одеський медичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 49–50.

УДК 618.13-002.3-06:616.381-002]-07-035

Вплив морфологічних особливостей гнійно-запальних захворювань придатків матки на тактику лікування

В.С. Страховецький

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

Результати проведених досліджень свідчать, що об'єм оперативного втручання при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки залежить від патогенетичного варіанту даної патології, тобто від наявності внутрішньоматкового контрацептиву і термінів його знаходження в порожнині матки. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки.

Ключові слова: гнійно-запальні захворювання придатків матки, морфологія.

У структурі гінекологічної захворюваності особливе місце займають гнійні ушкодження маткових труб і яєчників, на частку яких доводиться від 4% до 30% всіх запальних захворювань придатків матки. За останні роки частота цієї патології не лише не знижується, але навіть намітилася деяка тенденція до її зростання [1, 2]. Патологічний процес при цьому протікає з ускладненнями і вираженими поліорганичними змінами [3].

Причиною ускладненого перебігу післяопераційного періоду в даній категорії хворих є неефективність антибактеріальної терапії, неповна санація осередку інфекції, що диктує розширення об'єму оперативного втручання до радикального як єдиного шляху до одужання [1–3]. В результаті радикального хірургічного лікування молоді жінки не лише втрачають репродуктивну функцію, але і позбавляються яєчників, що веде до раннього прояву хвороб старіння [1–3].

Значне, а часто і вирішальне значення в розвитку гнійних запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ) відіграють так звані провокуючі чинники, серед яких особливу увагу слід приділити внутрішньоматковій контрацепції (ВМК) [1–3]. Проте до теперішнього часу не систематизовані питання залежності розвитку ускладненого перебігу ГЗЗПМ на фоні ВМК від стану імунітету. Значні труднощі представляє вибір раціональної етіотропної і патогенетичної терапії в цієї категорії хворих. Не вивчені також морфологічні особливості видалених макропрепаратів при даній патології.

Мета дослідження: вивчення морфологічних особливостей ГЗЗПМ і їх вплив на тактику лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основну групу досліджуваних склали 363 жінки з ГЗЗПМ у віці від 18 до 49 років (34,4±9,3 року). Контрольну групу склали 40 здорових жінок такого ж віку, як і в основній групі.

Усіх пацієнток було розподілено нами на дві клінічні групи: група А – 116 (31,9%) жінок, в яких ГЗЗПМ розвинулися на фоні ВМК; групу В склали 247 (68,1%) пацієнток з ГЗЗПМ, що розвинулися без вживання ВМК.

Окрім загальноклінічних і функціональних методів були виконані морфологічні дослідження. Гістологічні препарати готувалися по стандартній методиці. Операційний матеріал (маткові труби, яєчники, тканина яєчників, що резеціює, конгломерати з труб і яєчників) фіксували в 10% розчині формаліну. Зрізи для оглядових цілей забарвлювали гематоксилином і еозином, для виявлення з'єднувальної тканини проводили забарвлення пікрофуксином по ван Гізону, трихромне забарвлення по Маллорі, для виявлення аргирофільних волокон проводили імпрегнацію сріблом по Гоморі, для виявлення бактеріальної флори проводили забарвлення азуром і еозином по Романовському. Світооптичне дослідження і фотографування мікропрепаратів здійснювали на мікроскопі „Axiostar” (Німеччина) при збільшенні в 100 і 400 разів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для реалізації мети дослідження був проведений аналіз клініко-анамнестичних даних у пацієнток груп А і В. Середній вік хворих склав в групі А – 39,2 року, в групі В – 32,1 року ($p < 0,001$).

У хворих групи А найчастіше в анамнезі мали місце гострі і хронічні запальні захворювання органів малого таза ($p < 0,001$). У пацієнток групи В достовірно частіше в анамнезі спостерігалися пухлини і пухлиноподібні захворювання яєчників – в $13,8 \pm 2,2\%$ випадків ($p = 0,002$), а також безпліддя – в $7,3\% \pm 1,7\%$ ($p = 0,006$). Крім того виявлена вища частота інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС) в анамнезі у жінок групи В ($p < 0,05$).

Тривалість використання ВМК у пацієнток основної групи склала від 1 до 15 років (в середньому $7,3 \pm 1,7$ року). Більшість пацієнток ($50 \pm 4,6\%$) – використовували ВМК протягом 6–10 років, а $27,6 \pm 4,1\%$ – більше 10 років. В $62,5 \pm 8,5\%$ жінок в порожнині матки знаходилися Т-подібні мідьумісні ВМК, в $37,5–8,5\%$ – інертні ВМК (петлі Ліпса).

У більшості хворих тривалість справжнього захворювання склала 7 днів – в 73%, проте у кожної п'ятої хворої (22,9%) тривалість захворювання склала близько 1 міс. При цьому така тривалість ГЗЗПМ до звернення в стаціонар спостерігалася частіше серед хворих групи А ($p < 0,001$).

У хворих досліджуваних груп виявлені відмінності в клінічному перебігу захворювання. Так, під час вступу до стаціонару у пацієнток групи А найчастіше наголошувалася гіпертермія вище 38°C , дизуричні розлади, слизово-гнійні виділення із статевих шляхів ($p < 0,05$). У хворих групи В найчастіше відзначали субфебрильну температуру тіла ($p < 0,05$). Стан пацієнток групи А розцінювався як важкий, тоді як стан хворих групи В – як середнього ступеня тяжкості ($p < 0,001$). Серед хворих групи А частіше зустрічалися жінки з важким синдромом інтоксикації, в групі В – з інтоксикацією середнього ступеня тяжкості ($p < 0,001$).

Форму ГЗЗПМ встановлювали після проведеного оперативного лікування хворих і гістологічного дослідження видалених під час операції препаратів. У групі А діагностували тубоваріальні абсцеси (ТОА), тоді як в групі В – гнійний сальпінгіт і піосальпінкси ($p < 0,001$).

У переважаючої більшості пацієнток перебіг захворювання ускладнився подальшим поширенням інфекції. Структура ускладнень в хворих цих груп була різною: частка хворих з параметритом, абсцесом позадматкового простору, розлитим перитонітом і міжкишковими абсцесами в групі А перевищувала таку в групі В ($p < 0,001$). У той же час пельвіоперитоніт частіше зустрічався у хворих групи В (у $69,2 \pm 2,9\%$), $p = 0,005$.

Результати морфологічного дослідження видалених препаратів свідчать, що при гнійному сальпінгіті у пацієнток з ГЗЗПМ на фоні ВМК було характерне ушкодження всіх шарів маткових труб із склерозом, із залученням до запального процесу яєчників. У пацієнток з ГЗЗПМ без ВМК при гнійному сальпінгіті, головним чином, уражувалась слизова оболонка маткових труб, виразки були менш великими, а нейтрофільно-лімфоцитарна інфільтрація – з домішкою еозинофілів.

При піосальпінксі у жінок з ГЗЗПМ на тлі ВМК спостерігався виражений лізис слизової і м'язової оболонок маткових труб. Серозна оболонка була поєднана міцними спайками з прилеглими тканинами. У 4 жінок цієї групи серед гнійно-некротичних мас в просвіті і стінках маткових труб були виявлені актиноміцети. У пацієнток з ГЗЗПМ без ВМК при піосальпінксі на всьому протязі маткових труб були збережені частини слизової і м'язової оболонок.

При тубоваріальних абсцесах (ТОА) у жінок з ГЗЗПМ на тлі ВМК формувалося безліч крупних абсцесів до 6 см в діаметрі, із залученням до запального процесу прилеглих органів і тканин. У пацієнток з ГЗЗПМ без ВМК при розвитку ТОА були характерні дрібніші вогнища абсцедювання без розростання з'єднувальної тканинної капсули.

При вивченні морфологічної картини видалених під час операції яєчників було виявлено, що під час розвитку ТОА у пацієнток з ГЗЗПМ на фоні ВМК в яєчниках визначалися множинні вогнища гнійно-запального абсцедювання розміром до 5–6 см в діаметрі з товстою фіброзною капсулою по периферії абсцесів. У жінок з ГЗЗПМ без ВМК ушкодження яєчників характеризувалися морфологічною картиною за типом хронічного оофориту. При цьому будова кіркового і мозкового шарів яєчників в більшості випадків була збережена, визначалися помірні склеротичні зміни за рахунок розростання колагенових і аргирофільних волокон. Премордальні і зріючі фолікули – в достатній кількості, частина фолікулів з кістозними змінами.

Виявлені особливості морфологічних змін при ГЗЗПМ на фоні ВМК і без ВМК дозволили обґрунтувати об'єм оперативного втручання при наданні медичної допомоги даним пацієнткам.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що об'єм оперативного втручання при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки залежить від патогенетичного варіанту даної патології, тобто від наявності внутрішньоматкового контрацептиву і термінів його знаходження в порожнині матки. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки.

Влияние морфологических особенностей гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки на тактику лечения
В.С. Страховецкий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что объем оперативного вмешательства при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки зависит от патогенетического варианта данной патологии, т.е. от наличия внутриматочного контрацептива и сроков его нахождения в полости матки. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики оперативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, морфология.

Influence of morfological features of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus on treatment tactics
V.S. Strahovetsky

Results of the spent researches testify, that the volume of operative intervention at pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus depends on a pathogenetic variant of the given pathology, i.e. from presence intrauterine contraceptive and terms of its finding in a uterus cavity. The received results are necessary for considering by working out of tactics of operative treatment of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus.

Key words: pyoinflammatory diseases of appendages of uterus, morfology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков В.Г. Оценка эффективности консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков матки // Материалы IX Российского Форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 350.
2. Горшкова И.А. Частота воспалительных заболеваний придатков матки в структуре гинекологического стационара, оказывающего экстренную помощь // Медицинские приборы и технологии/ Под ред. А.З. Гусейнова и В.В. Савельева – Тула: Изд-во ТулГУ, 2007. – С. 170.
3. Казберюк Н.А. Системный подход к диагностике и прогнозированию гнойных заболеваний придатков матки в стационаре скорой помощи // Вестник новых медицинских технологий. – Тула, 2008. – XV, № 2. – С. 36–37.

УДК 618.31-089:618.17-084

Особенности хирургического лечения позаматковой вагітності з позицій профілактики ускладнень і збереження репродуктивного здоров'я

А.А. Волошин

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

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику розвитку вагітності в матковій трубці є перенесені запальні захворювання внутрішніх статевих органів (42,9%); штучне переривання вагітності (52,2%); попередні оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу (49,4%). Трубно вагітність негативно впливає на репродуктивне здоров'я пацієнок: відновлення репродуктивної функції відбувається лише у 40,2% жінок; повторна позаматкова вагітність відмічена в 8,7% обстежених; вторинне безпліддя настає у кожній десятій пацієнтки (9,8%). Усі існуючі методи хірургічного лікування трубної вагітності можуть застосовуватися на практиці, оскільки не виявлено достовірних відмінностей в частоті настання маткової вагітності і частоті ускладнень залежно від методу операції. **Ключові слова:** трубна вагітність, хірургічне лікування, ускладнення, репродуктивне здоров'я.

На сьогоднішній день позаматкова вагітність складає від 2 до 20% в структурі гінекологічних захворювань, а з усіх форм даної патології найчастіше зустрічається трубна [1–5].

У сучасній практиці частіше застосовуються радикальні, ніж органозберігаючі хірургічні і нехірургічні методи лікування трубної вагітності, а замість традиційної лапаротомії в даний час усе більш широко використовують лапароскопічний доступ [1, 4].

Віддалені результати лікування не можна вважати сприятливими, оскільки у пацієнок, що перенесли лапаротомію і однобічну тубектомію в 50–75% випадків надалі діагностують безпліддя, а 17% з них схильні до ризику повторної трубної вагітності [2, 3]. Крім того, маткова труба, що залишилася, неповноцінна більш ніж в половини хворих, а нейроендокринні порушення спостерігається в 76% випадків [1, 4, 5].

Деякі автори [4] стверджують, що частота настання маткової вагітності вище після органозберігаючих операцій (21–26%) в порівнянні з радикальними (до 10%). В той же час, виконання органозберігаючої операції за відсутності

морфологічних змін протилежної маткової труби не призводить до достовірного поліпшення показників фертильності в порівнянні з тубектомією. Це свідчить про те, що питання про вибір найбільш оптимального об'єму хірургічного лікування трубної вагітності залишається дискусійним.

Мета дослідження: вивчення особливостей стану репродуктивного здоров'я жінок після хірургічного лікування трубної вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно основної мети справжнього наукового дослідження були обстежені 184 пацієнтки, прооперовані з приводу трубної вагітності, яких було розподілено на 4 групи:

- 1-у групу склали 58 жінок після тубектомії лапаротомним доступом;
- 2-у групу – 42 пацієнтки, яким виконано видалення маткової труби лапароскопічним шляхом;
- 3-ю групу – 54 жінки після пластики маткової труби шляхом лапаротомії;
- 4-у групу – 30 пацієнток, яким виконана пластика маткової труби лапароскопічним доступом.

При обстеженні вивчали анамнестичні, об'єктивні, лабораторні дані, а також результати додаткових методів дослідження: ендокринологічні, мікробіологічні і ехографічні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз віку обстежених пацієнток показав, що на момент оперативного втручання він коливався від 17 до 40 років і в середньому склав $27,7 \pm 0,4$ року.

Вивчення причин виникнення трубної вагітності показало, що сприяючими чинниками були запальні захворювання статевих органів (42,9%); штучні аборти (52,2%); оперативні втручання на органах черевної порожнини (49,4%) і вживання внутрішньоматкової контрацепції (6,5%).

Вибір методу хірургічного лікування здійснювався індивідуально для кожної з 184 пацієнток і визначався зацікавленістю жінки в збереженні репродуктивної функції і конкретної клінічної ситуації.

У ряді випадків наявність супутньої гінекологічної патології послужила причиною розширення об'єму оперативного лікування: у 29,9% пацієнток виконано розділення спайок, формуванню яких сприяли як хронічна персистуюча інфекція, так і перенесена хірургічна травма; в 7,6% – резекція кистознозмінених яєчників, що утворилися на тлі хронічного сальпінгоофориту в результаті залучення їх в спайковий процес; в 7,6% – пластика протилежної маткової труби, порушення прохідності якої пов'язане із постзапальними пери- і внутрішньотубарними спайками; в 3,3% – консервативна міомектомія субсерозного вузла міоми матки і в 1,1% – коагуляція ендометріюїдних гетеротипій зовнішнього ендометрію.

З метою вивчення стану репродуктивного здоров'я і фертильності пацієнток ми провели аналіз результатів хірургічного лікування трубної вагітності через 3 міс. – 12 років після операції.

При вивченні віддалених наслідків перенесеної операції було виявлено, що майже у кожній четвертій жінки мали місце явища спайкового процесу в мало-

му тазу. При цьому встановлена залежність виявлення даної патології від вживання доступу оперативного втручання: у пацієнток, прооперованих лапаротомічним доступом, частота розвитку спайок була достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у жінок після лапароскопічних операцій. Кистознозмнені яєчники, що частіше зустрічалися у пацієнток, тубектомію лапаротомним шляхом, сформувалися на тлі хронічного сальпінгоофориту, що неминуче призводить до порушень гормонопродукуючої функції яєчників. Так, при УЗД органів малого таза з однаковою частотою були виявлені ознаки як хронічного сальпінгоофориту, так і кистознозмнених яєчників.

Дослідження бактеріоскопії, так само, як і обстеження, на наявність урогенітальної інфекції не виявили достовірних відмінностей в інфікованості пацієнток порівнюваних груп. В той же час у кожній третій обстеженій жінки (33,3%) у відокремлюваному з каналу шийки матки і піхви були виявлені ті або інші інфекційні агенти, порушення нормального біоценозу піхви, що є маркерами. При цьому збудниками, що найчастіше виявляються, були уреоплазми (12,3%) і хламідії (11,1%), а поєднання два і більш інфекцій виявлене у 13,6% обстежених жінок.

Відсутність тенденції до зниження частоти урогенітальної захворюваності, відмічене при порівнянні інфікованості пацієнток до і після оперативного лікування, обумовлено хронічним рецидивуючим перебігом інфекційного процесу, викликаного мікст-інфекцією і, як правило, відсутністю лікування статевого партнера.

Аналіз менструальної функції показав, що оперативне лікування помітно вплинуло на її характер. Ці зміни виражалися в укороченні тривалості і зниженні інтенсивності менструальної крововтрати. При обстеженні було виявлено, що середня тривалість менструацій була значно вища ($p < 0,001$) до оперативного втручання ($5,0 \pm 0,1$ дня), чим після нього ($4,5 \pm 0,1$ дня). Після перенесеної операції число жінок, що відзначали мізерні менструації, збільшилося в 4 рази, а пацієнток з рясними менструаціями стало менше в 2,6 рази.

При аналізі графіків базальної температури у 37% обстежених пацієнток були виявлені розлади менструального циклу: недостатність лютеїнової фази – 28,3%; відсутність овуляції – 8,7%. Мабуть, це пов'язано з позитивним впливом на функцію яєчників реабілітаційної терапії, що проводиться, як в ранньому, так і в пізньому післяопераційному періоді.

Не дивлячись на відсутність достовірної різниці у виявленні порушень менструального циклу в порівнюваних групах, вони дещо частіше спостерігалися в 1 і 2 групах (після тубектомії) на відміну від 3 і 4 (після пластики маткових труб). Нормальний двофазний менструальний цикл після органозберігаючих операцій виявлявся частіше, а лютеїнова недостатність рідше, ніж після видалення маткової труби.

Вивчення гормонпродукуючої функції яєчників показало достовірне зниження вмісту естрадіолу і прогестерону в периферичній крові у пацієнток, що перенесли радикальний об'єм хірургічного втручання, в порівнянні з жінками, яким була виконана пластична операція.

Перераховані порушення супроводжувалися обмінно-ендокринними розладами (наростанням маси тіла, змінами стану щитовидної і молочних залоз), які виявлені у 11,9% жінок без достовірної різниці в досліджуваних групах.

Вивчення динаміки відновлення овуляторної функції яєчників після перенесеної трубної вагітності виявило, що найбільше число овуляторних циклів спостерігалось через 7–9 міс після операції, що підтверджує доцільність призначення гормональної контрацепції в перші 6 міс післяопераційного періоду.

За даними гістеросальпінгографії, чіткі рентгенологічні ознаки прохідності єдиної маткової труби мали місце у 36,1% жінок, що перенесли тубектомію, і в 25% – після пластики маткових труб. Отже, маткова труба, що залишилася, більш ніж в половині хворих була неповноцінною. Після виконання органозберігаючих операцій оцінювався стан як оперованої, так і контрлатеральної маткових труб. Оперована маткова труба виявилася прохідною у 42,1% пацієнок, а протилежна – в 52,6%. Крім того перитубарний спайковий процес був виявлений в 40,3% обстежених. Достовірних відмінностей в частоті прохідності маткових труб, а також частоті виявлення перитубарних спайок в порівнюваних групах виявлено не було.

На серйозну увагу заслуговує проблема фертильності пацієнок після різних методів оперативного лікування трубної вагітності. Так, не використовували контрацепцію 112 обстежених жінок. З них відновлення репродуктивної функції – настання маткової вагітності спостерігалось у 50% пацієнок, що перенесли тубектомію лапаротомним доступом, в 33,3% – після тубектомії лапароскопічним шляхом, у 31,5% жінок, що перенесли пластику маткових труб лапаротомним доступом і в 46,7% – після пластики маткових труб шляхом лапароскопії.

Нами не було виявлено значимих відмінностей в частоті настання вагітності при виконанні радикального або органозберігаючого об'єму хірургічного втручання, а також залежно від доступу операції. Частота настання маткової вагітності і ускладнень в порівнянні при обох доступах, але лапароскопія сприяє сприятливому перебігу післяопераційного періоду і швидкому одужанню пацієнок.

Повторна трубна вагітність настала в 16 випадках (8,7%). При цьому достовірно велика частота даної патології (18,5%) виявлена у пацієнок після пластики маткових труб лапаротомним доступом, що, мабуть, пояснюється можливістю виникнення рецидиву трубної вагітності як в оперованій, так і в протилежній до маткової труби.

Вторинне безпліддя було виявлене у 9,8% обстежених жінок і не мало достовірної різниці в групах порівняння.

Порівняльний аналіз генеративної функції пацієнок до і після перенесеної операції виявив істотне зниження загального числа вагітностей, пологів і абортів. Середня кількість всіх вагітностей до операції складала $2,0 \pm 0,2$ на одну жінку, а після операції – $0,6 \pm 0,1$; середня кількість пологів – $0,6 \pm 0,1$ і $0,3 \pm 0,04$ відповідно; середня кількість абортів – $1,2 \pm 0,1$ до операції і $0,2 \pm 0,01$ після неї. За іншими даними показниками достовірних відмінностей не було ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику розвитку вагітності в матковій трубі є перенесені і персистуючі запальні захворювання внутрішніх статевих органів (42,9%); штучне пе-

ривання вагітності (52,2%); попередні оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу (49,4%). Трубна вагітність негативно впливає на репродуктивне здоров'я пацієнок: відновлення репродуктивної функції відбувається лише у 40,2% жінок; повторна позаматкова вагітність відмічена в 8,7% обстежених; вторинне безпліддя настає у кожної десятої пацієнтки (9,8%). Всі існуючі методи хірургічного лікування трубної вагітності можуть застосовуватися на практиці, оскільки не виявлено достовірних відмінностей в частоті настання маткової вагітності і частоті ускладнень залежно від методу операції. Проте для швидкого одужання і кращої якості життя сприятливіший лапароскопічний доступ. При непрохідній протилежній матковій труби переважне виконання органозберігаючих операцій.

Особенности хирургического лечения внематочной беременности с позиций профилактики осложнений и сохранения репродуктивного здоровья

А.А. Волошин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска развития беременности в маточной трубе являются перенесенные воспалительные заболевания внутренних половых органов (42,9%); искусственное прерывание беременности (52,2%); предшествующие оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза (49,4%). Трубная беременность оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье пациенток: восстановление репродуктивной функции происходит только у 40,2% женщин; повторная внематочная беременность отмечена у 8,7% обследованных; вторичное бесплодие наступает у каждой десятой пациентки (9,8%). Все существующие методы хирургического лечения трубной беременности могут применяться на практике, так как не выявлено достоверных различий в частоте наступления маточной беременности и частоте осложнений в зависимости от метода операции.

Ключевые слова: трубная беременность, хирургическое лечение, осложнения, репродуктивное здоровье.

Features of surgical treatment of extra-uterine pregnancy from positions of preventive maintenance of complications and preservation of reproductive health

A.A. Voloshin

Results of the lead researches testify, that major factors of risk of development of pregnancy in uterine to a pipe are the transferred inflammatory diseases of internal genitals (42,9%); artificial interruption of pregnancy (52,2%); previous operative interventions on bodies of a belly cavity and a small basin (49,4%). Trumpet pregnancy renders negative influence on reproductive health of patients: restoration of reproductive function occurs only at 40,2% of women; repeated extrauterine pregnancy is marked at 8,7% surveyed; secondary barrenness comes at each tenth patient (9,8%). All existing methods of surgical treatment of trumpet pregnancy can be put into practice, as is not revealed authentic distinctions in frequency of approach matocny pregnancy and frequency of complications depending on a method of operation.

Key words: trumpet pregnancy, surgical treatment, complications, reproductive health.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндовидеохирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 4. – С. 78–82.
2. Духин А.О., Каранашева А.Х. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения внематочной беременности // Вестник Российского университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДН, 2012. – № 1. – С. 255–262.
3. Рутенбург Г.М., Чуйко И.В., Жемчужина Т.Ю. Лечение ненарушенной трубной беременности путем внутриутробного введения метотрексата при лапароскопической операции // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 2007. – № 1. – С. 149–153.
4. Семко А.Ф. Трубная беременность после вспомогательных репродуктивных технологий: диагностика, лечение и реабилитация // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 135–137.
5. Стрижелецкий В.В., Борнисов А.Б., Рывкин А.Ю. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 51–53.

УДК 618.146-055.25:615.256.3

Вплив різних методів контрацепції на стан шийки матки у жінок, що не народжують

Т.В. Лещева, Т.А. Зіненко

Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини

Результати наших досліджень показали, що у молодих жінок, що не народжують, за наявності протипоказань для тривалого вживання гормональних препаратів, найбільш прийнятним методом контрацепції є комбіноване використання гормональних і внутрішньоматкових контрацептивів. Висока клінічна ефективність і низький рівень побічних ефектів і ускладнень, а також відсутність негативного впливу на ендокринологічний, імунний і гемостазіологічний статус, дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в службі планування сім'ї.

Ключові слова: контрацепція, жінки, що не народжують, шийка матки.

В даний час питання контрацепції у молодих жінок, що не народжують, є досить актуальними. За даними світової статистики найбільш ефективними і широко використовуваними методами профілактики непланованої вагітності є гормональні і внутрішньоматкові контрацептиви [1–4].

При всіх відомих перевагах гормональної контрацепції (високий контрацептивний ефект і доступність), тривале вживання даного методу контрацепції у молодому віці небезпечно, оскільки функція гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи ще не стабільна і втручання в складні нейрогуморальні процеси може викликати її порушення, разом з системними реакціями і змінами гемостазу [1–4]. Внутрішньоматкова контрацепція не володіє системною дією на організм жінки, у тому числі і на гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову систему, але ефективність її нижча. Безумовно, ми згодні з думкою ряду авторів [1–4], що у молодих жінок, що не народжують, використання внутрішньоматкової контрацепції має бути обмежене. Проте, у ряді випадків у пациенток цієї групи мають місце протипоказання для тривалого вживання гормональних препаратів, що диктує необхідність пошуку нових рішень даного питання.

Усе наведене вище свідчить про необхідність розроблення вдосконаленого методу контрацепції у молодих жінок, що не народжують, з урахуванням усіх позитивних і негативних моментів сучасних методик.

Мета дослідження: підвищення ефективності і прийнятності контрацепції у молодих жінок, що не народжують, на основі вивчення порівняльних аспектів гормональної і внутрішньоматкової контрацепції і розроблення комбінованої методики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами були обстежені 200 молодих (до 20 років) жінок, що не народжували, яких було розподілено на чотири групи:

- контрольна група – 50 гінекологічно і соматично здорових жінок;
- I група – 50 молодих жінок, які з метою контрацепції використовували комбіновані оральні контрацептиви останнього покоління;
- II група – 50 молодих жінок, в яких використовували внутрішньоматкові контрацептиви останнього покоління;
- III група – 50 молодих жінок, які отримували комбінований метод контрацепції (гормональний і внутрішньоматковий контрацептив).

У жінок II і III груп мали місце протипоказання для тривалого вживання гормональних контрацептивів. Комбінований метод контрацепції полягав в тому, що жінкам призначали гормональні контрацептиви за 1 міс до і 1–3 міс після введення внутрішньоматкового засобу.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, ендокринологічні і імунологічні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи основні особливості клінічної характеристики обстежуваних жінок необхідно відзначити відсутність достовірних розбіжностей у віці пацієнток $18,9 \pm 1,4$ року. Вік початку статевого життя коливався від 12 до 19 років. До моменту обстеження всі жінки вели регулярне статеве життя. При цьому, заміжніх було 40,0% жінок, а 26,0% знаходилися в цивільному шлюбі. Число статевих партнерів варіювало від 1 до 9, при цьому більшість жінок (84,0%) мали одного статевого партнера.

Важливе значення на вибір конкретної методики контрацепції має перенесена раніше генітальна і екстрагенітальна патологія. При оцінюванні перенесеної раніше гінекологічної захворюваності можна відзначити переважання патологічних змін шийки матки (20,0%). Як було вже відмічено вище, у всіх жінок II і III груп мали місце протипоказання для тривалого використання гормональних препаратів. При цьому, в їх структурі переважали перенесені захворювання печінки (62%); варикозне розширення вен нижніх кінцівок (24%) і наявність в анамнезі аутоімунних захворювань (14%). Ці дані, безумовно, враховувалися при призначенні конкретного варіанту контрацепції.

В порівняльному аспекті вивчені ефективність різних методів контрацепції у молодих жінок, що не народжують.

Так, використання комбінованих гормональних контрацептивів у молодих жінок, що не народжують, дозволяє досягти високого контрацептивного ефекту 96% при індексі Перля 3,2. Сумарна частота побічних ефектів впродовж одного року складає 32%, а в їх структурі переважають зниження лібідо (10%); нагубання молочних залоз (10%); надбавка маси тіла (до 5 кг) (10%); нудота (10%); головний біль і емоційна лабільність (по 4%), а в 16% випадків мають місце поєднання декількох негативних моментів.

Частота вимушеної відміни гормональних контрацептивів у молодих жінок, що не народжують, складає 16%, а серед основних причин виділяють надбавку маси тіла (4%); бажання жінки (4%); кандидозний рецидивуючий вагіноз (2%); головний біль (2%); депресивні стани (2%) і масталгія (2%). Серед позитивних мо-

ментів можна відзначити зниження менструальної крововтрати і частоти альгодисменореї (з 22% до 6%).

Під впливом комбінованих гормональних контрацептивів у молодих жінок, що не народжують, після 6 міс прийому препаратів розвиваються декомпенсовані зміни системного і місцевого імунітету, а також виникають гіперкоагулянтні системи гемостазу.

Рівень довільного і вимушеного видалення внутрішньоматкового контрацептиву у молодих жінок, що не народжують, протягом одного року складає 22%, при цьому в 10% має місце експульсія контрацептиву, а в інших випадках причиною є гострі сальпінгофорит, гіперполіменорея, больовий синдром, який не піддається медикаментозній корекції (по 4%).

При використанні внутрішньоматкових контрацептивів у молодих жінок, що не народжують, через 6 міс відбувається зниження рівня Прогестерону в лютеїнову фазу; через 3 і 6 міс – підвищуються рівні IgA і M в цервікальному слизі; а через один рік – зменшується число лімфоцитів з рецепторами CD4+ і тканинного активатора плазміногена на тлі одночасного збільшення рівня цих клітин з рецепторами до CD8+ і тромбіна.

Клінічна ефективність внутрішньоматкових контрацептивів у молодих жінок, що не народжують, за наявності протипоказань для тривалого вживання гормональних контрацептивів, складає 96%, а індекс Перля 2,6. Частота різних ускладнень протягом одного року складає 24%, а в їх структурі зустрічаються міжменструальні кров'яні виділення (8%); диспауренія (6%); альгодисменорея (6%) і емоційна лабільність (4%).

Різні методи контрацепції не вплинули негативно на стан шийки матки.

Застосування комбінованого методу контрацепції у молодих жінок, що не народжують, за наявності протипоказань для тривалого вживання гормональних контрацептивів (використання препаратів за 1 міс до і 1–3 міс після введення внутрішньоматкового контрацептиву), є обґрунтованим у зв'язку з 100% ефективністю і низьким рівнем (8%) побічних ефектів і ускладнень, а також через відсутність декомпенсованих змін з боку ендокринологічного, імунологічного і гемостазіологічного статусу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати наших досліджень, у молодих жінок, що не народжують, за наявності протипоказань для тривалого вживання гормональних препаратів, найбільш прийнятним методом контрацепції є комбіноване використання гормональних і внутрішньоматкових контрацептивів. Висока клінічна ефективність і низький рівень побічних ефектів і ускладнень, а також відсутність негативного впливу на ендокринологічний, імунний і гемостазіологічний статус, дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в службі планування сім'ї.

Влияние различных методов контрацепции на состояние шейки матки у нерожавших женщин Т.В. Лещева, Т.А. Зиненко

Результаты наших исследований показали, что у молодых нерожавших женщин, при наличии противопоказаний для длительного применения гормональных препаратов, на-

иболее приемлемым методом контрацепции является комбинированное использование гормональных и внутриматочных контрацептивов. Высокая клиническая эффективность и низкий уровень побочных эффектов и осложнений, а также отсутствие негативного влияния на эндокринологический, иммунный и гемостазиологический статус, позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в службе планирования семьи.

Ключевые слова: контрацепция, нерожавшие женщины, шейка матки.

Influence of various methods of contraception on a condition of uterus cervix at not giving birth women
T.V. Leshcheva, T.A. Zinenko

Results of our researches have shown, that at young not giving birth women, in the presence of contra-indications for long application of the hormonal preparations, the most comprehensible method of contraception is combined use hormonal and intrauterine contraceptives. High clinical efficiency and low level of by-effects and complications, and also absence of negative influence on endocrinological, immune and hemostaziological status, allows to recommend the given technique for wide use in service of planning of a family.

Key words: the contraception, not giving birth women, uterus cervix.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Глазкова І.Б., Літвінов В.В., Платонова Є.Б. Актуальні питання контрацепції у молодих жінок, які не народжували // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2009. – № 3. – С. 32–35.
2. Глазкова І.Б. Особливості гормональної контрацепції у молодих жінок, які не народжували // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 5. – С. 116–118.
3. Кондратенко І.В., Літвінов В.В., Платонова О.В. Вплив оральних контрацептивів на систему гемостазу // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2010. – Вип. 9, кн. 2. – С. 737–740.
4. Літвінов В.В., Баскаков П.М., Глазкова І.Б., Глазков І.С. Використання фемодена з метою контрацепції у молодих жінок, які не народжували // Тез. доп. III пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України. – Ужгород, 1999. – С. 330–332.

УДК 618.1-01/-09

Особенности болевого синдрома и вегетативной дисфункции у женщин с генитальным эндометриозом

Абугали Алаа

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

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

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, болевой синдром, вегетативная дисфункция.

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

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

Цель исследования: изучение клинико-функциональных особенностей болевого синдрома у женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ результатов обследования и динамического наблюдения за 304 пациентками с хронической тазовой болью в возрасте от 18 до 40 лет с длительностью болевого синдрома от 4 мес до 7 лет (в среднем $2,3 \pm 0,2$ го-

да). Основную группу составили 84 пациентки с болевым синдромом на фоне наружного генитального эндометриоза различной локализации. Контрольную группу составили 15 женщин, не страдающих гинекологическими или хроническими экстрагенитальными заболеваниями, проходивших профилактический осмотр.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как было уже отмечено выше, наружный генитальный эндометриоз был выявлен у 84 пациенток с хронической тазовой болью, дисменореей, диспареунией (эти симптомы встречались отдельно и в различных сочетаниях).

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

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

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

брюшины, участках брюшины, напоминавших языки пламени, в дефектах брюшинного покрова, в белых железистых наложениях, напоминавших нормальный эндометрий, ткани субовариальных сращений. Типичные гетеротопии обнаружены у 50,0% больных и атипичные – у 46,4%. Поражения, которые большинством исследователей признаются «молодыми» и биохимически активными – белые железистые, напоминающие эндометрий, и красные – встретились у 22,6% больных. В большинстве наблюдений при этом отмечалось сочетание нескольких видов гетеротопий (как правило сочетались с атипичными и эндометриозными кистами).

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

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

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

При длительности заболевания до 1,5 лет в 75,0% наблюдений болевые ощущения были связаны с фазами менструального цикла и редко провоцировались какими-либо экзогенными воздействиями. При длительном существовании болевого синдрома боль возникала в половине наблюдений не только в связи с фазами менструального цикла (перивульгарный период, фаза желтого тела), но и при переутомлении, физической нагрузке, при переутомлении и нервном перенапряжении. 84,5% пациенток сообщили о закономерном или эпизодическом применении аналь-

гетических препаратов с целью купирования боли, эффект практически у всех больных был непродолжительным и частичным. 8,3% принимали транквилизаторы или снотворные средства в связи с пониженным фоном настроения и нарушениями сна.

С начало менструации характер боли изменялся – она или уменьшалась и прекращалась, или сохранялась. Жалобы на дисменорею предъявляли 82,6% обследованных больных. Выраженность дисменореи в 2/3 наблюдений также варьировала от одной менструации к другой. Очевидно, не у всех пациенток болезненная менструация была проявлением основного заболевания. Так, 3,6% женщин страдали дисменореей по т.н. «перепончатому» механизму, т.е. боли были связаны с «рождением» слепка нефрагментированного эндометрия и кровяных сгустков через ригидный шеечный канал и были сильнее при более обильной менструации. В этих наблюдениях отмечался хороший эффект спазмолитической терапии.

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

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

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

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

и глубины дыхания. СД и/или ДД снижалось на 5–10 мм рт.ст. у 51,2% женщин, а у остальных не изменялось.

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

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

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

На ритмичную фотостимуляцію в низком діапазоні частотой 3–6 Гц отмечались отдельные группы колебаний в ритме раздражения; на 9–12 Гц – во всех областях регистрировалась у 3/4 женщин генерализованная реакция усвоения 45–55% в задних отделах мозга и не более 30% в передних. В диапазоне 15–20 Гц у всех больных наблюдалась реакция активации, которая проявлялась в снижении амплитуды фоновой активности.

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

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

ВЫВОДЫ

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

Особливості болювого синдрому і вегетативної дисфункції у жінок з генітальним ендометріозом Абугалі Алаа

Результати проведених досліджень показали, що основною причиною хронічного болювого синдрому у жінок репродуктивного віку є зовнішній ендометріоз. Для цих пациенток характерно окрім болювого синдрому наявність диспареунії, дисменореї, вегетативні і психоемоційні порушення, а також зміни якості життя. При виборі конкретного варіанту гормонотерапії необхідно враховувати наявність клінічних проявів і результати додаткових методів досліджень.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, болювий синдром, вегетативна дисфункція.

Features of a painful syndrome and vegetative dysfunctions at women with genital endometriosis. Abugali Alaa

Results of the lead researches have shown, that a principal cause of a chronic painful syndrome at women of reproductive age is external the endometriosis. For these patients it is character-

istic besides a painful syndrome, presence dyspareunia, dysmenorea, vegetative and psycho-emotional infringements, and also changes of quality of a life. At a choice concrete a variant gormonotherapy it is necessary to take into account presence of clinical displays and results of additional methods of researches.

Key words: genital endometriosis, painful syndrome, vegetative dysfunctions.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
3. Бурлев В.А., Волков Н.И., Стыгар Д.А. Значение факторов роста в патогенезе эндометриоза // Вестн. Росс. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2009. – № 1. – С. 51–56.
4. Венціківський Б.М., Жегулович В.Г., Яроцький М.Є. Оперативні ендоскопічні втручання на органах малого таза у жінок // Одеський мед. журн. – 2001. – № 2. – С. 39–40.
5. Воробій В.Д., Сніжко Т.Б., Босацький Я.В. Лапароскопічне лікування доброякісних новоутворень яєчників у жінок репродуктивного віку // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 110–111.
6. Гладчук І.З. Лапароскопічна консервативна хірургія та «Золадекс» (Золедекс) (Золедекс) в лікуванні неплідних хворих з ендометріозом III, IV стадії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 1. – С. 104–106.
7. Запорожан В.М. Ендоскопічна хірургія в гінекології // Журн. НАМН України. – 2009. – Т. 5, № 1. – С. 44–52.

УДК 618.19:618.146]:612.621.31:612.018.2:612.433/434

Особливості змін молочних залоз і шийки матки при використанні гормональних рилізінг-систем

Н.В. Адамчук

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

Результати проведених досліджень свідчать про високу контрацептивну ефективність гормональних рилізінг-систем, низький рівень різних побічних ефектів, а також про відсутність негативного впливу гормональних рилізінг-систем на стан молочних залоз і шийки матки.

Ключові слова: *гормональні рилізінг-системи, молочні залози, шийка матки.*

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

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

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

З огляду на те, що ГРС були створені і стали упроваджуватися в клінічну практику недавно, відомості літератури про особливості їх впливу на репродуктивне здоров'я, особливо на стан молочних залоз і шийки матки небагаточисельні і суперечливі.

Мета дослідження: вивчення впливу ГРС на стан молочних залоз і шийки матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

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

Після скринінгу і оцінки відповідності критеріям включення-виключення всіх 150 жінок випадковим чином було розподілено на 3 групи. Використовували парні вибірки. До 1-ї групи увійшли 50, до 2-ї – 50, до 3-ї – 50 пацієнток.

Жінки 1-ї групи використовували вагінальне кільце «Нова Рінг»; 2-ї групи – нашірний пластир «Евра»; жінкам 3-ї групи була введена внутрішньоматкова гормональна система «Мірена».

Пацієнтки були обстежені за допомогою комплексу сучасних і інформативних методів дослідження: загальноклінічне, гінекологічне обстеження, за тестами функціональної діагностики, УЗД органів малого тазу і молочних залоз, дослідження бактеріоскопії і культурального вмісту піхви, цитологічне дослідження мазків з шийки матки, розширена кольпоскопія.

Оцінювалися: ефективність і правильність вживання, задоволеність використанням, наявність побічних ефектів і ускладнень, а також вплив на клінічний перебіг ПМС.

Пацієнтки були детально інформовані про методи контрацепції. Їм були роз'яснені можливості і особливості методу. Усі пацієнтки дали інформовану згоду на участь в дослідженні.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

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

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

Результати комплексного обстеження пацієнок дозволили скласти картину соматичного і репродуктивного здоров'я жінок.

Різні екстрагенітальні захворювання раніше перенесли 56,0% пацієнок 1-ї групи, 54,0% пацієнок 2-ї групи і 56,0% – відповідно 3-ї групи. Основними варіантами були: вегето-судинна дистонія, гастрит, пієлонефрит, патологія щитовидної залози, бронхіт і ін.

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

При анкетуванні на симптоми передменструального синдрому (ПМС) скаржилися 24,0% пацієнок 1-ї, 26,0% – 2-ї і 30,0% – 3-ї груп, причому найбільш частими скаргами були дратівливість, плаксивість, агресивність, погіршення сну, головний біль, запаморочення, нудота, тахікардія, коливання АТ, нагубання молочних залоз, набряки, метеоризм.

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

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

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

Результати нашого дослідження показали високу контрацептивну ефективність вагінального кільця, наскірної пластири, ВМС «Мірена». При вживанні кожний з названих рилізінг-систем при спостереженні впродовж від 2 до 5 років у жодної пацієнтки не настала вагітність (Індекс Перля = 0).

Оцінювання прийнятності гормональних рилізінг-систем підтвердило дані

про те, що загальний стан пацієнок в процесі контрацепції залишався задовільним. Частота і характеру побічних реакцій в цілому розрізнялося по групах і вони були специфічними для кожної рилізінг-системи. Так, при вживанні вагінального кільця спостерігалось посилення вагінальної секреції (14,0%), наскірної пластири – масталгії і шкірні реакції в місці аплікації пластиру (14,0%), ВМС «Мірена» – порушення менструального циклу у вигляді міжменструальних кров'яних виділень (28,0%). Більшість побічних реакцій зустрічалися в період адаптації (у перші 3–4 міс) вживання ГРС, при збільшенні тривалості вживання їх число значно знижувалося.

У літературі тривалий час дискутується питання про вплив гормональних контрацептивів на таргентні органи – молочні залози і шийку матки, при цьому отримані дані неоднозначні. Більшість дослідників встановили, що комбіновані оральні контрацептиви останнього покоління не впливають на молочні залози і шийку матки. Дослідження ж по впливу рилізінг-систем на молочні залози поодинокі. Нами ретельно вивчено стан молочних залоз в динаміці в 3-х групах пацієнок, що дозволяють зробити висновок про відсутність патологічного впливу на тканину молочних залоз.

Що стосується стану цервікального і вагінального епітелію, то закономірний інтерес представляло вивчення особливостей впливу вагінального кільця і ВМС «Мірена» на епітелій шийки матки.

При вживанні вагінального кільця через 1–4 міс спостерігалось посилення вагінальної секреції у 14,4% жінок, через 6–8 міс наголошувалося деяка активація процесу плоскоклітинної метаплазії у 50,5% пацієнок. Посилення вагінальної секреції і процесу метаплазії очевидно обумовлене дією естрогену, що локально виділяється з кільця на цервікальний і вагінальний епітелій.

Посилення вагінальної секреції у жінок з сексуальними проблемами (сухість піхви, дискомфорт при статевій близькості) сприяв поліпшенню сексуального життя у 52% пацієнок, що використовували вагінальне кільце. За результатами анкетування наголошувалося підвищення задоволеності сексуальними стосунками, збільшення частоти статевих контактів у таких пацієнок.

На відміну від естроген-гестагенних систем в частині пацієнок, що застосовували ВМС «Мірена» при цитологічному дослідженні спостерігалось збільшення кількості дистрофічно змінених кліток багатошарового плоского епітелію (7,2%), що пов'язане із специфічною дією гестагену – левоноргестрелу на епітелій шийки матки. Це слід враховувати як клініцистам, так і цитологам при інтерпретації результатів цитологічних досліджень у жінок, що використовують внутрішньоматкову систему.

Протягом усього часу спостереження (5 років) ні у однієї пацієнтки нами не виявлено порушень клітинного диференціювання або ознак атиpii.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу контрацептивну ефективність гормональних рилізінг-систем, низький рівень різних побічних ефектів, а також про відсутність негативного впливу гормональних рилізінг-систем на стан молочних залоз і шийки матки.

**Особенности изменений молочных желез и шейки матки
при использовании гормональных рилизинг-систем**
Н.В. Адамчук

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой контрацептивной эффективности гормональных рилизинг-систем, низком уровне различных побочных эффектов, а также об отсутствии негативного влияния гормональных рилизинг-систем на состояние молочных желез и шейки матки.

Ключевые слова: *гормональные рилизинг-системы, молочные железы, шейка матки.*

**Features of changes condition of mammary glands and cervix of uterus
at use of hormonal rilizing-systems**
N.V. Adamchuk

Results of the spent researches testify to high contraceptive efficiency hormonal rilizing systems, low level of various by-effects, and also about absence of negative influence hormonal rilizing systems on condition of mammary glands and cervix of uterus.

Key words: *hormonal rilizing-systems, mammary glands, cervix of uterus.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Влияние гормональных контрацептивов на состояние шейки матки / «Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы» / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: Медпрессинформ, 2012 – 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, 2011 – С. 298–304.
3. Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА: новый подход к контрацепции / Прилепская В.Н., Назарова Н.М. // Фарматека, 2010, № 15. – С. 8–10.
4. Современные методы контрацепции /Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.// Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М.: Литтерра, 2009. – С. 895–911.

УДК 618.36-055.28:618.5-007.1

**Плацентарная дисфункция
у многорожающих женщин –
как причина аномалий родовой
деятельности**

В.И. Бойко, М.Х. Алаа Хафажа

Медицинский институт Сумского государственного университета
МОН Украины

Проведено клинико-лабораторное исследование состояния фетоплацентарного комплекса у 100 беременных женщин, которые были подразделены на две группы в зависимости от паритета. Результаты эндокринологических методов исследования показали, что у многорожающих женщин, в III триместре гестации развивается фетоплацентарная дисфункция с тенденцией к снижению адаптационных возможностей фетоплацентарной системы. Морфологические данные свидетельствуют о том, что в этой же группе женщины возникает, главным образом, мембранозная недостаточность, связанная с нарушением маточно-плацентарного барьера и транспорта кислорода через него. При родоразрешении частота аномалий родовой деятельности у многорожающих женщин с плацентарной дисфункцией составила 73,7%, что является причиной высокого уровня перинатальной патологии.

Ключевые слова: *плацентарная дисфункция, аномалии родовой деятельности, многорожающие женщины.*

Улучшение уровня предоставления помощи при родах и изучения осложнений гестации у многорожающих женщин особенно актуально в регионах с высоким уровнем рождаемости. Согласно выводам экспертов ВОЗ (2010 г.) многочисленные роды и беременности являются универсальными факторами риска, приводящим к перинатальным и акушерским осложнениям. Возраст и паритет, малый интергенетичный интервал, высокая частота экстрагенитальной и гинекологической патологии, низкий уровень социально-экономического статуса – вот неполный перечень факторов, которые обеспечивают высокую частоту перинатальной и акушерской патологии у многорожающих женщин.

Фетоплацентарный комплекс (ФПК), который формируется во время беременности, обеспечивает оптимальное развитие плода в индивидуально сложившихся условиях внешней среды. ФПК – это уникальное содружество функциональных систем матери и плода, которая характеризуется единством функций, согласованностью и наличием механизмов регуляции, причастных лишь комплексу в целом [5]. Важным звеном в ФПК является плацента. Кроме питания,

газообмена плода и удаления продуктов метаболизма, через нее осуществляется формирование гормонального и иммунного статуса плода. Плацента является посредником в создании гормонального комплекса системы «мать–плод» и играет роль железы внутренней секреции, которая синтезирует гормоны при участии материнских и плодовых предшественников [6, 7].

Выполняя более важные функции во время беременности, плацента не играет роли самостоятельного элемента в системе ФПК, а является частью, продуктом, исполнительным органом и материнского организма, и плода [4]. Как временно существующая функциональная система, ФПК имеет собственные регуляторные механизмы, которые обеспечивают ее некоторую автономию и значительную способность к адаптации в материнском организме и внешней среде. Действие механизма адаптации осуществляется через плаценту как провизорную, но доминирующую в организме беременной женщины эндокринную железу [6, 8].

Гормонам, которые синтезируются в плаценте, принадлежит основная роль в координации приспособительных механизмов матери и плода, которые нацелены на создание оптимальных условий для роста и развития плода [2]. В связи с этим, в практике ведение беременных используется определение концентраций гормонов ФПК в их крови и комплексная оценка гормонов, как проявление сложного неспецифического адаптационного процесса. Особенно важно обнаружить эти нарушения у беременных высокого перинатального риска.

В работе исследованы гормоны, которые чаще всего способствуют выявлению наличия или отсутствия плацентарной дисфункции и определяют состояние плода.

Цель работы: показать роль плацентарной дисфункции в развитии аномалий родовой деятельности в многорожающих женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было исследовано 100 женщин, из которых 50 были многорожающие женщины (основная группа) и 50 женщин, которые рожают впервые (группа контроля).

Обследования проводили в течение беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Проспективно анализировали течение беременности и родов. Оценивали психоэмоциональное состояние женщин, собирали катamnестические данные о клиническом течении послеродового периода и заболеваемости новорожденных. В сыворотке крови определяли эстрадиол, эстриол, прогестерон, хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген, кортизол и альфа-фетопротеин, которые играют основную роль в формировании фетоплацентарного комплекса [1, 3]. Всем родильницам было проведено морфологическое исследование плаценты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение состояния фетоплацентарного комплекса в I триместре беременности позволило установить, что в зависимости от паритета, развитие плодотворного яйца проходит на фоне высоких концентраций в крови кортизола (на 150–200% выше нормальных показателей), который свидетельствует об усиле-

нии глюкокортикоидной активности надпочечников и напряжение адаптационных процессов.

В сыворотке крови беременных основной группы отмечалось достоверное снижение ($p < 0,05$) уровня прогестерона (на 50–60%) и плацентарного лактогена (на 40–50%) в сравнении с контрольной группой, которая свидетельствует о снижении функциональной активности яичников и гормонпродуцирующей функции фетоплацентарного комплекса.

С окончательным формированием плаценты компенсаторно активировалась ее функция, что проявлялось в вероятном ($p < 0,05$) повышении уровня плацентарного лактогена (на 135–145%) и эстриола (на 120–130%) у женщин основной группы в сравнении с контрольной.

Длительное напряженное функционирование фетоплацентарной системы приводило в конце беременности к истощению адаптационных возможностей системы «мать–плацента–плод». В III триместре беременности наблюдалось вероятное ($p < 0,05$) снижение содержания в сыворотке крови женщин основной группы кортизола (на 85–90%), плацентарного лактогена (на 70–75%) и эстриола (на 55–60%) в сравнении с контрольной группой.

В III триместре у беременных, которые много рожают (основная группа), независимо от наличия или отсутствия акушерской патологии, в периферической крови определялся высокий уровень альфафетопротеина (увеличение на 130–140%). По нашему мнению, это свидетельствует об отставании зрелости функциональных структур плода от календарного срока гестации.

Все это свидетельствует о том, что у женщин основной группы развивается фетоплацентарная дисфункция с тенденцией к снижению адаптационных возможностей фетоплацентарной системы.

Для более глубокой оценки состояния фетоплацентарного комплекса было проведено морфологическое исследование плацент. В плацентах женщины основной группы обнаружены отставание развития ворсинчатого дерева плаценты в виде диссоциированного развития котиледонов (относительная незрелость), соответственно в 30,0% (в контроле – 14,0%) и доминирование промежуточных дифференцированных ворсин (патологическая незрелость) в 36,0% (в контроле – 10,0%) наблюдений. В результате полуколичественной оценки морфологических компонентов плацент были установлено, что у них вероятно ($p < 0,05$) ускорились инволютивные процессы в виде распространенных кальцификатов, в том числе, с необычной их локализацией в составе клеточных островков, септ и стромы отдельных ворсин.

В плацентах многорожающих женщин (основная группа), были также обнаружены морфологические признаки активации компенсаторных реакций в виде ангиоматоза терминальных ворсин и увеличения числа синцитиальных почек, которые являются стереотипной компенсаторной реакцией, которая способствует усилению диффузии кислорода и пищевых веществ от матери к плоду. Кроме того, в плацентах определялись структурные предпосылки для избыточного синтеза плацентных гормонов, а также высокая морфологическая активность синцитиотрофобласта эпителия ворсин, периферического цитотрофобласта и микрокистозной трансформации клеточных островков и септ. Совокупность этих

структурних змін свідчить про розвиток початкової стадії плацентарної дисфункції. В контрольній групі компенсована плацентарна недостатність діагностована відповідно у 14,0% жінок.

При родорозрешенні частота аномалій родової діяльності у многорожуючих жінок з плацентарною дисфункцією склала 73,7%, що є причиною високого рівня перинатальної патології.

ВИВОДИ

У многорожуючих жінок виявлено цілий ряд змін формування ФПК. К ним можна віднести:

- виникнення вираженої нестабільності гормональної регуляції ФПК;
- різнонаправлений паралелізм динаміки гормонів плацентарного (плацентарний лактоген, прогестерон) і плодового (естриол, кортизол, білок АФП) комплексів, що вказує на розбалансованість і неповноцінність ФПК, як системи в цілому;
- порушення процесів гармонічного росту, розвитку, формування морфофункціональних систем і імунних механізмів плода, що призводить на момент родов до зниження адаптаційно-компенсаторних резервів і його морфофункціональної незрілості.

Таким чином, при порівняльному аналізі ендокринологічних і морфологічних змін в фетоплацентарному комплексі нами встановлено суттєві зміни, які свідчать про високий рівень ризику розвитку плацентарної дисфункції у многорожуючих жінок. При родорозрешенні частота аномалій родової діяльності у многорожуючих жінок з плацентарною дисфункцією склала 73,7%, що є причиною високого рівня перинатальної патології. Ці дані, безумовно, вказують на необхідність ранньої і достатньо ефективною профілактики плацентарної недостатності у многорожуючих жінок, а при її розвитку – проведення відповідних лікувальних заходів.

Плацентарна дисфункція у жінок, які багато народжують – як причина аномалій пологової діяльності В.І. Бойко, М.Х. Алаа Хафажа

Проведено клініко-лабораторні дослідження стану фетоплацентарного комплексу у 100 вагітних жінок, які багато народжують. Результати ендокринологічних досліджень показали, що у таких жінок у III триместрі гестації розвивається фетоплацентарна дисфункція з тенденцією до зниження адаптаційних можливостей фетоплацентарної системи. Морфологічні дані свідчать про те, що в цій же групі жінок виникає, головним чином, мембранозна недостатність, пов'язана з порушенням матково-плацентарного бар'єру і транспорту кисню через нього. При розродженні частота аномалій пологової діяльності у багатонароджуючих жінок з плацентарною дисфункцією склала 73,7%, що є причиною високого рівня перинатальної патології.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, аномалії пологової діяльності, багатонароджуючі жінки.

Placental dysfunction at multiparous women – as the reason of anomalies of placental activity V.I. Smartly, M.H. Alaa Hafazha

Clinic and laboratory research of a condition of a fetoplacental complex for 100 pregnant women is conducted, which were subdivided on two groups depending on a parity. The outcomes of endocrinological methods shown, that the multiparous women, in the third trimester of gestation dysfunction tendentious to a decrease of adaptive capabilities of a fetoplacental system develops. The morphological data testify that in same group of the women there is, mainly, membranosa with disturbances placental barrier and transport of oxygen through it. At delivery frequency of anomalies of placental activity at multigiving birth women with placental dysfunction has made 73,7% that is at the bottom of high level perinatal pathology.

Key words: placental dysfunction, anomalies of the placental activity, multigiving birth women. multiparous women.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голубев В.А., Соколова З.П. Гормональное исследование в диагностике фетоплацентарной недостаточности: Обзор литературы // УМРЖ. – 2009. – Разд. X, № 4. – С. 1–16.
2. Кобозева Н.В., Гуркин Ю.А. Перинатальная эндокринология. – Л.: Медицина, 2010. – 310 с.
3. Резников А.Г. Методы определения гормонов. – К.: Наукова думка, 2011. – 271 с.
4. Савченков Ю.И. Принципы системного подхода к изучению взаимоотношений матери и плода// Акуш. и гин. – 2007. – № 1. – С. 3–7.
5. Федорова М.В., Калашникова Е.П. Плацента и ее роль при беременности. – М. «Медицина». – 2011. – 254 с.
6. Benirschke K., Driscoll S.G. The Pathology of the Human Placenta. Berlin, Springer. – Veriag, 2012, 328 p.
7. Chard T. Placental synthesis // Clin. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 13. – P. 447–467.
8. Levy D.L. Placental abscess as a cause of fever of unknown origin. – Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – № 2 (140). – P. 338–339.

УДК 618.1-002-06:618.146-097:612.017.1

Дисбаланс місцевого імунітету каналу шийки матки – як причина запальних захворювань статевих органів в репродуктивному віці

Ф.Б. Алієва

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

Результати проведених досліджень свідчать, що при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступені тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: запальні захворювання, місцевий імунітет, канал шийки матки.

Проблема запальних захворювань репродуктивної системи зберігає свою актуальність у зв'язку з їх поширеністю та виникненням переважно у жінок молодого віку, а також великою частотою хронізації запального процесу, підвищенням частоти безпліддя і ектопічної вагітності, хронічного тазового болю та ін. [1–4].

У забезпеченні резистентності слизових оболонок жіночих статевих органів в нормі і в регуляції перебігу і результату запального процесу велика роль належить місцевим лімфоцитам [4]. Увага дослідників і клініцистів в основному звернена на вивчення і корекцію змін системних чинників захисту при запаленні. Судити про стан місцевих захисних механізмів на підставі дослідження лімфоцитів периферичної крові неможливо, оскільки тканинні лімфоцити взаємодіють з антигеном в умовах, які по температурі, рН і ферментному складу середовища відрізняються від внутрішнього середовища організму, що може впливати певним чином на їх функціональну активність [4].

Мета дослідження: вивчення механізмів захисту слизової оболонки статевих органів у здорових жінок і при гострому запаленні піхви і внутрішніх статевих органів шляхом дослідження експресії поверхневих маркерів на лімфоцитах слизу каналу шийки матки і енергетичного статусу лімфоцитів слизу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 107 жінок репродуктивного віку, з них 97 – з гострим запальним процесом в області матки і придатків і 10 соматично і гінекологічно здорових жінок-донорів з нормальною менструальною і генеративною функцією.

Середній вік донорів склав $23,3 \pm 1,6$ року і хворих – $24,7 \pm 3,2$ року. Гострий ендометрит було діагностовано у 34,0% пацієток; гострий ендометрит – у 2,1%; гострий сальпінгоофорит – у 11,3%; поєднання сальпінгоофориту і ендометриту – у 10,3%; гнійний сальпінгоофорит і ендометрит – у 34,0% і пельвіоперитоніт – відповідно у 8,3% хворих.

Діагноз гострого запального процесу матки і придатків ставився по загальноприйнятих методах. Хворим проводилося клініко-лабораторне дослідження; гінекологічне обстеження і ультразвукове дослідження органів малого тазу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно отриманих результатів гострий запальний процес репродуктивної системи виник на тлі внутрішньоматкового контрацептиву в 16,5%; після артіфіційного абортів – в 7,2%; після переохолодження – в 23,7%; після менструації – в 33,0%; після гістеросальпінгографії – в 1,0% і поза зв'язком з якою-небудь певною причиною – в 11,3%.

Давність захворювання до 3 днів була в 40,2%; від 4 до 7 днів – в 37,1% і від 7 до 10 днів – в 22,7% хворих.

На момент опиту скарги на озноб пред'являли 32,9% пацієток; на нудоту – 26,8%; на сухість в роті – 32,9%; на прискорене і хворобливе сечовипускання – 20,6%; на здуття живота – 13,4%; на пітливість – 27,8%; на запаморочення – 17,5% і на ясні виділення із статевих шляхів – 70,1% жінок. Біль внизу живота були в 84,4% хворих, причому розлита в 3,1%; у епігастрії – в 2,1%; ниючого характеру – в 85,6%; ріжучого – в 7,2%; переймоподібного – в 4,1%; з іррадіацією в пахову область і стегно – в 60,8%; у пряму кишку – в 10,3% хворих. Причому у 68,0% пацієток біль був помірний; у 25,8% – сильний і відсутній – у 5,1% жінок.

При об'єктивному дослідженні стан 57,7% пацієток було розцінено як задовільний і в 42,3% – середнього ступеня тяжкості.

Нормальну температуру тіла мали 47,4% жінок; субфебрильну – 34,0% і гіпертермію – відповідно 18,6%.

При пальпації живота помірна хворобливість була в 49,5%; різка – 12,4%; перитонеальні симптоми – 8,3% були позитивними.

При бімануальному дослідженні хворобливі рухи за шийку матки відмічені в 73,2%; збільшення розмірів матки – 51,6%; м'яка консистенція і хворобливість матки – в 54,6%; набряклість і хворобливість придатків – в 63,9%. Однобічне ураження придатків діагностовано в 10,3% випадків і двостороннє – в 53,6% спостережень.

Результати додаткових методів досліджень свідчать, що гострий запальний процес супроводжувався зміною складу субпопуляції і функціональної активності Т-лімфоцитів крові, що виражалось в зниженні відносної кількості Т-лімфоцитів і показника функції тимуса. Це може пояснюватися підвищенням викиду з тимуса лімфоцитів різного ступеня зрілості у відповідь на запалення, а також міграцією зрілих клітин у вогнище запалення. Крім того, при середньому ступеню тяжкості перебігу запального процесу підвищувався показник ефекторних функцій лімфоцитів.

Популяція лімфоїдних клітин реагує на запальний процес також зміною співвідношення фракцій лімфоцитів з різною активністю дегідрогенази. Так, в наших дослідженнях в крові при запальному процесі підвищувалася частка «моло-

дих» лімфоцитів, з високою активністю до сукцинатдегідрогенази (20 і більш за гранули в 1 клітці).

У всіх хворих мазки з цервікального каналу були 3 і 4 ступеня чистоти і фон мазка був «темний». У 60,8% жінок в мазках були відсутні *V.vaginalis*. Змішана мікрофлора виявлена у 48,5% чоловік. Клітинний склад цервікального каналу був наступним: відносна кількість «активних» і «неактивних» нейтрофілів – 79,9±6,8% і 6,3±1,3%; «активних» і «неактивних» макрофагів – 4,9±0,8% і 0,5±0,06%; лімфоцитів – 8,1±1,9%; еозинофілів – 0,2±0,01% і плазматичних клітин – 0,2±0,01%.

При бактеріологічному дослідженні слизу каналу шийки матки *Staphylococcus epidermidis* виділявся у 14,4% пацієнток; *E.coli* – в 8,3%; *Enterobacter aerogenus* – в 8,3%; *Staphylococcus saprophyticus* – в 6,2%; *Candida albicans* – в 4,1%; *Corinebacterium genitalis* – в 4,1%; *Streptococcus faecalis* – в 3,15; *Klebsiella* – в 3,1% і *mixt-flora* – відповідно у 10,3% жінок. При цьому не було бактеріального зростання в 32,9% хворих.

У слизі каналу шийки матки при гострому запальному процесі загальна кількість Т-лімфоцитів залишалася незмінною, а кількість Т-хелперів зростала. На лімфоцитах слизу каналу шийки матки посилювалася експресія молекул LFA-1 і CD25. При середньотяжкому перебігу (гнійне запалення) експресія рецептора для інтерлейкіна-2 і кількість Т-хелперів вищі, ніж при легкому. Це відображає інтенсивність процесів кооперації клітин, регуляторних впливів лімфоцитів, направлених на активацію функцій клітин-учасників запальної реакції.

У лімфоцитах слизу при гострому запаленні статевих органів аеробний метаболізм посилювався, а підвищення середньої активності дегідрогенази супроводжувалося збільшенням відсотка «середньоактивних» лімфоцитів (від 10 до 19 гранул в 1 клітині), що може відображати селективну міграцію зрілих лімфоцитів у вогнище запалення.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, при гострому запаленні внутрішніх статевих органів відбувається функціональна активація місцевих лімфоцитів, причому вона більш виражена при середньому ступені тяжкості захворювання і не залежить від нозологічної форми. Отримані результати можна використовувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Дисбаланс місцевого імунітету каналу шийки матки – як причина воспалительных заболеваний половых органов в репродуктивный период Ф.Б. Алиева

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при остром воспалении внутренних половых органов происходит функциональная активация местных лимфоцитов, причем она более выражена при средней степени тяжести заболевания и не зависит от нозологической формы. Полученные результаты можно использовать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, местный иммунитет, канал шейки матки.

Dysbalance of local immunity cervical channel in development of inflammatory diseases at reproductive age

F.B. Alieva

Results of the lead researches testify, that at a sharp inflammation of internal genitals there is a functional activation local lymphocytes, and it is more expressed at an average degree of weight of disease and does not depend from nозологической forms. The received results can be used by development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: inflammatory diseases, local immunity, cervical channel.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абакарова П.Р. Урогенитальный хламидиоз: принципы диагностики и лечения / Абакарова П.Р. // Гинекология. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 21–23.
2. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз и состояние микроэкологии влагалища / Анкирская А.С. // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы инфекции в акушерстве и гинекологии». – СПб., 2010. – С. 77–78.
3. Байрамова Г.Р. Современные принципы диагностики и лечения бактериального вагиноза / Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 103–104.
4. Бойчук А.В. Стан системи імунного захисту у хворих із загостренням хронічного аднекситу на тлі різних видів місцевого лікування / Бойчук А.В. // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 2. – С. 75–77.

УДК 618.3-06:618.39

Частота і структура гестаційних ускладнень у жінок з першим медичним абортom в анамнезі

С.М. Бакшєєв

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з першим медичним абортom в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку ускладнень при подальшій вагітності. При цьому основними варіантами гестаційних ускладнень є загроза переривання вагітності, гестаційна анемія, прееклампсія і плацентарна дисфункція. Частота наведених вище ускладнень значно вище у жінок з ускладненим варіантом першого медичного аборту. Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму вагітності у пацієнок даної групи високого ризику.

Ключові слова: медичний аборт, вагітність, ускладнення.

Важливість проблеми першого медичного аборту обумовлена великою кількістю ускладнень, які спричиняє за собою ця операція [1–6]. Так, згідно даним літератури, у жінок, що перенесли медичний аборт, число ускладнень подальшої вагітності в 7–8 разів, а число ускладнень пологів в 10–12 разів вище, ніж у пацієнок, що не мають в анамнезі абортів [1, 3]. При цьому найбільше число ускладнень складають загроза переривання вагітності (49,1%), прееклампсія (42,0%), аномалії пологової діяльності (22,5%), травми м'яких тканин пологових шляхів (20,5%) [4, 5]. З ризиком, пов'язаним з штучним абортom, стикаються жінки репродуктивного періоду і працездатного віку, що підкреслює не лише медичну, але і соціально-економічну значущість цієї проблеми.

Особливий ризик для репродуктивної функції жінки виникає при перериванні саме першої вагітності. Серед ранніх ускладнень штучного аборту найчастішими є запальні захворювання (ендометрит, сальпінгоофорит). Дана патологія зустрічається у 15–17% жінок, що перенесли перший медичний аборт [1, 5]. Необхідно відзначити, що у 10–30% жінок після першого медичного аборту розвивається вторинне безпліддя [6]. Встановлено, що після штучного переривання першої вагітності, перебіг подальшої в 4 рази частіше ускладнюється загрозою переривання вагітності, як в ранні, так і в пізні терміни [3, 4].

Мета дослідження: вивчення клінічних особливостей перебігу подальшої вагітності у жінок з першим медичним абортom в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було проведено вивчення клінічного перебігу вагітності у 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторно вагітних перворо-

дячих жінок, що перервали першу вагітність медичним абортom в першому триместрі. Групу порівняння склали 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

У основній групі виконано ретроспективний аналіз медичних абортів з вивченням характеру і зв'язку ступеня тяжкості ускладнень з терміном переривання вагітності, наявністю соматичних і гінекологічних захворювань. З метою вивчення несприятливого впливу штучного переривання першої вагітності на перебіг подальшої гестації, пологів і післяпологового періоду основна група підрозділена на дві підгрупи:

I підгрупа – жінки (23), що мали ускладнення після переривання першої вагітності медичним абортom;

II підгрупа – жінки (44), що не мали ускладнення після медичного аборту.

На основі даних опиту і аналізу стаціонарної карти на кожну породіллю була заповнена спеціально розроблена анкета з результатами клініко-функціональних і лабораторних методів досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що вік обстежених жінок коливався від 16 до 40 років. Середній вік пацієнок основної групи склав $25,6 \pm 0,34$ року, порівняльної групи – $23,1 \pm 0,32$ року. Отримані дані свідчать про те, що найбільшу групу склали пацієнтки у віці до 30 років, яких припадало на частку 90,3%.

Аналіз вивчених анамнестичних даних свідчить про молодий вік контингенту жінок, що вивчається, більшість з яких були працюючими, в кожній 3 і 5 з них шлюб не був зареєстрований. Кожна четверта мала шкідливі звички (куріння). Майже половина обстежених жінок не користувалися контрацептивними засобами або користувалися ними не регулярно. При об'єктивному обстеженні звертає увагу висока питома вага хронічних екстрагенітальних захворювань запального генезу. Слід підкреслити високий відсоток гінекологічних захворювань в основній групі, що значно вище за такі показники в порівняльній групі, що не мали в анамнезі аборту. Основними причинами першого медичного аборту були незареєстрований шлюб (26,7%); навчання (20,0%); матеріальна незабезпеченість (15,6%); небажання мати дитину (14,8%); думка «рано народжувати» (14,8%) і житлові проблеми (8,1%).

Всі жінки під час вагітності перебували на обліку в жіночій консультації. Більшість пацієнок основної і групи порівняння встали на облік в жіночу консультацію до 12 тижнів вагітності (83,0% і 72,8%). При обстеженні жінок застосовувалися сучасні інформативні методи відповідно протоколам МОЗ України.

Юні первородящі (16–17 років) склали в основній групі – 0,7%, в групі порівняння – 3,9%, первородящі в 30–40 років – 14,8% і 2,9% відповідно.

Rh-негативна група крові зустрічалася з однаковою частою в тій і іншій групі (6,7% і 6,8%). Резус-антитіла в крові цих жінок не виявлені, резус-конфлікту у них не спостерігалось.

Вузкий таз (загальнорівнозвужений I і II ступеня, поперечнозвужений) діагностовано в 9,6% і 17,5% вагітних відповідно по групах.

Вагітність протікала на тлі великої кількості хронічних екстрагенітальних запальних захворювань, що знаходяться у стадії ремісії: 79,6% випадків в основній і

45,6% в групі порівняння. Найбільше число хронічних запальних захворювань (82,2% і 95,7%) представлене: хронічними захворюваннями нирок, гепатобіліарної системи і ЛОР-органів.

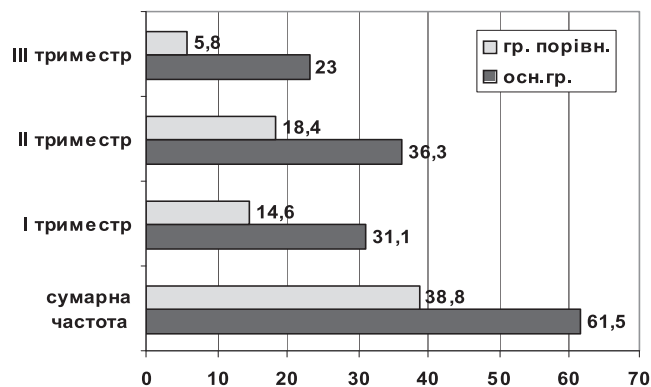
Окрім наведених вище вогнищ хронічних інфекцій у вагітних діагностовано неінфекційні соматичні захворювання, які можуть впливати як на перебіг вагітності, так і на спосіб розродження. Істотний вплив на розвиток ускладнень вагітності можуть надавати захворювання серцево-судинної системи, які зустрічалися відповідно в 45,2% і 34,0% пацієнток і представлені: розладами вегетативної нервової системи, варикозною хворобою, гіпертонічною хворобою, пролапсом мітрального клапана. За захворювання органів зору (міопія, астигматизм, глаукома, атрофія зорового нерва) спостерігалися в тій і іншій групі в 34,1% і 33,0% вагітних і часто були показаннями для оперативного розродження.

При оцінюванні клінічного перебігу вагітності встановлено, що токсикоз I половин вагітності спостерігався в 39,3% і 33,9% пацієнток відповідно: блювота легкого і середнього ступеня тяжкості, дерматит вагітних. У кожній групі було по одній жінці з дерматитом вагітних. Вимушена інтенсивна терапія блювоти вагітних середнього ступеня тяжкості була проведена в 3,7% і 1,0% жінок основної і групи порівняння.

Перебіг вагітності ускладнився загрозою переривання достовірно частіше у пацієнток в основній групі (61,5%), чим в групі порівняння (38,8%), у тому числі в I триместрі – 31,1% і 14,6%, в II – 36,3% і 18,4%, в III – 23,0% і 5,8% (мал. 1).

Велику увагу привертає вивчення частоти загрози переривання вагітності в підгрупах основної групи: у I підгрупі, у жінок тих, що мали ускладнення після медичного абортів – 87,0%, і в II підгрупі, з необтяженим перебігом післяабортного періоду – 48,3% ($p < 0,05$).

Прееклампсією вагітність ускладнилася в основній і групі порівняння в 39,3% і 36,9% вагітних. Найчастіше (66,0% і 81,6%) мали місце набряки вагітних. Преек-



Мал. 1. Частота ускладнень вагітності (%)

Примітка: у деяких жінок впродовж вагітності одне і теж ускладнення зустрічалося неодноразово

ламсія легкого ступеня виявлена відповідно в 10,4% і 3,9% пацієнток. Прееклампсією середнього і важкого ступеня діагностовано в групах, що вивчаються, у 2,9% жінок і з'явилася показанням для виробництва екстреного кесарева розтину із сприятливим результатом для матері і плода, у тому числі при доношеній (у основній групі – 2 спостереження, в групі порівняння – 1) і при недоношеній вагітності (по 1 спостереженню в 32 і 35 тижнів вагітності).

Перебіг вагітності ускладнився анемією більш ніж в половині вагітних кожної групи (74,1% і 65,1%), у тому числі в I половині – 38,5% і 21,2%, в II – 67,4% і 59,2% (у деяких жінок дане ускладнення виявлене і в I і в II половині вагітності). Анемія середнього ступеня тяжкості зустрічалася в 3,0% вагітних основної і в 6,8% групи порівняння.

Отримані дані свідчать про високий відсоток діагностованих під час вагітності порушень біоценозу статевих шляхів і відсутність істотної різниці в їх частоті у жінок груп, що вивчаються (82,2% і 72,8%, у тому числі в I половині вагітності – 57,8% і 37,9%, після 20 тиж – в 68,5% і 62,1% жінок).

Загострення хронічних екстрагенітальних захворювань діагностоване в 3,7% і 1,9% вагітних. При цьому гестаційний пієлонефрит в 4,6 рази частіше спостерігався у пацієнток основної групи (відповідно 13,3% і 2,9%).

Гостра респіраторна вірусна інфекція під час вагітності виявлена в більш ніж половині (58%) пацієнток обох груп (у тому числі в I половині – 40,0% і 33,0%, в II – 37,8% і 45,6%). Більше чверті жінок (26,6% і 28,3%) перенесла гостру респіраторну вірусну інфекцію неодноразово (2–4 рази) за вагітність.

Особлива увага надана даним щодо стану фетоплацентарного комплексу у жінок основної і групи порівняння. Так, сумарна частота плацентарної дисфункції складала в основній групі 41,8%, а в групі порівняння – 23,1%. При цьому в I підгрупі цей показник був значно вищий (78,3%) в порівнянні з 2 підгрупою (22,7%). По термінах розвитку даного ускладнення слід зазначити, що у пацієнток основної групи дане ускладнення починалося з 28–29 тиж вагітності і характеризувалося затримкою розвитку плода на фоні багато- або маловоддя. У відмінності від цього в групі порівняння перші клініко-ехографічні ознаки ПД з'являлися після 32–33 тиж вагітності, а об'єм амніотичної рідини, як правило, був не змінений. Вельми показовим є і той факт, що в 20 з 28 (71,4%) жінок основної групи з ПД мали місце прояви внутрішньоутробного інфікування. У групі порівняння цей показник склав всього лише 25,0% (3 випадки з 12).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що жінки з першим медичним абортів в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку ускладнень при подальшій вагітності. При цьому основними варіантами гестаційних ускладнень є загроза переривання вагітності, гестаційна анемія, прееклампсія і плацентарна дисфункція. Частота наведених вище ускладнень значно вище у жінок з ускладненим варіантом першого медичного абортів. Отримані результати свідчать про необхідність розроблення алгоритму вагітності у пацієнток групи високого ризику.

Частота и структура гестационных осложнений у женщин с первым медицинским абортom в анамнезе

С.Н. Бакшеев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с первым медицинским абортom в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию осложнений при последующей беременности. При этом основными вариантами гестационных осложнений являются угроза прерывания беременности, гестационная анемия, преэклампсия и плацентарная дисфункция. Частота вышеперечисленных осложнений значительно выше у женщин с осложненным вариантом первого медицинского аборта. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма беременности у пациенток данной группы высокого риска.

Ключевые слова: *медицинский аборт, беременность, осложнения.*

Frequency and structure of gestational complications at women with the first medical abortion in the anamnesis

S. N. Baksheev

Results of the spent researches testify that women with the first medical abortion in the anamnesis make group of high risk on development of complications at the subsequent pregnancy. Thus the basic variants gestational complications are threat of interruption of pregnancy, gestation anaemia, preeclampsia and placental dysfunction. Frequency of the complications set forth above considerably above at women with the complicated variant of the first medical abortion. The received results testify to necessity of working out of algorithm of pregnancy at patients of the given group of high risk.

Key words: *medical abortion, pregnancy, complications.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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 регионально-го 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 регионально-го науч. форума. – Казань, 2007. – С. 224–225.

УДК 618.17-008.8-02:618.14-007.6-055.28

Нарушения менструальной функции при гиперпластических процессах эндометрия у многорожавших женщин

Е.Я. Бунятова

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клинические проявления гиперпластических заболеваний эндометрия в пременопаузе у многорожавших женщин зависят от их морфологического варианта. Диффузные гиперплазии эндометрия проявляются чаще ациклическими маточными кровотечениями; очаговые гиперплазии эндометрия в основном протекают бессимптомно или малосимптомно. При полипах эндометрия больные отмечают увеличение продолжительности и/или количества менструальных выделений и наличие болевого синдрома. При сочетаниях эндометриальных полипов и гиперплазий преобладают жалобы на ациклические кровотечения. У каждой четвертой больной с гиперпластическим процессом эндометрия в пременопаузе заболевание протекает бессимптомно или малосимптомно. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток данной группы.

Ключевые слова: *нарушения менструальной функции, гиперпластические процессы эндометрия, многорожавшие женщины.*

В настоящее время установлено, что предпосылки для гиперпластических изменений в эндометрии (ГПЭ) у женщин в период пременопаузы возникают в результате возрастных особенностей нейроэндокринной регуляции в этом возрасте. Происходит снижение продукции ингибина яичниками, что приводит к изменению гипоталамической активности, одним из проявлений которой является увеличение рилизинг-секреции. В результате прекращается циклическая гонадотропная функция гипофиза, нарастает уровень фолликулоstimулирующего и лютеинизирующего гормонов, что приводит к персистенции или атрезии фолликулов и к абсолютной или относительной гиперэстрогении [1–3].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении ГПЭ, некоторые вопросы, касающиеся этиопатогенетической терапии этих заболеваний, не решены окончательно. В частности одной из проблем являются их рецидивирование и резистентность к гормонотерапии, особенно в группах высокого риска, к которой относятся и многорожавшие женщины.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многорожавшие женщины составляют группу высокого риска по развитию не только акушерских и перинатальных осложнений, но и гормональнозависимой гинекологической пато-

логии, к которой относятся нарушения менструальной функции и гиперпластические процессы эндометрия [1–3]. Научные исследования в данном направлении являются единичными и носят противоречивый характер.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности избранной научной задачи.

Цель исследования: изучение клинических особенностей нарушений менструальной функции при гиперпластических процессах эндометрия у многорожавших женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие две группы (ретроспективная и проспективная) многорожавших женщин в возрасте 45–50 лет (по 30 женщин в каждой группе), у которых выявлены полипы эндометрия и гиперплазии эндометрия, в дальнейшем именуемые «доброкачественные гиперпластические процессы в эндометрии». Ретроспективная и проспективная группы были сопоставимы по своим основным характеристикам.

Обследование пациенток проводили с детальной оценкой жалоб, анамнеза, менструальной и репродуктивной функций, лабораторных исследований крови; ультразвукового исследования; оценки эндокринологического статуса (ФСГ, ЛГ, эстрадиол и прогестерон) и гистологического исследования эндометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что между женщинами ретроспективной и проспективной групп не было существенных различий по возрасту, частоте генитальной и экстрагенитальной патологии.

Самым частым симптомом гиперпластических процессов эндометрия являются нарушения менструальной функции, которые клинически проявляются маточными кровотечениями. Больные ретроспективной и проспективной групп предъявляли жалобы, связанные с нарушением менструального цикла соответственно в 76,7% и 80,0% случаев. При диффузных гиперплазиях эндометрия больные предъявляли жалобы на маточные кровотечения, возникающие, как правило, после задержки менструации соответственно по группам в 73,3% и 76,7%. В 16,7% и 13,3% случаев диффузная гиперплазия эндометрия была выявлена во время профилактического осмотра.

Основные жалобы больных с полипами эндометрия ретроспективной и проспективной групп были следующими: межменструальные кровянистые выделения из половых путей – в 26,7% и 30,0%; обильные и длительные менструации при сохраненном их ритме – в 20,0% и 23,3%; перименструальные кровянистые выделения – в 13,3% и 16,7%, боль в гипогастрии – в 23,3% и 26,7%, ациклические кровотечения – в 13,3% и 10,0% наблюдений. У 23,3% и 20,0% женщин с полипами эндометрия заболевание протекало бессимптомно или малосимптомно.

Больные с очаговыми гиперплазиями эндометрия не предъявляли жалоб – в 46,7% и 43,3%. При детальном опросе у 36,7% и 33,3% этих больных выявлено некоторое увеличение продолжительности менструаций в течение последних 3–18 мес предшествующих обращению. Ациклические кровотечения отмечены лишь в 16,7% и 20,0% случаев.

У больных с сочетанной патологией эндометрия (полипы и гиперплазия) обеих групп на первый план выходили жалобы на кровотечения на фоне отсутствия менструаций от 2 нед до нескольких месяцев – в 73,3% и 83,3% случаев. Гораздо реже отмечалось увеличение продолжительности менструаций при сохраненном их ритме соответственно в 10,0% и 13,3%. Давность заболевания на момент обращения у больных обеих групп составила от 2-х месяцев до 2,5 лет.

Среднее количество родов у больных с различными гиперпластическими заболеваниями эндометрия достоверно не различалось ($4,3 \pm 0,3$ и $4,5 \pm 0,5$). Отмечена высокая частота осложнений послеродового периода у больных с полипами эндометрия и сочетанной патологией эндометрия в обеих группах, соответственно 43,3% и 36,7%; 40,0% и 30,0% случаев. В меньшей степени этот показатель отмечен у больных с диффузными и очаговыми гиперплазиями эндометрия, соответственно по группам в 26,7% и 30,0%; 26,7% и 23,3% случаев.

Патология шейки матки отмечена практически у трети больных с диффузными и очаговыми гиперплазиями – 33,3% и 36,7%; 33,3% и 36,7%. У больных с полипами и сочетанной патологией эндометрия заболевания шейки матки выявлены более чем в половине случаев – 56,7% и 66,7%; 53,3% и 56,7%.

Экстрагенитальная патология встречалась в 86,7% и в 90,0% среди больных обеих групп. Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены более чем у половины больных. Практически с той же частотой отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы преобладала артериальная гипертензия, эта патология отмечена практически у каждой третьей из обследуемых больных. Более чем у трети больных отмечена варикозная болезнь нижних конечностей.

Исследование молочных желез выявило наличие диффузной мастопатии по группам у 36,7% и у 33,3%, наличие кистозно-фиброзной мастопатии – у 13,3% и 10,0% женщин.

Среди больных с диффузными гиперплазиями эндометрия в 86,2% и 89,4% показатели гормонального профиля свидетельствовали об ановуляции. Уровень эстрадиола у этих больных находился в пределах 134–567 пг/мл и 110–574 пг/мл; уровень прогестерона – в пределах 0,8–1,9 нмоль/л и 0,9–2,1 нмоль/л, что свидетельствовало о гиперэстрогемии и прогестероновой недостаточности. Показатели ФСГ и ЛГ приближались к верхней границе нормы, и находились соответственно в пределах 6,02–10,7 мМЕ/мл и 8,3–12,4 мМЕ/мл; 6,3–11,3 мМЕ/мл и 8,6–11,9 мМЕ/мл.

У больных с полипами эндометрия и очаговыми гиперплазиями в 43,3%; 46,7% и в 46,7%; 50,0% случаев, отмечались овуляторные циклы, но с недостаточностью прогестероновой фазы. При этом, у больных с фиброзными и фиброзно-железистыми полипами эндометрия на фоне гипопластического или атрофического эндометрия уровни гонадотропных и половых гормонов приближались к менопаузальным, что свидетельствовало об ановуляции с гипоэстрогемией. У больных с железистыми и железисто-фиброзными полипами регистрировались случаи овуляторных циклов, о чем свидетельствовали уровни гонадотропных и половых гормо-

нов в сыворотке крови, признаки секреции в окружающем эндометрии, а так же обнаружение желтого тела при ультразвуковом сканировании органов малого таза.

У пациенток с очаговыми и диффузными гиперплазиями и сочетанной патологией эндометрия без лечения рецидивы наступали более чем в половине случаев. При этом основное количество рецидивов приходилось на первые 6 мес наблюдения. Аналогичная картина наблюдалась при сочетании эндометриальных полипов и гиперплазий, причем при обращении в связи с рецидивом у всех этих больных в гистологическом материале из полости матки была обнаружена диффузная гиперплазия эндометрия. Эндометриальные полипы рецидивировали только в трети случаев, и рецидивы были отмечены в основном через год и более.

ВЫВОДЫ

Таким образом, клинические проявления гиперпластических заболеваний эндометрия в пременопаузе у многорожавших женщин зависят от их морфологического варианта. Диффузные гиперплазии эндометрия проявляются ациклическими маточными кровотечениями в 73,3–76,7% случаев. Очаговые гиперплазии эндометрия в 43,3–46,7% случаев протекают бессимптомно или малосимптомно. При полипах эндометрия больные отмечают увеличение продолжительности и/или количества менструальных выделений – в 20,0–23,3%, межменструальные кровянистые выделения – в 26,7–30,0%. В 23,3–26,7% случаев при этой патологии присутствует болевой синдром. При сочетаниях эндометриальных полипов и гиперплазий преобладают жалобы на ациклические кровотечения – 73,3–83,3%. У каждой четвертой больной с гиперпластическим процессом эндометрия в пременопаузе заболевание протекает бессимптомно или малосимптомно. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток данной группы.

Порушення менструальної функції при гіперпластичних процесах ендометрія у жінок, які багато народжують

О.О. Бунятова

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічні прояви гіперпластичних захворювань ендометрія в пременопаузі у жінок, які багато народжують, залежать від їхнього морфологічного варіанта. Дифузійні гіперплазії ендометрія проявляються частіше ациклічними матковими кровотечениями, осередкові гіперплазії ендометрія загалом протікають безсимптомно або малосимптомно. При поліпах ендометрія хворі відзначають збільшення тривалості й/або кількості менструальних виділень і наявність болювого синдрому. При поєднаннях ендометриальних поліпів і гіперплазій переважають скарги на ациклічні кровотечі. У кожній четвертій хворій з гіперпластичним процесом ендометрія в пременопаузі захворювання протікає безсимптомно або малосимптомно. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток даної групи.

Ключові слова: порушення менструальної функції, гіперпластичні процеси ендометрія, жінки, які багато народжують.

Infringements menstrual functions at hyperplastic processes of endometrium at multigiving birth women E.A. Bunjatova

Results of the spent researches testify, that clinical displays of hyperplastic diseases endometrium in premenopausa at multigiving birth women depend on their morphological variant. Diffusion hyperplasia endometrium are shown more often acyclic uterine bleedings; central hyperplasia endometrium more often in proceed without symptoms or littlesymptoms. At polyps endometrium patients mark duration and-or quantity increase menstrual allocation and presence of a painful syndrome. At combinations endometrial polyps and hyperplazia complaints to acyclic bleedings prevail. At every fourth patient with hyperplastic process endometrium in premenopausa disease proceeds without symptoms or littlesymptoms. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting patients of the given group.

Key words: *infringements menstrual functions, hyperplastic processes endometrium, multigiving birth women.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Брауде И.Е. Гистерэктомия у многорожавших женщин по поводу генитальной патологии // 36. наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2007. – Вип.16, кн. 5. – С. 189–193.
2. Вдовенко И.А. Гиперпластические процессы эндометрия на фоне регулярного менструального цикла в пременопаузе // Вестник РГМУ. – 2009. – № 2 (28). – С. 84.
3. Кривонос В.А. Патология эндометрия у женщин в менопаузальном возрасте // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. Сборник научных трудов. – Оренбург, 2012. – С. 36–37.

Порівняльні аспекти різних методів лікування аденоміозу

І.П. Гнип

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

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

Ключові слова: аденоміоз, лікування, порівняльні аспекти.

В даний час ендометріоз є одним з поширених захворювань жінок репродуктивного віку [1–9]. Частота цього захворювання, за різними даними, варіює в досить широких межах – від 7% до 50% [1, 3, 7]. Збільшення частоти випадків ендометріозу зв'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, і, з іншого боку – з погіршенням екологічної обстановки, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам ендометріозу [1–9], до сьогодні залишаються нев'язаними багато питань етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу, особливо при аденоміозі. Крім того відсутні дані про порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу, включаючи консервативні і оперативні методи лікування.

Все викладене вище свідчить про актуальність проблеми, що вивчається, а саме порівняльні аспекти різних методів лікування аденоміозу.

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів різних методів лікування аденоміозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 175 хворих з аденоміозом різної локалізації і мірами вираженості, яких було розподілено на дві групи залежно від використовуваних методів лікування:

1 група – 64 пацієнтки, що отримувала різні варіанти консервативного лікування до 6 місяців (гестагени, аналоги лютеїнізуючого релізинг-гормону);

2 група – 111 хворих, що перенесли різні варіанти оперативного лікування (від односторонньої аднексектомії до екстирпації матки з придатками).

У порівняльному аспекті ми вивчали наступні моменти: частота больового синдрому; стан менструальної функції, порушення генеративної функції і розладу сусідніх органів (кишечника і сечовивідних шляхів), а також частота нейровегетативного, психоемоційного і змінно-ендокринного симптомокомплексів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні частоти больового синдрому у всіх обстежуваних ми з'ясували наявність наступних проявів: альгоменорея (больові відчуття під час менструації), диспареунія (хворобливість при статевих стосунках) і біль в області тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом.

Частота альгоменореї у пацієток 1 групи склала 28,1% (від 20,0% при лікуванні агоністами до 33,3% – при використанні гестагенів). На хворобливість статевих актів скаржилися 29,7% жінок цієї ж групи (від 37,5% – при використанні гестагенів до 20,0% – при вживанні агоністів). В порівнянні з цим, біль в області тазу, не пов'язаний з менструацією і статевим актом була виявлена лише в 9,4% (від 6,7% – при використанні агоністів до 12,5% – при вживанні гестагенів).

Серед жінок, що перенесли різний об'єм оперативного втручання, больовий компонент менструації відзначали лише 8,1% пацієток, в який об'єм операції був обмежений односторонньою аднексектомією. На відміну від цього, диспареунія була виявлена більш ніж в половині (69,4%) хворих 2 групи (від 83,9% – після гістеректомії до 40,0% – після односторонньої аднексектомії). Скарги на біль в області тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом, пред'являли 15,3% жінок, що перенесли оперативне лікування (від 10,7% – після мінімального об'єму до 20,0% – після максимального об'єму операції).

Отже, у хворих з аденоміозом больовий синдром виявляється, в основному, у вигляді альгоменореї і диспареунії, в той час як больові відчуття в області малого тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом, спостерігаються набагато рідше. Усі проаналізовані нами методи консервативного лікування (від гестагенів до агоністів) володіють недовготривалим ефектом відносно альгоменореї і практично не впливають на частоту інших проявів больового синдрому при аденоміозі. У свою чергу, одностороння аднексектомія також трохи знижує частоту альгоменореї, тоді як радикальніші операції, що викликають хірургічну менопаузу, обумовлюють повне і безповоротне зникнення даного симптому, проте, у міру збільшення об'єму оперативного втручання на органах малого тазу наростає частота диспареунії, обумовленої вочевидь вже не стільки аденоміозом, скільки яєчником тканиною, що розвивається в результаті видалення, недостатністю статевих стероїдів, а крім того, після хірургічного лікування (незалежно від його об'єму) збільшується частота не пов'язаних з менструацією і статевим актом больових відчуттів в області малого тазу, що, ймовірно, пояснюється наявністю спайкового процесу.

Стан менструальної функції вивчався нами з врахуванням основних характеристик менструального циклу: тривалості і об'єму менструальної кровотечі, а також міжменструального інтервалу.

Серед хворих 1 групи після проведеної консервативної терапії розлади менструальної функції виявлені в 64,0% (від 87,5% – при використанні гестагенів до 53,3% – при вживанні агоністів) з наступною структурою: поліменорея – 23,4%;

гіперменорея – 10,9%; менорагія – 7,8%; метроррагія – 3,1%; оліго-, гіпо- і опсоменорея – в 9,4%, 4,7% і 4,7% відповідно.

У пацієнок, що перенесли однобічну аднексектомію, порушення менструально-го циклу виявлені в 95,0% з наступною структурою: гіпо-, опсо- і олігоменорея – в 35,0%, 25,0% і 15,0% відповідно; аменорея – в 5,0%; поліменорея – в 5,0%; гіперменорея – в 5,0% і метроррагія – також у 5,0% пацієнок. У всіх останніх випадках (радикальний об'єм оперативного втручання) хворі відзначали хірургічну менопаузу.

Отже, стан менструальної функції у хворих аденоміозом характеризується, в основному, наявністю розладів менструального циклу за типом гіпер- і поліменореї, а також циклічних і ациклічних маткових кровотеч. В той же час вживання традиційних гормональних методів лікування сприяє лише незначній корекції даних порушень, тоді як радикальні оперативні втручання на органах малого тазу призводять до пригнічення менструальної функції від оліго-, гіпо- і опсоменореї до аменореї і хірургічної менопаузи (залежно від об'єму операції).

Вивчення порушень генеративної функції полягало в діагностиці первинного або вторинного безпліддя, а так само в ретроспективній реєстрації і аналізі результатів вагітностей, що настали після проведеного гормонального або оперативного лікування аденоміозу у безплідних жінок.

У групі пацієнок, що отримували консервативне лікування, 15,6% пацієнок були первинно безплідні і 15,6% – повторно. Після закінчення консервативного лікування аденоміозу 25,0% жінок цієї групи завагітніли мимоволі, а 9,4% і 7,8% – для настання вагітності було потрібно додаткове проведення відповідної гормональної стимуляції або допоміжних репродуктивних технологій. У результаті, вагітність була зареєстрована у 42,2% пацієнок 1 групи, проте лише в 7,8% вона завершилася терміновими пологоми, а в останніх 34,6% – мимовільними викиднями або передчасними пологоми.

З прооперованих хворих у зв'язку з об'ємом виконаного хірургічного втручання генеративна функція була вимкнена в 82,0%. Серед пацієнок, що залишилися, вагітність настала лише в 20,0% (в 10,0% – мимоволі і в 10,0% – після допоміжних репродуктивних технологій), але на жаль, в 10,0% – вагітність урвалася мимоволі в ранні терміни і в 10,0% – завершилася передчасними пологоми.

Отже, аденоміоз несприятливо впливає на генеративну функцію у жінок репродуктивного віку, сприяючи розвитку безпліддя. На жаль, жоден із загальноприйнятих методів консервативної гормональної терапії не гарантує ні повного відновлення здібності до запліднення, ні благополучного результату вагітності (при її настанні), тоді як всі вищезгадані радикальні оперативні втручання на органах малого тазу, виконані в репродуктивному віці, безповоротно позбавляють жінок діто-родної функції.

Для вивчення розладів сусідніх органів у всіх обстежуваних ми з'ясували частоту порушень як з боку шлунково-кишкового тракту (більові відчуття по ходу кишечника, обстипація і діарея), так і з боку сечовивідних шляхів (цисталгія, хворобливе і прискорене сечовипускання).

Згідно з отриманими результатами серед хворих 1 групи більше половини (50,8%) відзначала порушення стану кишкового тракту і лише 7,8% вказували на цисталгію, хворобливе або прискорене сечовипускання.

У групі жінок, що перенесли хірургічне лікування з приводу аденоміозу, скарги на дисфункцію кишечника наголошував кожен третій хворий (33,3%), а урологічні розлади мали місце в 39,6% обстежених.

Отже, розлади з боку суміжних органів у хворих аденоміозом виявляються, в основному, у вигляді дисфункції кишкового (обстипація і діарея) і сечовивідного (прискорене сечовипускання) трактів, хворобливості в області кишечника і сечового міхура, а також хворобливих відчуттів при сечовипусканні. Проведення всіх варіантів консервативної терапії (від гестагенів до агоністів) супроводжується незначною корекцією урологічних розладів разом з істотним погіршенням стану шлунково-кишкового тракту, тоді як радикальне хірургічне лікування призводить до посилення вже наявних відхилень в стані суміжних органів, причому частота урологічної симптоматики різко наростає у міру збільшення об'єму операції.

При вивченні частоти нейровегетативного, психоемоційного і змінно-ендокринного симптомокомплексів у всіх пацієнок проводилося виявлення наступної симптоматики: головний біль, вестибулопатія, лабільність артеріального тиску, серцебиття у спокої, «приливи» жару, гіпергідроз, зниження працездатності, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, погіршення пам'яті, дратівливість, ожиріння, дисфункція щитоподібної залози, м'язово-суглобовий біль, трофічні зміни генітального апарату.

Згідно з отриманими результатами, в групі пацієнок, що отримували консервативне лікування, виявлена наявність нейровегетативної симптоматики в 34,8%; психоемоційної – в 17,2% і обмінно-ендокринної – відповідно у 21,9% пацієнок.

З 2 групи, абсолютноно у всіх після радикального хірургічного лікування (незалежно від об'єму оперативного втручання), спостерігалася наявність нейровегетативних розладів, того або іншого ступеня вираженості, а симптомокомплекси психоемоційних і обмінно-ендокринних порушень виявлені відповідно в 85,6% і 56,8% пацієнок.

Отже, у хворих аденоміозом найчастіше виникають розлади психоемоційної сфери, а поява нейровегетативних і обмінно-ендокринних порушень є не характерною. При різних методах консервативної гормональної терапії аденоміозу спостерігається з одного боку суттєве покращення психоемоційного стану пацієнок, а з іншого – наростання частоти нейро-вегетативних і обмінно-ендокринних симптомокомплексів, тоді як проведення оперативного лікування ускладнюється розвитком всіх трьох груп порушень, що прогресують у міру збільшення об'єму хірургічного втручання на органах малого тазу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень використання різних методів лікування аденоміозу призводить до зміни частоти і ступеня вираженості основних клінічних проявів даної патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з врахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування аденоміозу.

Сравнительные аспекты различных методов лечения аденомиоза

И.П. Гнип

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

Ключевые слова: аденомиоз, лечение, сравнительные аспекты.

Comparative aspects of various methods of treatment adenomyosis

I.P. Gnyur

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

Key words: adenomyosis, treatment, comparative aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапентилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.1+616.61/.62]-007.1-07

Аномалии развития половых органов и мочевыделительной системы в пубертатном и репродуктивном периодах: клиника, диагностика

А.В. Заболотин

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование только клинических методов диагностики позволяет установить наличие врожденных аномалий развития матки и влагалища у 30,6% пациенток. В 34,1% наблюдений диагностика была сомнительной, а в 35,3% случаев диагноз аномалий развития матки и влагалища не был установлен. Частота сочетания аномалий развития половых органов и мочевыделительной системы составляет 40,0%. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических мероприятий с включением современных методов диагностики – эхография и эндоскопия.

Ключевые слова: аномалии развития половых органов и мочевыделительной системы, клиника, диагностика.

Врожденные аномалии развития (ВАР) матки и влагалища среди девочек с гинекологической патологией составляют до 6% и имеют тенденцию к росту [1–3]. Клинические проявления ВАР матки и влагалища зависят от формы аномалии и чаще характеризуются дисменореей, первичной аменореей, тазовыми болями [2, 3]. При ВАР с нарушением оттока менструальной крови в 80% встречается спаечный процесс малого таза и эндометриоз [1, 2].

Несмотря на значительное число современных диагностических методик, первичный является клинический осмотр и тщательный сбор анамнеза, что позволяет своевременно ставить вопрос о необходимости дополнительных методов исследования.

Цель исследования: изучения особенностей клинической диагностики ВАР матки и влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью были обследованы 91 девочка и девушка в возрасте 10–18 лет с ВАР матки и влагалища (1 группа).

В работе использована классификация пороков развития матки и влагалища Л.В. Адамьян и А.З. Хашукоевой (2008).

В зависимости от формы ВАР матки и влагалища в I группе выделено 5 подгрупп:

- подгруппа 1.1 – 17 пациенток с аплазией влагалища, из них с полной аплазией влагалища и матки – 3 и частичной аплазией влагалища при функционирующей матке – 14, в том числе: с аплазией верхней трети влагалища – 3, средней трети – 5 и нижней трети – 6 обследуемых;

- подгруппа 1.2 – 24 девочки-подростка с полным удвоением матки и влагалища, из них 16 – без нарушения оттока менструальной крови и 8 – с частично аплазированным одним влагалищем;

- подгруппа 1.3 – 14 девочек-подростков с однорогой маткой, из них 3 – с рудиментарным рогом, сообщающимся с полостью основного рога и 11 – с замкнутым рудиментарным рогом;

- подгруппа 1.4 – 15 девочек-подростков с внутриматочной перегородкой: 7 – с полной и 8 – с неполной внутриматочной перегородкой;

- подгруппа 1.5 – 15 девочек-подростков с двурогой маткой, из них 7 – с седловидной, 3 – с неполной и 5 – с полной формой.

У 6 девочек-подростков с хроническими тазовыми болями при проведении лапароскопии и гистероскопии, в связи с нарушением менструального цикла, выявлено врожденное одностороннее укорочение связочного аппарата матки с ее латеропозицией. Этот вид порока на настоящий момент включен в МКБ-10 (2005).

В анамнезе подробно выясняли перенесенные острые и хронические экстрагенитальные заболевания, возраст наступления менархе, нарушение менструальной функции (продолжительность, ритм, болезненность) и характер ее становления, перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах половой системы и их объем, количество беременностей и их исход.

Оценивалось общее состояние девочек и подростков: рост, масса тела с определением индекса массы тела, степень полового развития и его соответствие возрасту. При клиническом обследовании оценивали состояние кожных покровов, периферических лимфатических узлов, развитие подкожно-жировой клетчатки, щитовидной железы, температуру тела, дыхательной и сердечно-сосудистой системы (артериальное давление, пульс), форму живота, болезненность при пальпации, наличие симптомов раздражения брюшины.

Гинекологический статус изучали при осмотре наружных половых органов (степень развития, расположение уретры, тип оволосения, состояние клитора и девственной плевы). При ректоабдоминальном исследовании уточняли расположение матки в малом тазу, ее форму, наличие объемных образований и болезненность в области придатков. У девочек, живущих половой жизнью, проводили осмотр в зеркалах и влагалищно-абдоминальное исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток 1 группы составил $15,9 \pm 0,5$ года. При изучении возрастного состава девочек по подгруппам достоверной разницы не отмечалось. Количество девочек с аплазией влагалища (подгруппа 1.1) в возрасте 10–14 лет и 15–18 лет было одинаково, в остальных подгруппах преобладал возраст 15–18 лет.

Средний возраст матерей у девочек 1 группы составил $27,4 \pm 2,1$ года, отцов – $30,7 \pm 1,9$ года. Вредные привычки и профессиональные вредности отмечались у 71,1% отцов и 25,0% матерей.

Из числа обследованных девочек-подростков отягощенная наследственность со стороны матери выявлена в 45,7%, со стороны отца – в 18,6% ($p < 0,01$). Количество пациенток с отягощенным наследственным анамнезом по линии матери и отца в подгруппах достоверно не отличалось ($p > 0,05$). По линии матери наследственность была отягощена гипертонической болезнью (11,4%), онкопатологией (8,6%), сахарным диабетом (5,7%) и врожденным пороком сердца (2,9%). По линии отца наследственность отягощена гипертонической болезнью (7,1%), онкопатологией (4,3%), заболеванием почек (2,9%) и врожденным пороком сердца (1,4%).

При изучении анамнеза у девочек-подростков с ВАР матки и влагалища осложненное течение антенатального периода выявлено в 38,7% случаев. Наиболее частые осложнения беременности у матери были следующие: угроза прерывания – 14,2%, преэклампсия – 12,1%, плацентарная дисфункция составила 28,5%. ОРВИ во время беременности перенесли 20,4% матерей этих девочек.

В родах у матерей наиболее частыми осложнениями были преждевременный разрыв плодных оболочек (20,4%) и аномалии родовой деятельности (18,3%). Количество преждевременных родов составило 10,2%, запоздалых – 2,3%. Частота операций кесарева сечения составили 4,1%. Количество новорожденных маловесных к сроку гестации отмечалось в 18,3%, крупных с массой тела 4000,0 г и более – в 14,3% случаев.

Аномалии развития мочевыделительной системы выявлены у 34 (40,0%) пациенток. Наиболее редко (11,8%) эта патология встречалась у девочек с частичной аплазией влагалища при функционирующей матке и чаще (78,6%) – с однорогой маткой и добавочным рудиментарным рогом ($p < 0,01$). У 16 (18,8%) пациенток обнаружена аплазия почки. У 8 (100%) девочек с частичной аплазией одного влагалища при удвоении матки (подгруппа 1.2) выявлена аплазия почки со стороны аплазированного влагалища. Из 16 пациенток этой подгруппы без нарушения оттока менструальной крови только у одной выявлена ВАР мочевыделительной системы в форме удвоения почки. Из 14 девочек с однорогой маткой у 5 (35,7%) отмечалась аплазия почки на стороне рудиментарного рога. Дистопия почки в этой подгруппе на стороне основного и рудиментарного рога, а также удвоение единственной почки встретились по 1 случаю. Удвоение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) (2 случая) было на стороне основного рога. Из 15 пациенток с внутриматочной перегородкой (подгруппа 1.4) только у 3 (20,0%) выявлена аномалия развития в форме удвоения ЧЛС и дистопии почки. У пациенток с двурогой маткой (подгруппа 1.4) аплазия почки отмечалась в 3 (20,0%) случаях, из них в одном при симметричном пороке у девочки с неполной формой внутриматочной перегородки и в двух – при ассиметричном пороке на стороне меньшего рога у девочек с полной формой двурогой матки. У девочек с врожденным укорочением связочного аппарата матки аномалии мочевыделительной системы не выявлены.

Возраст наступления менархе у девочек и подростков был в пределах 11–16 лет. Средний возраст наступления менархе $13,2 \pm 0,4$ года.

В обследуемых подгруппах девочек с сохраненным менструальным циклом (74), возраст менархе достоверно не отличался ($p > 0,05$). Число девочек со своевременным менархе было 57 (77,0%), ранним (9–11 лет) – 8 (10,8%) и поздним (старше 15 лет) – 9 (12,2%). Раннее менархе чаще отмечали девочки с полным удвоением матки, шейки и влагалища и внутриматочной перегородкой, позднее – во всех подгруппах одинаково часто. У всех девочек с частичной аплазией влагалища, аплазией матки и влагалища при обращении менструации отсутствовали в связи с нарушением оттока менстру-

альной крови. Средний возраст этих девочек составил $14,8 \pm 1,3$ года. У 17 (18,7%) девочек 1 группы менструальный цикл не нарушен. Наиболее частое нарушение менструальной функции (НМФ) у обследуемых пациенток было по типу дисменореи (49,5%), причем во всех подгруппах девочек дисменорея встречалась одинаково часто. Олиго-аменорея в 2 раза чаще отмечалась у пациенток с двурогой маткой в сравнении с пациентками однорогой маткой и добавочным рудиментарным рогом и внутриматочной перегородкой. НМФ по типу гиперполименореи чаще (33,3%) встречалось у девочек с внутриматочной перегородкой, чем двурогой маткой (6,7%; $p < 0,05$). У каждой 5 девочки олигоаменорея и гиперполименорея сочетались с дисменореей.

Половая жизнь отмечена у 34 (37,3%) пациенток. Беременность в анамнезе имели 6 (6,5%) пациенток, которая у 4 закончилась искусственным прерыванием в ранние сроки и у 2 (внутриматочная перегородка, полная форма) самопроизвольным выкидышем в I триместре. У двух из 4 девочек с ВАР матки и влагалища искусственное прерывание беременности осложнилось перфорацией матки. У одной пациентки в возрасте 18 лет во время прерывания беременности была перфорация рога матки, в связи с чем проведена лапаротомия и удаление рога. У второй в возрасте 17 лет с удвоением матки и влагалища произошла перфорация стенки одной матки, по поводу возникшего осложнения проведена субтотальная гистерэктомия.

У девочек с частичной аплазией влагалища при функционирующей матке основными жалобами были отсутствие менструации и болевой синдром. Из 14 девочек у 9 тазовые боли были периодические и связаны с менструальным циклом. Первоначально они имели ноющий характер, затем нарастали по интенсивности и 4 девочки отмечали спастический характер. Дизурические расстройства отмечали 6 девочек. У троих болевой синдром сопровождался повышением температуры до субфебрильных цифр, тошнотой и рвотой. Девочки с полной аплазией матки и влагалища (3) предъявляли жалобы на отсутствие менструации и две – на безуспешную попытку половой жизни.

Из 16 девочек с удвоением матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови у 6 возникали ноющие боли, связанные с менструальным циклом. У 14 девочек основной жалобой было нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи и дисменореи. Боли у девочек этой подгруппы при частичной аплазии одного влагалища (8) имели такой же характер, как при частичной аплазии влагалища и функционирующей матке. У 2 девочек из 8 боли носили острый характер, что явилось показанием к экстренной лапароскопии.

Из 14 девочек с однорогой маткой 8 предъявляли жалобы на тазовые боли, связанные с менструальным циклом и нарастающие по интенсивности. У 2 они имели хронический характер. Нарушение менструального цикла по типу олигоаменореи отмечали 11 девочек этой подгруппы.

В подгруппе девочек с внутриматочной перегородкой жалобы на болевой синдром предъявляли 3 девочки из 15. Из них у одной боли были постоянными, а у 2 носили ноющий характер и связаны с менструальным циклом. Характерным симптомом в этой подгруппе девочек являлось нарушение менструального цикла по типу дисменорен (9), гиперполименореи (5) и олигоаменореи (3) случая.

При двурогой матке у 4 из 15 девочек симптомы отсутствовали. 10 девочек обратились к врачу с жалобами на болезненные менструации, одна - на хронические тазовые боли. У 2 девочек этой подгруппы ВАР матки выявлен при обследовании по по-

воду ретенционной кисты яичника. Наиболее частой жалобой у девочек этой подгруппы явились тазовые боли, связанные с менструальным циклом (46,7%), и нарушение менструальной функции (80,0%).

Острые тазовые боли отмечались у 8 (9,7%) девочек-подростков, в том числе: при частичной аплазии верхней трети (1), средней трети (2) и нижней трети влагалища (3), при однорогой матке с рудиментарным замкнутым рогом и частичным перекрытием маточной трубы с одноименной стороны у двух пациенток.

Гармоничное развитие отмечалось у 79,2% у девочек-подростков с ВАР матки и влагалища. Дисгармоничное развитие у 20,8% обусловлено как отставанием массы тела от роста, так и избытком. Индекс массы тела у пациенток 1 группы составил $19,9 \pm 0,6$. В исследуемых подгруппах пациенток ИМТ достоверно не отличался и был в пределах $19,2 \pm 1,0$ в подгруппе 1.1 и $21,4 \pm 2,1$ в подгруппе 1.5.

У всех обследуемых девочек степень полового развития соответствовала возрасту.

В 1 группе гинекологическое исследование при поступлении проведено всем, ректоабдоминальное – 54, влагалищно-абдоминальное – 37 пациенткам. У 3 девочек-подростков с аплазией матки и влагалища (1.1 подгруппа) при гинекологическом исследовании выявлено: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Преддверие влагалища в виде девственной плевы с небольшим углублением. При ректоабдоминальном исследовании: матка в типичном месте не определялась, в малом тазу пальпировался поперечный тяж, придатки не определялись.

Половой хроматин у пациенток с полной аплазией матки и влагалища был в пределах 9–12%, кариотипирование – 46XX.

У 14 девочек с частичной аплазией влагалища при функционирующей матке уретра располагалась типично. При аплазии нижней трети влагалища (6) у 4 матка смещена, у 2 – не определялась, придатки у всех пациенток не пальпировались. Безболезненное образование тугоэластической консистенции обнаружено у 5, умеренно болезненное у одной девочки. Размеры образования от 7×5 см до 16×7 см. Из 5 девочек с аплазией средней трети влагалища у 2 матка несколько больше нормы, у 2 смещена и у 1 не определялась. Придатки у всех не определялись. Образование в малом тазу было у 3 пациенток размерами от 7×5 см до 25×15 см тугоэластической консистенции, умеренно болезненное. У 2 пациенток образований в малом тазу не выявлено, в одном случае в связи с наличием свищевого хода, во втором – с частичным стенозированием влагалища после первой операции. При аплазии верхней трети (3) небольшое увеличение матки и образование в малом тазу размерами 8×6 см определялось у 2 девочек. Одной девочке в возрасте 15 лет была проведена хирургическая коррекция аплазии влагалища и тубэктомия в связи с гематосальпиксом больших размеров, через год при бужировании влагалища произошла травма мочевого пузыря и образовался пузырно-влагалищный свищ, в последующем проведена пластическая операция.

При гинекологическом осмотре у девочек 1.2 подгруппы (24) обнаружено: наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен. Наружное отверстие уретры располагалось типично, не расширено. При ректоабдоминальном (11) и влагалищно-абдоминальном (13) исследовании определялась одна матка. У девочек, живущих половой жизнью, при поступлении установлена форма ВАР матки и влагалища. У 11 (45,8%) девочек этой подгруппы, не живущих половой жизнью, для уточнения формы ВАР потребовалось дополнительное обследование.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование только клинических методов диагностики позволяет установить наличие врожденных аномалий развития матки и влагалища у 30,6% пациенток. В 34,1% наблюдений диагностика была сомнительной, а в 35,3% случаев диагноз аномалий развития матки и влагалища не был установлен. Частота сочетания аномалий развития половых органов и мочевыделительной системы составляет 40,0%. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических мероприятий с включением современных методов диагностики – эхография и эндоскопия.

Аномалії розвитку статевих органів і сечовидільної системи в пубертатному і репродуктивному періодах: клініка, діагностика A.V. Zabolotin

Результати проведених досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пациенток. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений. Частота поєднання аномалій розвитку статевих органів і сечовидільної системи складає 40,0%. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних заходів з включенням сучасних методів діагностики – ехографія і ендоскопія.

Ключові слова: аномалії розвитку статевих органів і сечовидільної системи, діагностика.

Anomalies of development of genitals and urine systems in pubertate and the reproductive periods: clinic, diagnostics A.V. Zabolotin

Results of the spent researches testify, that use only clinical methods of diagnostics allows to establish presence of congenital anomalies of development of uterus and vagina at 30,6 % of patients. In 34,1 % of supervision diagnostics was doubtful, and in 35,3 % of cases the diagnosis of anomalies of development of uterus and vagina has not been established. Frequency of a combination of anomalies of development of genitals and urine systems makes 40,0 %. The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic actions with inclusion of modern methods of diagnostics – ehografia and endoscopia.

Key words: anomalies of development of genital and urine systems, clinic, diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.И., Богданова Е.Д. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.:Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М: Медицинское информационное агентство. – 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.

Ендоскопічна діагностика при лікуванні аномалій розвитку матки

Т.О. Зиненко

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

Результати проведених досліджень свідчать про значну роль сучасних ендоскопічних технологій в діагностиці і лікуванні аномалій розвитку матки. Основним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті підвищення ефективності діагностики і лікування цієї патології.

Ключові слова: аномалії розвитку матки, ендоскопічні технології.

Природжені аномалії розвитку (ПАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання [1–3]. Клінічні прояви ПАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовим болем [2, 3]. При ПАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз [1, 2].

Серед різних варіантів ПАР матки найчастіше зустрічаються дворога і сідловидна матка, проте наукові публікації в даному напрямі небагаточисельні і носять фрагментарний характер, при тому, що частота даної патології зростає.

Мета дослідження: вивчення ролі ендоскопічних технологій в діагностиці аномалій розвитку матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 45 пацієнток, з яких у 24 була діагностована дворога матка і в 21 – сідловидна.

Під час аналізу основних причин звернення пацієнток встановлено, що це були порушення репродуктивної функції і невиношування вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що під час бімануального дослідження у всіх пацієнток зовнішні статеві органи були розвинені правильно. Матка була збільшена в різній мірі, особливо в поперечнику, що залежало від варіанту її аномалії. Крім того у всіх випадках було відзначено наявність однієї шийки матки і одного цервікального каналу.

В більшості випадків первинний діагноз дворогої матки був встановлений при ультразвуковому скануванні, оскільки в поперечній площині виявлялося роздвоєння порожнини матки.

При гістеросальпінгографії (ГСГ) спостерігалися дві рівнозначні порожнини матки. Під час аналізу ГСГ при дворогій матці на підставі внутрішнього контуру матки неможливо диференціювати наявність дворогої матки з неповною внутрішньоматковою перегородкою і неповним подвоєнням матки.

Для диференціальної діагностики додатково проводили магнітно-резонансну томографію (МРТ). За нашими даними результати МРТ точно збігалися з хірургічним діагнозом, який був встановлений під час лапароскопії.

Остаточний діагноз форми вади розвитку матки, рішення питання про необхідність і доцільність виконання реконструктивно-пластичних операцій при дворогій матці можливий лише при проведенні одночасної лапароскопії і гістероскопії.

Лапароскопічно при дворогій матці визначалося розділення тіла матки на дві рівнозначні частини або роги. Розділення на два роги відбувається в області тіла матки, після чого вони розходяться в протилежні сторони під великим або меншим кутом за наявності єдиної шийки матки.

При гістероскопії картина дворогої матки виглядає таким чином: від внутрішнього зіву починалися дві окремі гемипорожнини, кожна з яких мала лише одне гирло маткової труби. У всіх випадках порожнина матки була єдина, шийка матки одна.

В порівнянні з цим, при сідлоподібній формі матка дещо розширена в поперечнику, дно має невелике поглиблення, розщеплювання на два роги виражене трохи, тобто наголошується майже повне злиття маткових рогів, за винятком області дна матки. При гістероскопії видно обоє гирла маткових труб, а дно виступає в порожнину матки у вигляді дуги.

При аналізі репродуктивної функції обстежених пацієнток нами встановлено, що частота безпліддя у жінок з дворогою маткою складає 17 випадків із 24 (70,8%), причому первинне безпліддя переважало над вторинним (13 з 17 спостережень – 76,5%). При вторинному безплідді в 3 і 4 пацієнток (75,0%) вагітність уривалася достроково в I триместрі за рахунок повного відшарування хоріону. Загальноприйняті методи лікування безпліддя у цих пацієнток були неефективні, а діагностика такою, що запізнилася. Так, до настання вагітності діагноз дворогої матки був встановлений лише в 2 з 4 жінок (50,0%), а в останніх випадках – безпосередньо під час вагітності або після її переривання.

Під час аналізу випадків відсутності порушень репродуктивної функції слід зазначити, що термінові пологи були в 4 із 7 жінок (57,1%), а в 3 (42,9%) – передчасні. Досить показовим є той факт, що у всіх спостереженнях у вагітних була відмічена наявність плацентарної дисфункції (ПД) і затримка розвитку плода (ЗРП). Наявність дворогої матки відображалася і на методі розродження пацієнток. Так, всі 4 випадки доношеної вагітності закінчилися абдомінальним розродженням у зв'язку з наявністю АРМ і високим перинатальним ризиком (ПД і ЗРП). Три випадки передчасних пологів проведені

консервативно, а основною причиною дострокового розродження був передчасний розрив плодових оболонок.

Під час оцінювання клінічних і репродуктивних аспектів пацієнток з сідлоподібною маткою необхідно відзначити, що частота порушень репродуктивної функції була нижчою в порівнянні з жінками з дворогою маткою – 12 з 21 (57,1%). При цьому в структурі безпліддя переважало вторинне – 7 з 12 (58,3%) над первинним – 5 з 12 (41,7%). Своєчасна діагностика сідлоподібною матки була в 17 з 21 пацієнтки (80,9%).

Аналізуючи репродуктивні результати вагітностей при вторинному безплідді (7 спостережень) необхідно відзначити, що термінові пологи були в 3 з 7 жінок (42,9%), передчасні – в 2 (28,6%) і мимовільне переривання вагітності відмічене також у 2 пацієнток (28,6%).

За відсутності порушень репродуктивної функції (9 з 21 жінки – 42,9%) слід зазначити, що до настання вагітності наявність АРМ була діагностована в 5 із 9 жінок (55,6%), а в 4 (44,4%) – безпосередньо під час гестації. Доношена вагітність була в 5 із 9 пацієнток (55,6%), причому в 3 із 5 (60,0%) пологів відбулися через природні пологові шляхи, а в 2 (40,0%) спостереженнях – шляхом операції кесарева розтину у зв'язку з наявністю дискоординованої пологової діяльності. Передчасні пологи були в 2 з 9 жінок (22,2%), а основною причиною був також як при попередньому варіанті – передчасний розрив плодових оболонок. Частота мимовільного переривання вагітності в I триместрі склала 22,2%, а основними причинами були вагітність, що не розвивається, і повне відшарування хоріону.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про значну роль сучасних ендоскопічних технологій в діагностиці і лікуванні аномалій розвитку матки. Основним репродуктивним ускладненням вагітності у цих пацієнток є невиношування, а в подальшому – плацентарна дисфункція із затримкою розвитку плода. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті підвищення ефективності діагностики і лікування даної патології.

Эндоскопическая диагностика в лечении аномалий развития матки Т.О. Зиненко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительной роли современных эндоскопических технологий в диагностике и лечении аномалий развития матки. Основным осложнением беременности у этих пациенток является невынашивание, а в последующем – плацентарная дисфункция с задержкой развития плода. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте повышения эффективности диагностики и лечения этой патологии.

Ключевые слова: аномалии развития матки, эндоскопические технологии.

Endoscopic technologies in the treatment of anomalies of uterine development T. O. Zinenko

Results of the spent researches testify to considerable role modern endoscopic technologies in diagnostics and treatment of anomalies of development of uterus. The basic complication of pregnancy at these patients is preterm labours, and in the subsequent – placental dysfunction with a born arrest of development. The received results dictate necessity further studying the given problem, especially in aspect of increase of efficiency of diagnostics and treatment of this pathology.

Key words: anomalies of development of uterus, endoscopic technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.И., Богданова Е.Д. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.

УДК 618.11-036:618.1-007.415

Особенности дисфункции яичников при генитальном эндометриозе

В.И. Бойко, Т.Н. Колесникова

Медицинский институт Сумского государственного университета.

Изучены особенности гормонального и иммунного статуса у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и гормональной недостаточностью яичников. Установлены новые аспекты патогенеза данной патологии и усовершенствованы методы коррекции дисгормональных нарушений после оперативного лечения. Полученные результаты могут найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: эндометриоз, яичники, гормональный статус.

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–14]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 10].

Сведения о сочетании эндометриоза и бесплодия противоречивы. Частота нарушений репродуктивной функции при генитальном эндометриозе колеблется от 30% до 40% [3, 6]. Принято считать, что одной из основных причин бесплодия при этом заболевании является гормональная недостаточность яичников, проявляющаяся ановуляцией или недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла [11]. При этом, одни авторы [6, 7] считают гормональную недостаточность яичников благоприятным фоном для развития эндометриоза, тогда как другие [9, 10] связывают овариальную недостаточность с патологическим влиянием эндометриозидных гетеротопий на разные звенья стероидогенеза в яичниках. Вместе с тем, имеются данные [1, 3, 13] о том, что у большинства женщин с эндометриозом имеется неизменный двухфазный менструальный цикл.

К настоящему времени недостаточно изучена взаимосвязь между гормональной недостаточностью яичников и иммунной системой. Известно, что некоторые компоненты иммунной системы (интерферон-гамма, интрелейкин-2, фактора некроза опухолей и др.) вовлечены в процесс атрезии фолликула и регрессии желтого тела [12]. Имеются данные [13, 14], что интерферон-гамма наряду с другими цитокинами тормозит синтез эстрадиола и прогестерона яичниками и снижает их чувствительность к гонадотропной стимуляции. В меньшей степени изучено влияние половых стероидных гормонов на иммунную систему. Так, по данным одних авторов [4, 5], эстрогены подавляют цитотоксическую активность естественных киллеров (NK-клеток). Другие авторы [1, 3] обнаружили стимули-

рующее действие эстрадиола на рост и активность НК-клеток, а по другим данным [9, 10] прогестерон снижает активность НК-клеток и тормозит синтез интерферонов.

Следовательно, сведения о влиянии половых стероидных гормонов на компоненты иммунной системы, участвующие в процессах пролиферации, недостаточны и противоречивы.

Цель исследования: изучение взаимных влияний эндокринной и иммунной систем в патогенезе эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели была обследована 271 женщина с жалобами на нарушение менструального цикла и/или бесплодие (из них 200 больных – с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ); 51 больная – с нормогонадотропной недостаточностью яичников без эндометриоза и 20 больных – с гипергонадотропной овариальной недостаточностью).

Возраст больных варьировал от 18 до 42 лет и в среднем составил $29,1 \pm 0,4$ года. Жалобы на бесплодие предъявляли 181 (91,0%) женщина, страдающая НГЭ, из них первичное бесплодие имело место у 102 (56,4%); вторичное – у 79 (43,6%) женщин. Длительность первичного бесплодия в среднем составила $6,4 \pm 0,4$ года, вторичного – $4,8 \pm 0,4$ года. У 13 (7,2%) больных в анамнезе было невынашивание беременности, у 49 (27,1%) были искусственные аборты и у 7 (3,9%) – внематочная беременность.

Жалобы на обильные и болезненные менструации предъявляли 62 (31,5%) и 81 (40,7%) больная соответственно. Возраст менархе варьировал от 10 до 13 лет и в среднем составил $13,1 \pm 0,1$ года и достоверно ($p < 0,01$) превышал этот показатель у здоровых женщин ($12,3 \pm 0,2$ года). Хронические воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе имели место у 103 (51,8%) женщин; полостным операциям по поводу гинекологических заболеваний была подвергнута 41 (20,6%) больная, причем резекция яичников была у 23 (11,6%) пациенток. Частые простудные заболевания в анамнезе отмечены у 133 (66,8%) обследованных; заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдали 20 (10,1%) и аутоиммунные заболевания имели место у 26 (13,1%) больных.

В группу сравнения вошла 51 женщина с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью яичников без НГЭ, проявляющейся у 21 больной ановуляцией и у 30 – недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Все больные из группы сравнения предъявляли жалобы на бесплодие в течение $5,2 \pm 0,5$ года. Все 20 женщин с первично-овариальной недостаточностью предъявляли жалобы на вторичную аменорею длительностью более 1 года и бесплодие. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом и сохраненной фертильностью.

Наряду с общепринятыми клиническими, гинекологическими, лабораторными (оценка эндокринологического и интерферонового статуса, функциональная активность НК-клеток) и эхографическими методами обследования по показаниям проводилось исследование глазного дна и полей зрения, обзорная рентгенография черепа, прицельная – турецкого седла, а также компьютерная томография ги-

пофиза. Ни у одной больной не было выявлено рентгенологических или офтальмологических признаков объемного процесса гипоталамо-гипофизарной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наружный генитальный эндометриоз у 84,5% больных сочетается с нормогонадотропной недостаточностью яичников, проявляющейся ановуляцией (30,8%) или недостаточностью лютеиновой фазы цикла (69,2%). В крови женщин с ановуляцией и недостаточностью лютеиновой фазы при наружном генитальном эндометриозе определяется более высокое содержание эстрадиола, чем у больных с овариальной недостаточностью, не связанной с эндометриозом. При этом имеет место прямая корреляционная зависимость между уровнем эстрадиола в крови и степенью тяжести заболевания, которая отрицательно коррелирует с уровнем прогестерона в крови во вторую фазу менструального цикла.

В периферической крови и перитонеальной жидкости больных наружным генитальным эндометриозом, сочетающимся с овариальной недостаточностью, определяются сниженные показатели цитотоксической активности НК-клеток и интерферонового статуса по сравнению с этими показателями у больных с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью, не связанной с наружным генитальным эндометриозом. Способность лейкоцитов периферической крови продуцировать различные виды интерферона (альфа, бета и гамма) и цитотоксическая активность НК-клеток у больных с эндометриозом зависит от степени тяжести заболевания и типа гормональной недостаточности яичников. При этом имеет место достоверная положительная корреляция между уровнем прогестерона и активностью НК-клеток в периферической крови и в перитонеальной жидкости и обратная зависимость между уровнем эстрадиола и способностью лейкоцитов к продукции гамма-интерферона. В крови больных с гипергонадотропной недостаточностью яичников определяется повышенная цитотоксическая активность НК-клеток.

Заместительная гормональная терапия половыми стероидными гормонами оказывает влияние на показатели интерферонового статуса и активность НК-клеток у больных с первично-овариальной недостаточностью: эстрогены способствуют снижению токсической активности НК-клеток и продукции лейкоцитами интерферонов, прогестерон стимулирует активность НК-клеток и продукцию лейкоцитами всех видов интерферона.

Восстановление полноценного овуляторного цикла у больных с наружным генитальным эндометриозом после удаления эндометриоидных гетеротопий зависит от типа овариальной недостаточности. У 62,2% больных с данной патологией в сочетании с недостаточностью лютеиновой фазы и у 34,6% больных с ановуляцией удаление эндометриоидных гетеротопий приводит к восстановлению овуляторной функции яичников.

ВЫВОДЫ

Таким образом, патогенез наружного генитального эндометриоза связан с особенностями стероидогенеза в яичниках и зависит от активности антипроли-

феративних факторів імунної системи. Установлені в нашому дослідженні зв'язки між рівнем полових стероїдних гормонів і антипроліферативними компонентами імунної системи (інтерфероновий статус, індекс цитотоксическої активності НЛ-кліток) свідчать про взаємний вплив ендокринної та імунної систем. Співпадіння зниження здатності природних киллерів елімінувати ектопічний ендометрій в брюшну порожнину, ймовірно, пов'язано з патологічним впливом естрогенів і є важливим моментом в розвитку зовнішнього генітального ендометріоза. Разом з тим, наявність в порожнині ектопічного ендометрія, як хронічного антигенного стимулятора, здатно призводити до вичерпання резервних здатностей імунної системи. Зовнішній генітальний ендометріоз здатний викликати овариальну недостатність, впливаючи на процес дозрівання домінуючого фолликула, так і на процес овуляції.

Особливості дисфункції яєчників при генітальному ендометріозі

В.І. Бойко, Т.Н. Колесникова

Вивчені особливості гормонального і імунного статусу у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом і гормональною недостатністю яєчників. Встановлені нові аспекти патогенезу даної патології і вдосконалені методи корекції дисгормональних порушень після оперативного лікування. Отримані результати можуть знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: ендометріоз, яєчники, гормональний статус.

Features of dysfunction of ovariums at genital endometriosis

V.I. Boyko, T.N. Kolesnikova

Features of the hormonal and immune status at patients with external genital an endometriosis and hormonal insufficiency ovaries are investigated. New aspects pathogenesis of the given pathology are established and methods of correction dysgormonal infringements after operative treatment are advanced. The received results can find wide application in practical public health services.

Key words: an endometriosis, ovaries, the hormonal status.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2011. – 317 с.
3. Аншина М.Б. История и эволюция методов лечения бесплодия // Проблемы репродукции. – 2010. – № 1. – С. 9–14.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
5. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 5. – С. 120–121.

6. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумлович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2007. – 544 с.
7. Волков Н.И., Беспалова Ж.В., Базанов П.А. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Журн. акуш. и женских болезней. – 2011. – Т. 1, вып. III. – С. 25–27.
8. Гладчук І.З. Ендоскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності // Укр. часопис малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2009. – Т. 3, № 1. – С. 29–31.
9. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
10. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо І.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
11. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
12. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
13. Badawy S.Z., Cuenca V., Frellech H. Endometrial antibodies in serum and peritoneal fluid of infertility patients with and without endometriosis // Fertil. Steril. – 2009. – V. 53. – P. 930–932.
14. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.11-006.2-072.1:615.357

Гормональна терапія ендометрію кист яєчників після лапароскопічного лікування

М.Л. Кузьоменська

Сумський Державний університет

Генітальний ендометріоз є одним з найпоширеніших захворювань у жінок репродуктивного віку. Ендометрію кисти одного чи обох яєчників понад 2 см відносяться до важких форм ендометріозу (згідно класифікації А. Acosta et al., 1973) і тому потребують тривалого комбінованого лікування.

Ключові слова: ендометрію кисти, лапароскопічне лікування, гормональна терапія, бусерин.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Розповсюдженість зовнішнього геніального ендометріозу у жінок, за даними різних авторів, складає від 20 до 90%. Незважаючи на чисельні теорії етіопатогенезу даної патології – виникнення вогнищ ендометріозу і причини їх дисемінації до кінця не з'ясовані.

Класифікація ендометріозу

За локалізацією ендометріоз поділяють на геніальний, тобто ураження статевих органів, та екстрагенітальний – ураження інших органів. Генітальний в свою чергу поділяється на внутрішній (ендометріоз тіла матки або аденоміоз, каналу шийки матки та інтрамуральної частини маткових труб) і зовнішній (позаматковий). За розповсюдженістю зовнішній ендометріоз поділяється на «малі» форми, середньої тяжкості та тяжкий. Від стадії залежить прогноз щодо фертильності жінки, ефективності лікування та тривалості ремісії.

Клініка геніального ендометріозу залежить від локалізації, ступеня розповсюдженості, тривалості захворювання. Найчастіше ендометріоз вражає жінок репродуктивного віку. Основними клінічними симптомами ендометріозу є: больовий синдром, порушення менструального циклу, безплідність, порушення функції суміжних органів, неврологічні розлади. В 6,5% хворих на ендометріоз виявляються ендометрію кисти (ЕК) яєчників. В більшості випадків вони односторонні (до 76%), до 24% – двобічні. При «класичному» перебігу ендометріозу виявляються ЕК яєчників до 30 мм в діаметрі та спайковий процес малому таза. Для ЕК характерна зміна їх розмірів в залежності від фаз менструального циклу, виражений больовий синдром при їх розриві та евакуації вмісту кисти в черевну порожнину у зв'язку з високим вмістом в них простагландинів. Проте у частини пацієнток виявляється безсимптомний перебіг ендометріозу. Для нього характерно наявність ЕК, діаметром понад 4–5 см без злукового процесу.

Діагностика ендометріозу

Важливу роль у своєчасній діагностиці ЕК яєчників є анамнез, гінекологічне обстеження, гормональні дослідження, ультразвукове дослідження (УЗД) у різні фази менструального циклу. Одним з найточніших методів діагностики ендометріозу на сьогодні є лапароскопія, яка розширює можливості верифікації діагнозу. Лапароскопічними ознаками типової ендометрію кисти є: розміри до 12 мм в діаметрі (у середньому 7–8 мм), спайки з боковою поверхнею таза і/або заднім листком широкої зв'язки матки, дрібні червоні або синьо-чорні плями на поверхні, «шоколадний» вміст. Кінцевим підтвердженням діагнозу є дані гістологічного дослідження.

На сьогодні існує три основних підходи до лікування ендометріозу: консервативний, хірургічний та комбінований. Для лікування ЕК яєчників застосовується комбінована терапія у зв'язку з тим, що ЕК погано піддаються медикаментозній терапії через наявність щільної капсули. Крім цього більше ніж у 78% хворих на ЕК яєчників після медикаментозного лікування відзначається персистенція ендометріозу та його рецидивування.

На першому етапі під час лапароскопії вогнища ендометріозу та ЕК підлягають електрокоагуляції, кріо- або лазерній дії, видаленню променевим аргонним коагулятором або ультразвуковим скальпелем після попередньої біопсії.

Другим етапом лікування ЕК яєчників є консервативна терапія синтетичними аналогами природного гонадотропін-рилізинг-гормону (а-ГнРГ), активність яких в декілька разів вища за ендогенний ГнРГ. Ефективність використання а-ГнРГ зумовлена виникненням зворотного гіпогонадотропного та гіпогонадного станів внаслідок десенситизації клітин аденогіпофізу. Це призводить до регресії та атрофії ендометрію кисти гетеротопій та суттєвого зменшення клінічної симптоматики захворювання. Клінічний ефект спостерігається вже після 1–2 міс терапії, але довготривале (більше 6 місяців) використання препаратів а-ГнРГ супроводжується розвитком побічних реакцій, характерних для гіпоестрогенного стану (вегетативні та психоемоційні порушення, ризик розвитку остеопорозу).

ГнРГ синтезується та виділяється гіпоталамусом у пульсовому режимі (1 раз за 90 хв) Він потрапляє до гіпофізу і сприяє індукції синтезу гонадотропінів (ЛГ та ФСГ), які у свою чергу стимулюють секрецію статевих стероїдів у гонадотропіні (естроген та прогестерон). Агоністи ГнРГ призводять до стимуляції синтезу гонадотропінів у гіпофізі. Проте при багаторазовому введенні синтетичні а-ГнРГ зумовлюють протилежний ефект: вони пригнічують секрецію гонадотропінів і блокують гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову систему і як наслідок – рівень статевих стероїдів знижується по постменопаузальних значень. За механізмом дії препаратів вони отримали назву агоністів ГнРГ (а-ГнРГ). Активна речовина препарату Бусерин – бусерелін – синтетичний а-ГнРГ, який поміщений в мікросфери. Повільне вивільнення Бусерину з поверхні мікросфер забезпечує постійну концентрацію препарату в крові протягом 28 днів. Препарат конкурентно зв'язується з рецепторами клітин передньої долі гіпофізу, викликаючи короточасне підвищення рівня статевих гормонів у плазмі крові. Подальше застосування лікувальних доз препарату призводить (у середньому через 12–14 днів) до повної блокади гонадотропної

функції гіпофізу, інгібуючи таким чином виділення лютинізуєчого (ЛГ) та фолікулоstimулюєчого (ФСГ) гормонів. В результаті спостерігається пригнічення синтезу статевих гормонів в гонадах, що проявляється зниженням концентрації естрадіолу в плазмі крові.

Серед переваг застосування препарату Бусерин треба відзначити:

- відсутність андрогенного ефекту, акне, себореї, гірсутизму;
- відсутність метаболічних порушень – ліпідного та вуглеводного обміну;
- відсутність впливу на масу тіла;
- відсутність впливу на гепатобіліарну систему, функцію нирок та травного тракту;
- зручність застосування (внутрішньом'язове введення бісерину-депо або назальна форма Бусерин спреї);
- значно нижча ціна порівняно з іншими аналогами а-ГнРГ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проаналізовано ефективність лікування 90 пацієток з ендометріюїдними кістами яєчників. Вік жінок коливався від 18 до 40 років. Всі вони були прооперовані за методом трансабдомінальної лапароскопії за допомогою ендоскопічної стійки «Storz». Усім жінкам була проведена енуклеація ЕК з наступною коагуляцією тканини яєчника в режимі потужності 40–60 Вт. Крім цього було проведено оцінювання прохідності маткових труб та перевірено наявність овуляції. У 65 жінок (72,2%) спостерігалися однібічні ЕК, відповідно у 25 пацієток (27,8%) – двобічні. Середній розмір ЕК склав 4,7 см. У 80% випадків спостерігався спайковий процес органів малого таза різного ступеню вираженості.

Усім пацієткам у післяопераційний період призначалася гормональна терапія препаратом Бусерин-депо (ЗАТ «Фарм-синтез», м. Москва) у дозі 3,75 мг внутрішньом'язово на 1–5-й день менструально-подібної реакції після проведеного оперативного втручання. Курс лікування складав 3 ін'єкції з інтервалом 28 днів. Далі гормональна терапія продовжувалася препаратом Бусерин спреї протягом 2–3 міс.

Разом з гормональною терапією, всі жінки отримували ректально препарати похідні тіатріазоліну 200 мг 1 раз на добу протягом 10 днів.

Аналізуючи результати проведеного лікування, відсутність рецидивів через 6 міс ми спостерігали в 76,7% випадків, через 1 рік – у 60,0% жінок були відсутні ознаки рецидивів ЕК.

ВИСНОВКИ

Застосування комбінованого консервативно-хірургічного лікування ЕК яєчників дозволяє зменшити об'єм та травматичність хірургічного втручання; вплинути на патологічні вогнища, що не вдалося видалити під час операції; забезпечити достатній період ремісії. Ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з ЕК корелюється зі ступенем поширеності ендометріозу, віком пацієнтки, тривалістю захворювання, вираженістю патоморфологічних змін органів малого таза.

Гормональная терапия эндометриюидных кист яєчников после лапароскопического лечения М.Л. Куземенская

Генитальный эндометриоз является одним из самых распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Эндометриюидные кисты одного или двух яєчников более 2 см относятся к тяжелым формам эндометриоза и поэтому требуют длительного комбинированного лечения.

Ключевые слова: эндометриюидные кисты, лапароскопическое лечение, гормональная терапия, бусерин.

Endometriosis cysts hormonal therapy after laparoscopies treatment M.L. Kuzemenska

Using in complex treatment of patients in reproductive age endometriosis cysts of ovaries the laparoscopies organ save methods and Buserine helps to raise the quality of patients life and statistically true to increase women with restored reproductive function.

Key words: buserine, ovaries, endometriosis cysts, hormone treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей – М.: ООО «МИА», 2007. – С. 664.
2. Грищенко В.И., Козуб Н.И., Илиеш С.А. Современные подходы к оптимизации методов лечения наружного генитального эндометриоза // Медицина сегодня и завтра. – 2001. – № 3. – С. 91–97.
3. Грищенко В.И., Козуб Н.И. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия. – Харьков: Основа. – 213 с.
4. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яєчников. – М.: Триада-Х, 2005. – С. 12–75.
5. Haney A.F. Endometriosis Pathogenesis and pathophysiology. In: E.A. Wilson, Endometriosis. – New York: A.R. Liss. – P. 23–51.

УДК 618.145-007.415:618.173-02-07-08

Шляхи підвищення ефективності діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія

Н.П. Михайлів

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у цих пацієнток. Це відкриває широкі перспективи в лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, перименопаузальний період.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) є однією з актуальних проблем сучасної гінекології. Гіперплазія ендометрія може бути проявом гормональних порушень, запального процесу статевих органів, порушень в ендокринній і імунній системі. Висока частота озлоякіснення ГПЕ (10–50%) відносить дану патологію не лише до медичної, але і до соціальної проблеми в даний час [1–7].

ГПЕ є одним з основних чинників виникнення аномальних маткових кровотеч і складають від 10% до 25% всіх причин звернення жінок до гінеколога. Частота виникнення ГПЕ істотно збільшується до періоду вікових гормональних перебудов в організмі жінки [1–7]. Біологічна своєрідність ендометрія в тому, що ця гормоночутлива тканина володіє здатністю не лише до циклічного оновлення, але і до чуйного реагування на всі зміни гормональних впливів на рівні цілого організму, тобто гіперплазія ендометрія є свідченням гормональних, обмінно-ендокринних і імунних порушень в організмі жінки [1, 3, 7].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ГПЕ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо це стосується тактики ведення пацієнток з ГПЕ в перименопаузальний період, коли ризик розвитку рецидивуючих і злоякісних форм найбільш високий [2, 4, 6].

Все викладене вище свідчить про актуальність вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: підвищення ефективності консервативної терапії ГПЕ на основі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних, біохімічних і морфологічних змін, а також розроблення алгоритму різних методів використання гормональної і антигомотоксичної терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Організаційно-методичний підхід до вибору методу лікування пацієнток в перименопаузальний період з ГПЕ полягав в створенні певної програми обстеження, що передбачає клініко-анамнестичні і інструментальні методи діагностики (ультразвукові, ендоскопічні); лабораторні (мікробіологічні, цитологічні, морфологічні,

імуногістохімічні) дослідження; оперативне лікування (гістероскопія і роздільне вискоблювання слизової матки).

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження були обстежені 100 жінок в перименопаузальному віці. Всі пацієнтки знаходилися у віці від 45 до 55 років, середній їх вік склав $49,7 \pm 4,3$ року.

Всіх пацієнток ретроспективно було розподілено на три групи залежно від морфологічної характеристики:

1-а група – 50 пацієнток із залізистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія;

2-а група – 25 пацієнток з гіперплазією атипової ендометрії;

3-я група – 25 пацієнток із залозисто-фіброзними і фіброзними поліпами ендометрія.

Пацієнтки всіх груп були порівняні за віком, соціальним статусом, паритетом, гінекологічною і соматичною захворюваністю.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з ГПЕ в перименопаузі частота супутньої генітальної патології складає 71,0% з переважанням в структурі запальних процесів (57,0%); фіброкістозної мастопатії (52,0%); лейоміоми (44,0%); ендометріозу (28,0%) і доброякісних захворювань шийки матки (25,0%). При цьому два гінекологічні захворювання мали місце в 23,0% спостережень і три – в 15,0%.

Серед несприятливих чинників преморбідного фону у пацієнток з ГПЕ в перименопаузі можна виділити високу частоту супутньої екстрагенітальної патології (90,0%); артіфіційних абортів (74,0%); перенесених гінекологічних операцій (50,0%); мимовільні аборти (40,0%) і тривала внутрішньоматкова контрацепція (21,0%).

У пацієнток з різними типами ГПЕ імуногістохімічні дослідження дозволили встановити, що у пацієнток із залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія має місце помірна ($282,5 \pm 6,1$ і $261,8 \pm 4,5$) експресія рецепторів до естрогену і Прогестерону, тоді як при атиповій гіперплазії ендометрія встановлена низька ($111,3 \pm 5,3$ і $137,2 \pm 7,3$) експресія цих же рецепторів.

Аналіз результатів імуногістохімічного дослідження маркера Ki67 свідчить про високу проліферативну активність клітин ендометрія, які знаходяться в стані атипової (23,0%), залозистої і залозисто-кістозної гіперплазії (20,0%) в порівнянні з показниками при поліпах ендометрія (9,0%). Число інтенсивно забарвлених ядер клітин епітелію залоз при атиповій гіперплазії в 2,5 разу, а клітин строми – в 2,7 разу вище, ніж при поліпах ендометрія, а при залозистій і залозисто-кістозній гіперплазії – відповідно в 2,1 і 1,5 разу.

У пацієнток з різними варіантами ГПЕ в перименопаузі експресія білка p53 при простій гіперплазії в 2,9 разу нижче в клітках епітелію залоз і в 2,7 разу нижче в клітинах в порівнянні із залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія і в 2,5 і 2,3 – в порівнянні з поліпами ендометрія відповідно, що свідчить про низьку активність процесів апоптозу і високий ризик малігнізації клітин.

Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє добитися низького рівня рецидивування ГПЕ: у

4,0% спостережень була проведена гістерорезектоскопічна абляція ендометрія і в 2,0% – оперативне лікування в об'ємі тотальної гістеректомії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у цих пацієнток. Це відкриває широкі перспективи в лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

Пути повышения эффективности диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия Н.П. Михайлив

Полученные позитивные результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия с учетом иммуногистохимических детерминант свидетельствуют об эффективности предлагаемой модели лечебной тактики у этих пациенток. Это открывает широкие перспективы в лечении и профилактики различной патологии эндометрия.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, перименопаузальный период.

Ways of increase of efficiency of diagnostics and treatment of hyperplastic processes of endometrium. N.P. Mihajliv

The received positive results of treatment of hyperplastic processes эндометрия with the account immunohistochemistry determinant testify to efficiency of offered model of medical tactics at these patients. It opens wide prospects in treatment and preventive maintenance of a various pathology of endometrium.

Key words: hyperplastic processes of endometrium, perimenopausal the period.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: МИА, 2008. – 247 с.
2. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.
3. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.
4. 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.
5. Чернуха Г.Е. Особенности гормональных взаимоотношений при различных вариантах гиперплазии эндометрия / Г.Е. Чернуха, А.А. Кангельдиева, Г.В. Слукина // Проблемы репродукции. – 2008. – Т. 8, № 5. – С. 36–40.
6. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова [и др.] – М.: Русфармамед, 2007. – 427 с.
7. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холодник, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2008. – Т. 8, № 2. – С. 103–108.

УДК 618.1-01/-09

Вплив локалізації генітального ендометріозу на клінічний перебіг

О.О. Трушкевич, О.Д. Мисенко

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Результати проведених досліджень показали, що при схожості клінічної картини генітального ендометріозу різної локалізації існують істотні відмінності, що виявляються в характері локалізації та іррадіації болю, порушеннях функцій репродуктивної системи, обумовлене участю різних нейромедіаторних систем в сприйнятті і проведенні больових відчуттів і регуляції гіпофізарних гормонів. Отримані результати необхідно враховувати при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: ендометріоз, клінічні аспекти, локалізація.

Ендометріоз є одним із розповсюджених захворювань жінок репродуктивного віку [1–9]. Частота цього захворювання, за різними даними, варіює в досить широких межах – від 7% до 50% [1, 3, 7]. Збільшення частоти виявлення ендометріозу пов'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, з іншого боку – з погіршенням екологічного середовища, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам ендометріозу [1–9], до цих пір залишаються відкритими багато питань етіології і патогенезу захворювання, особливості клінічної картини залежно від локалізації процесу. Крім того відсутні дані щодо порівняльну інформативність окремих методів діагностики захворювання і виявлення рецидивів, ефективність різних методів лікування і моніторингу.

Все викладене вище свідчить про актуальність проблеми, що вивчається, а саме клінічні аспекти найбільш поширених форм генітального ендометріозу.

Мета дослідження: вивчення порівняльних клінічних аспектів генітального ендометріозу різної локалізації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 100 хворих з поширеними формами ендометріозу, яким було проведено хірургічне лікування з подальшою гормонодулюючою терапією. При цьому вік хворих коливався від 19 до 56 років, середній показник склав $32,4 \pm 3,4$ року. 71% хворих відносилися до репродуктивного віку (19–35 років), 20% – до пізнього репродуктивного (36–45 років) і 9% хворих були старші 45 років. Найбільш високий середній вік ($42,1 \pm 4,2$ року) відмічений в підгрупі хворих з аденоміозом, а найменший вік ($26,2 \pm 1,8$ року) виявився в групі хворих з ізольованим ушкодженням очеревини малого тазу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Діагноз генітального ендометріозу у всіх хворих був верифікований при гістологічному дослідженні тканин, видалених під час хірургічних операцій. Виділено 5 основних локалізацій ендометріозу (або їх поєднань):

- ендометріодна кіста яєчника (ЕКЯ) – 64,0%;
- ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ) – 13,0%;
- ендометріоз очеревини малого тазу (ЕО) – 9,0%;
- аденоміоз (А) – 7,0%;
- ендометріоз яєчників і очеревини малого тазу – (ЕЯ+ЕО) 7,0%.

Під час оцінювання стадій зовнішнього ендометріозу за системою R-AFS під час операцій у 65,0% хворих був виявлений процес III стадії і 35,0% хворих виявлені поразки IV стадії. Серед хворих аденоміозом в 77,0% виявлена I–III стадії розповсюдження процесу, в 14,0% – вузлова форма внутрішнього ендометріозу і в 9,0% – осередковий внутрішній ендометріоз.

Під час аналізу родинного анамнезу в 48,0% хворих ендометріозом виявлена обтяжена спадковість. Найчастіше родичі обстежених хворих страждали пухлинними процесами екстрагенітальної локалізації (43,0%) і пухлинними захворюваннями статевих органів (27,0%). При цьому пухлинні процеси екстрагенітальної локалізації найчастіше (у 57,0% випадків) зустрічалися у родичів хворих з ендометріодними кістами яєчників і найбільш рідко (14,0%) – у хворих з ретроцервікальним ендометріозом.

Лише у 3,0% родичів в анамнезі був генітальний ендометріоз різної локалізації. Це число занижене, оскільки по-перше, діагностика даного захворювання в минулі десятиліття була істотно утруднена, по-друге, в 42,0% хворих (з їх слів) родички мали гінекологічними захворюваннями, з приводу яких були оперовані, проте, точного гістологічного діагнозу захворювання хворі не знали.

У 77% хворих перша менструація з'явилася у віці 11–12 років. Раніше настання менархе (у віці 9–10 років) з найбільшою частотою (27,0%) спостерігається у хворих з ендометріодним ушкодженням очеревини. Достовірний взаємозв'язок між віком менархе і переважною локалізацією ендометріодного процесу нами не відмічено.

Первинним безпліддям страждали 30,0% обстежених хворих, вторинним – 15,0%. При цьому, первинне безпліддя найчастіше (49,0%) наголошувалося у хворих аденоміозом. Вторинне безпліддя практично однаково часто спостерігалось при всіх клініко-анатомічних варіантах ендометріозу.

У більшості (55–88%) обстежених нами хворих в анамнезі були штучні аборти. Максимальна частота мимовільних викиднів виявлена в групі хворих, страждаючих аденоміозом (26,0%) і РЦЕ (24,0%). В анамнезі хворих з ендометріозом очеревини мимовільні викидні були в 2 рази рідше (12,0%).

З перенесених гінекологічних захворювань (88,0%) найчастіше відмічені запальні процеси придатків матки. 21,0% обстежених жінок у минулому перенесли резекцію яєчників. Псевдоерозії шийки матки були констатовані частіше (28,0%) у хворих з ендометріозом яєчників у поєднанні з ендометріозом очеревини малого тазу. 15,0% хворих з ендометріозом яєчників у поєднанні з ендометріозом очеревини малого тазу раніше перенесли коагуляцію або посічення вогнищ ендометріозу.

У 22,0% хворих в анамнезі було проведено оперативне лікування генітального ендометріозу різної локалізації. Слід зазначити, що під час вступу хворих в стаціонар ендометріозу тієї ж локалізації (рецидив) відмічений в 20,0% хворих. В останніх виявлений патологічний процес іншої локалізації або тієї ж локалізації з іншого боку.

Тривалість спостереження за хворими з моменту появи перших скарг – від 1 міс до 19 років (в середньому $4,3 \pm 0,7$ року). До вступу в стаціонар 62,0% хворих отримували тривале консервативне лікування, що включає антибактеріальну, протизапальну терапію, інколи з тимчасовим позитивним ефектом. 31,0% з них отримували гормональну терапію з метою корекції менструального циклу, профілактики рецидивів і відновлення генеративної функції безсимптомними переривистими курсами від 1 до 9 міс.

Порушення, що відносяться до справжнього захворювання, самопочуття, що змусило хворих звернутися за медичною допомогою, в основному, зводилося до наступних скарг: біль внизу живота і в області попереку, значне посилення болю під час статевого акту і в період менструацій, збільшення об'єму живота, різні порушення менструального циклу і відсутність вагітностей.

Ниючий біль внизу живота, не пов'язаний з менструацією, у вигляді альгоменореї спостерігали в 59,0% хворих, – в 52,0% хворих. У пацієток з аденоміозом частота альгоменореї складала 71,0%. Ниючий біль внизу живота, не пов'язаний з менструацією найчастіше відзначали хворі ендометріодними кістами яєчників (56,0%) і хворі з ендометріозом яєчників у поєднанні з ендометріозом очеревини малого тазу – 59,0%. На біль в області попереку найчастіше скаржилися хворі ретроцервікальним ендометріозом (40,0% і 72,0% відповідно). У цій же підгрупі хворих частіше (в порівнянні з іншими підгрупами) наголошувалося диспареунія (30,0%).

У клінічній картині ендометріозу яєчників провідним є больовий синдром різної інтенсивності. Хворі скаржаться на періодичний біль, що посилюється, із іррадіацією в пряму кишку, попереку, особливо інтенсивні напередодні або під час менструації. Часто біль супроводжується блюванням, похолоданням кінцівок, слабкістю, головним болем і запамороченням. Наголошуються мізерні пред- і кров'яні виділення постменопаузи із статевих шляхів, вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом.

При ендометріозі ретроцервікальної локалізації наголошуються різкі «стріляючі» болі, що іррадіюють в піхву, пряму кишку, промежину, зовнішні статеві органи і, часто, стегно. Наголошується також їх посилення при статевому акті та акті дефекації. Майже в 5,0% хворих менструації супроводжуються непритомними станами, часто з втратою свідомості. У цих хворих спостерігають зміну психоемоційного стану: дратівливість, емоційна нестійкість, порушення сну, відчуття тривоги і плаксивість.

У 32,0% пацієток з ендометріозом є захворювання, обумовлені порушенням нейрогуморальної регуляції: дискінезія травного тракту і жовчовивідних шляхів, вегето-судинна дистонія протікає частіше по гіпертонічному типу (часто за типом симпато-адреналових кризів).

Частота скарг на надмірно рясні менструації була найбільш високою (59,0%) у хворих аденоміозом, а мізерні кров'яні виділення із статевих шляхів у вигляді «мазанини» частіше, ніж в інших підгрупах, відзначали хворі з ретроцервікальним ендометріозом (54,0%). Найчастіше (37,0%) нормальний за тривалістю або укорочений менструальний цикл поєднувався з нормальною або рясною кровотечею при нормальній тривалості менструацій з перименструальними кров'яними виділеннями у вигляді «мазанини». У 26,0% пацієток спостерігали нерегулярні менструації, проте тривалість менструальних циклів варіювала в помірних межах (24–37 днів).

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, при схожості клінічної картини генітального ендометріозу різної локалізації, є і істотні відмінності, що виявляються в характері локалізації і іррадіації болю, порушеннях функцій репродуктивної системи, що мабуть обумовлене участю різних нейромедіаторних систем в сприйнятті і проведенні больових відчуттів і регуляції гіпофізарних гормонів. Отримані результати необхідно враховувати при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние локализации генитального эндометриоза на клиническое течение
А.А. Трушкевич, А.Д. Мысенко

Результаты проведенных исследований показали, что при сходстве клинической картины генитального эндометриоза различной локализации, имеются и существенные различия, проявляющиеся в характере локализации и иррадиации боли, нарушениях функций репродуктивной системы, что видимо обусловлено участием различных нейромедиаторных систем в восприятии и проведении болевых ощущений и регуляции гипофизарных гормонов. Полученные результаты необходимо учитывать при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: эндометриоз, клинические аспекты, локализация.

Localisation influence genital endometriosis on a clinical current
А.А. Trushkevich, А.Д. Misenko

Results of the lead researches have shown, that at similarity of a clinical picture genital an endometriosis of various localization, there are also the essential distinctions shown in character of localization and irradiation of a pain, infringements of functions of reproductive system that is probably caused by participation various neuromediator systems in perception and carrying out of painful sensations and regulation hypophyse hormones. The received results are necessary for taking into account at carrying out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: an endometriosis, clinical aspects, localization.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд. 2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.19-006.2-02:618.14-089.87-07

Функціональний стан молочних залоз і клінічна симптоматика фіброзно-кістозної хвороби після гістеректомії

А.А. Процепко, І.П. Нігуца

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

Отримані результати свідчать про залежність інтенсивності больового синдрому від віку хворих після гістеректомії, показників гормональної функції яєчників, розвитку паренхіми і ступеня її циклічної трансформації. При цьому проведення множинного регресійного аналізу дозволило встановити, що основними чинниками, що впливають на інтенсивність масталгії, є товщина паренхіми і рівень в крові естрадіолу в другій фазі менструального циклу. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: фіброзно-кістозна хвороба, клінічна симптоматика, гістеректомія.

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частині пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їх життя; по-друге, проліферативні форми ФКХ є чинниками ризику для розвитку раку молочної залози [1, 2]. Дана інформація формує психологічну напруженість пацієнток, призводить до проведення багаточисельних обстежень, повторних курсів комплексного консервативного лікування, оперативних втручань. Всі ці обставини служать причиною дезадаптації хворих, що знаходяться в соціально активному віці. В той же час, дані про клінічну симптоматику ФКХ після гістеректомії незначні і суперечливі, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічної симптоматики фіброзно-кістозної хвороби у жінок після гістеректомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток з діагнозом ФКХ після гістеректомії. Критеріями включення в неї були: перенесена гістеректомія; вік 20–49 років; наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак ФКХ; індекс маси тіла не більше 29,9 кг/м². Критеріями виключення з дослідження служили: підозра або підтвердження злоякісного процесу в молочної залозі, вагітність, післяпологовий період, лактація, використання протягом останніх 6 міс гормональних засобів.

Групу порівняння склали 50 жінок. Критеріями включення в неї були: вік 20–49 років, відсутність клінічних симптомів захворювання молочних залоз, відсутність гіперпластичних процесів в інших органах репродуктивної системи, регулярний менструальний цикл.

Обстеження включало разом із загальноприйнятими методами фізикальне і ультразвукове дослідження молочних залоз, доплерографію з кольоровим доплерівським картуванням (КДК) кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, інтраопераційну біопсію і морфологічні методики. З метою кількісного оцінювання інтенсивності масталгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальну оцінку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середні значення товщини паренхіми молочних залоз у жінок 46–50 років нижче ніж в 16–18 і 19–35 років (на 5–7-й день циклу в 1,3 і 1,4 разу, а на 20–23-й день – в 1,3 і 1,5 разу відповідно). Виявлена також достовірна різниця в товщині паренхіми на 5–7-й день менструального циклу у жінок 19–35 років порівняно з 36–45 роками, на 20–23-й його дні – в 19–35 років порівняно з 46–50 роками, а також в 36–45 років порівняно з 46–50 роками. Визначений зворотний взаємозв'язок між товщиною паренхіми на 5–7 ($r=-0,43$; $p<0,001$) і 20–23-й дні циклу ($r=-0,44$; $p<0,001$) і віком пацієнток.

Виявлений зворотний взаємозв'язок між ступенем циклічної трансформації паренхіми і віком пацієнток ($r_s=-0,32$; $p<0,01$). Найбільші її зміни протягом менструального циклу спостерігалися у жінок 19–35 років, а найменші – в 45–50 років, що визначається різною зрілістю структурних компонентів фіброгландулярного комплексу (залізистої тканини, опорної і ложевої строми) і їх чутливістю до регулюючого впливу оваріальних гормонів.

Крім того, виявлена наявність прямого взаємозв'язку між товщиною паренхіми і вмістом в крові пацієнток естрадіолу (у першу фазу циклу – $r=0,49$; $p<0,001$; у другу фазу циклу – $r=0,46$; $p<0,001$) і пролактину ($r=0,47$; $p<0,001$). При цьому величина даного біометричного показника не залежала від вмісту Прогестерону і величини відношення Е/П.

Визначено, що посилення кровопостачання паренхіми молочних залоз призводить до збільшення її товщини. Це доводить наявність зворотного взаємозв'язку між товщиною паренхіми і показниками судинної резистентності як протягом фолікулярної (з СДВ – $r=-0,4$; $p<0,01$; з ІР – $r=-0,34$; $p<0,05$; з ПІ – $r=-0,37$; $p<0,01$), так і лютеїнової фази циклу (з СДВ – $r=-0,41$; $p<0,01$; з ІР – $r=-0,31$; $p<0,05$; з ПІ – $r=-0,38$; $p<0,01$).

Параметри опору в артеріях паренхіми у пацієнток різного віку свідчать, що їх величини в 16–18, 19–35, 36–45 років не мають достовірної відмінності один від одного. В порівнянні з цими віковими підгрупами, статистично значиме підвищення значень СДВ, ІР і ПІ спостерігається у віці 46–50 років. У першу фазу менструального циклу визначений взаємозв'язок між віком жінок і величиною СДВ ($F=3,83$; $p<0,02$), ПІ ($F=2,97$; $p<0,05$); у другу – пряма кореляція віку з величиною СДВ ($r=0,36$; $p<0,01$), ІР ($r=0,4$; $p<0,01$) і ПІ ($r=0,31$; $p<0,05$). Зростання опору кровотоку в артеріях паренхіми із збільшенням віку жінок пов'язане з перебудовою органного кровообігу, редукуванням його капілярної мережі.

У жінок репродуктивного віку на 5–7-й день менструального циклу якісні показники кровотоку в артеріях паренхіми перевищували такі на 20–23 дні.

Отже, результати проведених досліджень дозволяють передбачити наявність циклічних змін гемодинамічних умов в паренхімі молочних залоз у здорових жінок репродуктивного віку. Посилення кровопостачання паренхіми в другу фазу циклу може бути обумовлене впливом оваріальних гормонів і пролактину на тонус судин.

На підставі комплексного підходу проведено вивчення гормональних, біометричних і функціональних чинників, що впливають на інтенсивність масталгії у хворих з ФКХ. Візуально-аналогова оцінка її інтенсивності виконана у 100 пацієнток з даним захворюванням. 38,0% пацієнток не відзначали больових відчуттів, в 52,0% спостерігалася масталгія інтенсивністю менше 5 балів (середньої тяжкості), в 28 – 5 балів і вище (9%) (важкого ступеня). Виявлено, що інтенсивність масталгії знижувалася із збільшенням віку хворих ($r=-0,3$; $p<0,001$). Так, у 62,3% пацієнток в 19–35 років і 48,1% в 36–45 років мала місце масталгія середнього ступеня тяжкості і лише у кожної десятої пацієнтки реєструвався важкий її ступінь. У віці 46–50 років в 75,8% хворих масталгії не спостерігалася, в 19,3% мала місце масталгія середнього ступеня тяжкості, в 4,7% – важка масталгія.

Виявлений прямий взаємозв'язок між інтенсивністю масталгії і рівнем естрадіолу на 5–7 ($r=0,31$; $p<0,01$) і 20–23-й день циклу ($r=0,38$; $p<0,001$), а також величиною стосунків Е/П ($r=0,3$; $p<0,05$). Так, у хворих з наявністю важкої масталгії в порівнянні з такими без больового синдрому був великим вміст в крові естрадіолу (на 5–7-й день циклу $297,83\pm 37,79$ пмоль/л і $188,57\pm 10,91$ пмоль/л; $p<0,001$ відповідно; на 20–23-й день циклу $701,82\pm 93,01$ пмоль/л і $354,05\pm 25,11$ пмоль/л; $p<0,001$ відповідно), пролактину ($448,98\pm 45,92$ мМЕ/л і $378,09\pm 20,05$ мМЕ/л; $p<0,05$; відповідно), а також відношення Е/П ($90,03\pm 0,21$ і $28,59\pm 2,62$ відповідно; $p<0,05$).

Виявлена пряма залежність між інтенсивністю масталгії і товщиною паренхіми молочних залоз на 5–7 ($r=0,58$; $p<0,001$) і 20–23-й день ($r=0,62$; $p<0,001$) менструального циклу, а також ступенем її циклічної трансформації ($r=0,3$; $p<0,002$).

При аналізі показників опору в паренхіматозних артеріях молочних залоз було встановлено, що величини ПІ і ІР на 5–7-й день менструального циклу у хворих, що мають важку масталгію, була нижче за таких у хворих без масталгії (ПІ – $0,95\pm 0,08$ і $1,26\pm 0,08$; $p<0,05$; ІР – $0,62\pm 0,02$ і $0,69\pm 0,03$ відповідно; $p<0,05$).

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про залежність інтенсивності больового синдрому від віку хворих після гістеректомії, показників гормональної функції яєчників, розвитку паренхіми і ступеня її циклічної трансформації. При цьому проведення множинного регресійного аналізу дозволило встановити, що основними чинниками, що впливають на інтенсивність масталгії, є товщина паренхіми ($F=58,17$; $p<0,001$) і рівень в крові естрадіолу ($F=154,92$; $p<0,001$) в другу фазу менструального циклу. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Функциональное состояние молочных желез и клиническая симптоматика фиброзно-кистозной болезни после гистерэктомии
А.А. Процепко, И.П. Нигуца

Полученные результаты свидетельствуют о зависимости интенсивности болевого синдрома от возраста больных после гистерэктомии, показателей гормональной функции яичников, развития паренхимы и степени ее циклической трансформации. При этом проведение множественного регрессионного анализа позволило установить, что основными факторами, влияющими на интенсивность масталгии, являются толщина паренхимы и уровень в крови эстрадиола во второй фазе менструального цикла. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная болезнь, клиническая симптоматика, гистерэктомия.

Functional condition of mammary glands and clinical semiology fibroze-cystes illnesses after hysterectomy
A.A. Protsepko, I.P. Nigutsa

The received results testify to dependence of intensity of a painful syndrome on age of patients after hysterectomy, indicators of hormonal function ovariums, developments parenhima and degrees of its cyclic transformation. Thus carrying out plural regressional analysis has allowed to establish, that the major factors influencing intensity mastalgia, are a thickness parenhima and level in blood estradiol in the second phase menstrual cycle. The received results are necessary for using by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: fibroze-cystes illness, clinical semiology, hysterectomy.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / Под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд.-во Н-Л, 2011. – 23 с.

УДК 618.14-007.415-07-005.1

Современные аспекты диагностики аденомиоза в различные возрастные периоды

П.М. Прудников

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что усовершенствованный алгоритм диагностики аденомиоза при оказании экстренной специализированной помощи дает возможность уже при первичной госпитализации верифицировать аденомиоз у 93,8±6,0% пациенток с этой патологией. Достоверная диагностика аденомиоза в условиях стационара по оказанию экстренной помощи, в том числе на ранних стадиях развития процесса (у 25,6±10,9% пациенток) позволяет своевременно и обоснованно выбрать рациональную лечебную тактику.

Ключевые слова: аденомиоз, диагностика, оптимизация.

Аденомиоз является широко распространённым заболеванием, причем частота его выявления в популяции варьирует от 10% до 53% [1–5]. Эта патология является одной из существенных, а по данным некоторых авторов основной причиной альгодисменореи, гиперменореи и бесплодия, а до 44% случаев маточных кровотечений, не связанных с патологией беременности, т.е. urgentных негравидарных метроррагий (УНМ), ассоциированы с наличием аденомиоза [1–5].

В настоящее время отмечается выраженная тенденция к гиподиагностике аденомиоза. Частота диагностических ошибок составляет от 25% до 40% [1, 3]. Более 80% больных направляют в стационар без предположительного диагноза «аденомиоз» с указанием на другую патологию или отдельный симптом заболевания [2, 4, 5]. Верифицировать диагноз аденомиоза можно только после морфологического исследования миометрия (препаратов удаленной матки, биоптатов миометрия), что не представляется возможным в ходе кюретажа полости матки, традиционно используемого с диагностической и лечебной целями при УНМ.

Дифференциальная диагностика маточных кровотечений в условиях оказания экстренной специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре имеет особенности, связанные с ограничением времени и доступности тех или иных методов обследования в разное время суток, поскольку первоочередной задачей в данной ситуации является остановка кровотечения.

Таким образом, разработка и внедрение малоинвазивных, достоверных и применимых в экстренной медицине методов дифференциальной диагностики причин urgentных негравидарных метроррагий, в том числе связанных с наличием аденомиоза, является актуальной проблемой неотложной гинекологии.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики аденомиоза при маточных кровотечениях, не связанных с беременностью, на этапе гинекологического отделения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проведено клиническое исследование, включающее в себя анализ историй болезни и данных обследования 110 пациенток в возрасте от 20 до 52 лет, поступивших в экстренном порядке за период с 2009 по 2012 годы.

Критериями включения пациенток в исследование являлись:

- маточное кровотечение, как причина данной госпитализации;
- репродуктивный или перименопаузальный возраст пациентки.

Критериями исключения являлись:

- связь маточного кровотечения с осложнениями беременности, злокачественными и воспалительными заболеваниями гениталий;
- размеры матки, превышающие 12 нед беременности;
- наличие геморрагического шока;
- наличие показаний к экстренной гистерэктомии.

За основу лечебно-диагностических мероприятий были приняты соответствующие протоколы МОЗ Украины.

Для обследуемой категории женщин использованы нормативы, касающиеся трех нозологических групп по кодам Международной классификации болезней X пересмотра, объединенных симптомом маточного кровотечения (код № 92.0 – обильные и частые менструации при регулярном менструальном цикле, меноррагия, полименорея; код № 92.1 – обильные и частые менструации при нерегулярном цикле, мено-метроррагии; код № 92.4 – обильные кровотечения в предменопаузальном периоде), а также код № 80.0 – эндометриоз матки.

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

Для реализации поставленных задач нами была разработана карта клинического наблюдения, в которую вносились ключевые данные анамнеза, краткие результаты обследования и лечения пациенток (по 80 параметрам). В процессе исследования все данные заносились в электронную таблицу (MSExcel 7.0), формируя базу данных с возможностью статистической обработки материала.

Все пациентки в зависимости от программы обследования и лечения разделены на три группы. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, тяжести состояния при поступлении и на момент оперативно-го вмешательства, осложнениям основного заболевания, сопутствующей патологии, срокам госпитализации. Средний возраст составил $42,9 \pm 7,1$ года.

В первую (контрольную) группу вошли 50 пациенток, у которых использовалась стандартная схема лечебно-диагностических мероприятий при маточных кро-

вотечениях, требующих неотложной помощи. Всем больным с лечебно-диагностической целью выполняли фракционный кюретаж полости матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Средний возраст женщин данной группы составил $42,6 \pm 8,2$ года.

Во вторую группу были включены 30 пациенток, у которых в программе обследования и лечения дополнительно использовали метод «слепой» пункционной биопсии эндометрия (у 10 пациенток до кюретажа и у 20 – после). Средний возраст в этой группе составил $43,8 \pm 4,8$ года.

Третью группу составили 30 пациенток, которым дополнительно выполнялась гистероскопия и биопсия эндометрия. Пункционная биопсия выполнена каждой больной данной группы (у 10 пациенток до кюретажа и у 20 – после). Щипковая и резекционная биопсии – 20 пациенткам (у 10 – до и у 10 – после кюретажа). Средний возраст пациенток в данной группе составил $43,3 \pm 5,8$ года.

В ходе работы мы применяли следующие биопсийные технологии:

- 1) трансцервикальная мультифокальная (6-точечная) пункционная биопсия эндометрия (ТМПБ);
- 2) резекционная гистероскопическая биопсия эндометрия;
- 3) щипковая гистероскопическая биопсия эндометрия.

Резекционная биопсия эндометрия выполнена 10 пациенткам 3-й группы. Во всех случаях она производилась после пункционной биопсии (у 5 больных до и у 5 – после кюретажа полости матки). После введения в полость матки рабочего инструмента при помощи угловой петли брали участки ткани шириной 3–5 мм (в зависимости от радиуса электрода) и 15–20 мм длиной с задней, передней и боковых стенок матки. Использовали монополярный ток в режиме резки максимальной мощностью 150–170 Вт, что позволяло выполнять vaporизацию границы матки – биоптат с целью минимизации деструктивного термального эффекта на образец ткани.

Щипковая биопсия эндометрия выполнена 10 пациенткам 3-й группы после пункционной биопсии (у 5 женщин – до и у 5 – после кюретажа полости матки). После введения в полость матки рабочего инструмента при помощи жестких биопсийных щипцов брали образцы тканей с задней, передней и боковых стенок матки.

Образцы материала фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. При гистологическом и морфометрическом исследовании оценивали следующие параметры:

- наличие и характер очагов аденомиоза;
- соотношение стромального и железистого компонентов в очагах;
- характер железистого эпителия;
- максимальную глубину железистой инвазии.

Сбор информации осуществлялся с помощью специально разработанной базы данных, позволяющей получать массивы информации.

Надежность диагностических методов (симптомов, данных анамнеза и др.) оценивалась по двум показателям: чувствительности и специфичности. Обработка полученных результатов производилась с использованием методов вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

На стационарном этапе на основании анамнестических данных аденомиоз был заподозрен у 31 из 160 пациенток, что составило $28,1 \pm 3,6\%$ от общего числа обследованных. В том числе во 2-й и 3-й группах – у 23 пациенток ($38,3 \pm 6,3\%$). Из них в 11 случаях ($47,8 \pm 10,4\%$) аденомиоз был гистологически подтвержден. По нашему материалу, чувствительность данных анамнеза в диагностике аденомиоза у пациенток с urgentными негравидарными метроррагиями составила 0,23; специфичность – 0,4.

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

На основании данных объективного обследования, аденомиоз был заподозрен у 36 пациенток ($32,5 \pm 3,7\%$), госпитализированных в экстренном порядке по поводу негравидарной метроррагии. Аденомиоз был подтвержден у 15 ($42,3 \pm 7,2\%$) из них. Доля ложноположительных результатов составила 61,5%. В то же время из 24 пациенток с подтвержденным после гистологического исследования аденомиозом в клинический диагноз он не был вынесен у 20. Таким образом, доля ложноотрицательных результатов составила 82,3%. Чувствительность физикального метода обследования в диагностике аденомиоза составила 0,43; специфичность – 0,72.

При ретроспективном анализе результатов лабораторных исследований достоверных различий по частоте встречаемости анемии в общей выборке и выборке пациенток с аденомиозом выявлено не было ($36,9 \pm 6,3\%$ и $42,9 \pm 13,2\%$ соответственно). Достоверных различий по тяжести анемии в данных выборках также не было обнаружено.

Ультразвуковое исследование при поступлении в стационар было выполнено 51 пациентке ($46,4\%$ от общего числа больных). Гиперпластические процессы эндометрия были обнаружены у 42 ($82,4 \pm 5,4\%$) пациенток, в том числе у 19 в 1-й группе, у 10 – во 2-й и у 13 – в 3-й группе. Миома матки выявлена у 14 пациенток ($27,4 \pm 1,4\%$), сонографические признаки аденомиоза были обнаружены у 11 пациенток ($21,6 \pm 4,4\%$).

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

- неровность границы базального слоя эндометрия (у $82,7 \pm 5,3\%$);
- преобладание толщины задней стенки матки перед передней на 15% и более (у $73,4 \pm 6,2\%$);

- наличие кистозно-расширенных структур в миометрии (у $53,8 \pm 7\%$);
- наличие неоднородной эхогенности миометрия (у $48,6 \pm 6,9\%$).

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

В результате гистологического исследования соскобов эндометрия после фракционного кюретажа полости матки железистая и железисто-кистозная гиперплазии эндометрия были верифицированы у 77 из 110 больных. Полипы эндометрия (железистые, железисто-фиброзные и базальные) гистологически обнаружили у 28 пациентки, причем у 20 из них полипы сочетались с диффузной гиперплазией эндометрия. Лейомиома матки была гистологически выявлена у 12 больных, в том числе в сочетании с гиперплазией эндометрия у 8 из них. Гипопластический тип эндометрия обнаружен у 1 пациентки, секреторный эндометрий – у 3, пролиферативный – у 4.

В ходе выполнения диагностической гистероскопии различные формы гиперплазии эндометрия были обнаружены у 14 ($66,7 \pm 8,6\%$) пациенток, в том числе у 8 ($36,7 \pm 8,8\%$) – полипы эндометрия. Во всех случаях гистероскопические заключения были подтверждены гистологически. Расхождения клинических и гистологических диагнозов у 4 больных не имели принципиального значения и касались гистологической структуры полипов эндометрия (базальный, железисто-фиброзный, железистый).

Интрамурально-субмукозные и субмукозные узлы миомы матки были обнаружены у 4 ($13,3 \pm 5,5\%$) пациенток. В том числе узлы 0 типа – у 2-х из них, узел 1 типа – у 1, 2 типа – у 1. После гистологического исследования материала у 1 из этих пациенток диагноз субмукозной миомы не подтвержден, а гистологически верифицирована подслизистая аденомиома. Внутриматочные синехии I степени выявлены у 1 больной.

Признаки аденомиоза были обнаружены у 11 пациенток, а именно:

- 1) эндометриоидные ходы в виде глазков темно-синюшного цвета или открытые, кровоточащие (визуализация была возможна только на фоне атрофии эндометрия и незначительного кровотечения) – у 5 ($45,5 \pm 15,7\%$) пациенток (чувствительность в диагностике аденомиоза – 0,53; специфичность – 0,15);
- 2) неровный рельеф стенок полости матки в виде продольных или поперечных хребтов или разволокненных мышечных волокон – у 9 ($81,8 \pm 12,2\%$) пациенток (чувствительность в диагностике аденомиоза 0,3; специфичность – 0,08);
- 3) выбухания стенок полости матки различной величины без четких контуров, на поверхности которых могли визуализироваться эндометриоидные ходы, открытые или закрытые – у 3 ($27,3 \pm 14,1\%$) пациенток (чувствительность в диагностике аденомиоза – 0,13; специфичность – 0,08).

В целом чувствительность гистероскопии в диагностике аденомиоза составила 0,4, специфичность – 0,32. Анализ полученных данных позволил предположить, что низкая информативность гистероскопии у обследованных нами больных была связана с частым сочетанием аденомиоза и гиперплазии эндометрия, а также с тем, что манипуляции производились на фоне продолжающегося маточного кровотечения. Выполнение гистероскопии после кюретажа полости матки было неинформа-

тивним по причине развития выраженного отека и имбибирования кровью базального слоя эндометрия. Совпадение сонографически и гистероскопически-негативных форм аденомиоза отмечено у $87,5 \pm 6,5\%$ больных.

При анализе эффективности щипковой биопсии эндомиометрия в диагностике состояния эндометрия совпадение морфологических заключений по биоптатам и соскобам имело место в $65,4 \pm 15,9\%$ случаев. Отмечена гиподиагностика полипов эндометрия (доля ложноотрицательных результатов $13,6 \pm 1,7\%$). Чувствительность щипковой биопсии эндомиометрия в диагностике патологии эндометрия составила $0,82$, специфичность – $0,46$.

При анализе эффективности данной биопсийной технологии для выявления аденомиоза было установлено, что применение щипковой биопсии с целью верификации аденомиоза нецелесообразно по следующим причинам:

- недостаточный объем получаемого материала (в среднем $0,125 \text{ см}^3$);
- недостаточная глубина захвата тканей (1–2 мм), что не позволяет исключить физиологическую инвагинацию эндометрия.

Таким образом, изолированное применение щипковой биопсии эндомиометрия под гистероскопическим контролем у женщин с УНМ нецелесообразно ввиду низкой специфичности метода и невозможности верификации аденомиоза.

При анализе результатов резекционной биопсии эндомиометрия было установлено, что, несмотря на использование максимально возможной мощности электрического тока, в 8 из 10 случаев гистологическое исследование было неинформативным ввиду теплового разрушения препаратов, что абсолютно неприемлемо. Учитывая низкое качество препаратов, использование резекционной гистероскопической биопсии эндомиометрия с целью диагностики причин развития УНМ можно считать нецелесообразным.

При анализе результатов трансцервикальной мультифокальной пункционной биопсии эндомиометрия (ТМПБ) были получены следующие данные. Выполнение ТМПБ существенно не влияло на общее время оперативного вмешательства, удлиняя его продолжительность в среднем на 2,5 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Число койко-дней и объем проводимой терапии в исследуемых группах не отличались.

При патоморфологическом исследовании диагноз аденомиоза выставляли на основании визуализации эндометриодных гетеротопий в толще миометрия при обнаружении железистого или стромального компонентов, либо при их сочетании. По нашим данным, из 60 обследованных пациенток у 35 ($58,3 \pm 6,4\%$) была выявлена железистая инвазия в миометрий. Во 2-й группе аденомиоз был гистологически обнаружен у 15 пациенток ($50 \pm 9,1\%$), в 3-й – у 20 пациенток ($66,7 \pm 8,6\%$). Единичные эндометриальные железы в препаратах эндомиометрия были обнаружены у 11 ($31,4 \pm 7,8\%$) пациенток с подтвержденным аденомиозом. Эндометриальные железы и цитогенная строма в препаратах были выявлены у 13 ($37,1 \pm 8,2\%$). Цитогенная строма в толще миометрия была обнаружена в препаратах у 11 ($31,4 \pm 7,8\%$).

Сочетание аденомиоза с различными формами гиперплазии эндометрия выявлено в $85,3 \pm 6\%$ наблюдений, с интрамурально-субмукозной и субмукозной лейомиомой – в $25,7 \pm 15,4\%$. Гипопластический эндометрий у больных с подтвер-

жденным аденомиозом выявлен у $8,8 \pm 4,9\%$ из них, пролиферативный эндометрий – у $5,9 \pm 4,0\%$. При выявлении признаков аденомиоза оценивали глубину максимальной железистой инвазии в миометрий, на основании чего было выявлено, что в $27,9 \pm 7,6\%$ случаев аденомиоз был поверхностным, в остальных случаях – глубоким.

При сопоставлении данных гистологического исследования соскобов эндометрия и биоптатов эндомиометрия были получены следующие данные. Совпадение гистологических заключений имело место у 18 ($90,0 \pm 6,9\%$) пациенток. У 2 пациенток по результатам биопсии эндомиометрия не были выявлены полипы эндометрия. Таким образом, чувствительность 6-точечной трансцервикальной биопсии эндомиометрия в выявлении состояния эндометрия составила $0,86$, специфичность – $0,85$.

При анализе различий структуры патологии эндо- и миометрия при УНМ в репродуктивном и перименопаузальном периодах выявлено, что достоверные различия по данному критерию в исследуемые возрастные периоды выявляются только по аденомиозу, который в большем проценте случаев обнаруживается у пациенток перименопаузального возраста ($41,0 \pm 7,9\%$ и $67,7 \pm 8,4\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Анализ результатов всех выполненных трансцервикальных пункционных биопсий эндомиометрия с целью верификации морфологического диагноза при УНМ позволил предположить, что частота аденомиоза у женщин, страдающих УНМ, достигает $58,3 \pm 6,4\%$.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что усовершенствованный алгоритм диагностики аденомиоза при оказании экстренной специализированной помощи дает возможность уже при первичной госпитализации верифицировать аденомиоз у $93,8 \pm 6,0\%$ пациенток с этой патологией. Достоверная диагностика аденомиоза в условиях стационара по оказанию экстренной помощи, в том числе на ранних стадиях развития процесса (у $25,6 \pm 10,9\%$ пациенток) позволяет своевременно и обоснованно выбрать рациональную лечебную тактику.

Сучасні аспекти діагностики аденоміозу в різні вікові періоди П. М. Прудніков

Результати проведених досліджень свідчать, що вдосконалений алгоритм діагностики аденоміозу при наданні екстреної спеціалізованої допомоги дає можливість вже при первинній госпіталізації верифікувати аденоміоз у $93,8 \pm 6,0\%$ пацієнток з цією патологією. Достовірна діагностика аденоміозу в умовах стаціонару по наданню екстреної допомоги, у тому числі на ранніх стадіях розвитку процесу (у $25,6 \pm 10,9\%$ пацієнток) дозволяє своєчасно і обґрунтовано вибрати раціональну лікувальну тактику.

Ключові слова: аденоміоз, діагностика, оптимізація.

Modern aspects of diagnostics of adenomyose during the various age periods
P.M. Prudnikov

Results of the spent researches testify that the advanced algorithm of diagnostics of adenomyose at rendering of the emergency specialised help gives the chance to verify already at primary hospitalisation adenomyose at 93,8±6,0% of patients with this pathology. Authentic diagnostics adenomyose in the conditions of a hospital on rendering of the emergency help, including at early stages of development of process (at 25,6±10,9% of patients) allows in due time and prove to choose rational medical tactics.

Key words: adenomyose, diagnostics, optimisation.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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., 1997. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО Книга-плюс, 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф., Повзун С.А., Фридман Д.Б. Анализ эффективности способов получения биопатов для гистологической верификации аденомиоза // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LIV, Вып. 4. – С. 37–39.

УДК 618.14-007.415;611.664

Патология эндометрия – как причина нарушений репродуктивной функции

В.И. Бойко, В.Ю. Радько

Медицинский институт Сумского государственного университета
 МОН Украины

Анализ математико-статистических взаимосвязей позволил выявить наличие связей между результатом вспомогательных репродуктивных технологий и различными анамнестическими данными, уровнем рецепторов к половым гормонам, а также их концентрациями в периферической крови. Полученные данные могут служить обоснованием критериев способности имплантации эндометрия и свидетельствуют о необходимости динамических исследований гормонального статуса пациенток, уровней рецепторов в эндометрии к половым гормонам. Очевидно, что сопоставление этих факторов с данными анамнеза должны осуществляться при проведении комплекса мероприятий по подготовке эндометрия в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: женское бесплодие, патология полости матки.

Частота бесплодного брака по данным отечественных и зарубежных исследователей составляет от 10% до 20% [1–6]. В структуре женского бесплодия маточный фактор с каждым годом занимает более высокое место и достигает 20–30% [3, 4].

Благодаря широкому использованию современных эндоскопических технологий в современной репродуктологии повышается эффективность диагностики и соответственно лечения разной внутриматочной патологии: гиперпластические процессы и полипы эндометрия, хронический эндометрит и внутриматочные синехии [5, 6]. Особенно это касается пациенток с сочетанными вариантами бесплодия, которым рекомендуют широкий спектр лечебно-профилактических мероприятий в течение длительного времени [1–6].

В последние годы в Украине широко используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), в том числе и при женском бесплодии разного генеза, к которому относится и маточный фактор бесплодия [3, 4]. При этом эффективность ВРТ остается не всегда высокой, что позволяет выделить пациенток после неудачных попыток ВРТ, ведение которых вызывает определенные трудности не только из медицинской, но и из психологической точки зрения [6].

В связи с изложенным выше представляет значительный интерес изучения особенностей проведения ВРТ у пациенток этой группы.

Цель исследования: повышение эффективности восстановления репродуктивной функции у женщин после неудачных попыток ВРТ на основе изучения у них клинико-функциональных, эндокринологических и эндоскопических особеннос-

тей состояния эндометрия, а также разработки и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования было проведено комплексное обследование 130 пациенток с сочетанными факторами бесплодия, у которых было установлено преобладание одного основного фактора.

В 1-ю группу вошли 50 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия.

2-ю группу составляли 30 пациенток с эндокринными факторами бесплодия.

3-ю группу составляли 30 пациенток с эндометриозом.

4-ю группу (сравнения) составляли 20 женщин с бесплодием в браке, обусловленным мужским фактором.

Критериями включения пациенток в первую, вторую и третью группы были установленный фактор бесплодия, подтвержденный клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования, а также:

- возраст 29–39 лет;
- наличие в анамнезе не менее 2 (от 2 до 9) неудачных попыток ВРТ при перенесении в полость матки не менее двух эмбрионов «хорошего» качества.

Критерии включения пациенток в четвертую группу (сравнение):

- возраст 30–36 лет;
- проходимость маточные трубы;
- отсутствие генитальной патологии;
- регулярный менструальный цикл;
- наличие доминантного фолликула;
- толщина эндометрия >9 мм, трехслойная структура;
- концентрация гонадотропинов (ЛГ, ФСГ) и эстрогена (Э2) на 5–7-й день менструального цикла в пределах нормы;
- концентрация прогестерона (П) в лютеиновую фазу >20 нмоль/л.

В 1-ю группу вошли пациентки в возрасте от 37 до 39 лет, во 2-ю группу – от 29 до 32 лет, в 3-ю группу – от 32 до 34 лет. Средний возраст пациенток в группах наблюдений и сравнения достоверно различался с преобладанием показателя в 1-й группе ($p < 0,05$).

Все методы исследования проводили в соответствии с нормативными документами и приказами МЗ Украины.

В комплекс проведенных исследований мы включали клинические, эхографические, эндоскопические, морфологические, эндокринологические, микробиологические и статистические.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что длительность течения бесплодия у женщин с неудачными попытками вспомогательных репродуктивных технологий составляет $6,5 \pm 0,6$ года с преобладанием вторичного бесплодия по сравнению с первичным – 58,0% и 42,0% соответственно.

У пациенток после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий суммарная частота патологии эндометрия составила 97,3%, причем в

структуре преобладали аденомиоз (39,0%); полипы эндометрия (24,5%); хронический эндометрит (21,8%) и внутриматочные синехии (12,0%).

Отсутствие и/или понижение экспрессии рецепторов прогестерона и эстрадиола желез и стромы эндометрия у пациенток после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий имело место в 56,5% случаев, а в самом эндометрии – в 30,0% наблюдений.

Пациенток после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий в зависимости от патологии эндометрия и результатов дополнительных методов исследований необходимо разделять на следующие подгруппы:

- пациентки с гиперпластическими процессами и полипами эндометрия;
- пациентки с хроническим эндометритом;
- пациентки с недостаточной секреторной трансформацией эндометрия.

Выбор программы вспомогательных репродуктивных технологий должен осуществляться в зависимости от предыдущих результатов неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий с учетом чувствительности к гормональной терапии и овариальному резерву.

Суммарная эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток после неудачных предыдущих попыток составила 17,3%, причем при трубно-перитонеальном бесплодии – 19,0%; при эндометриозе – 16,7% и при эндокринном – 13,3% соответственно.

Оценка взаимосвязи позитивного эффекта вспомогательных репродуктивных технологий с гормональным фактором свидетельствует о наличии негативных связей умеренной силы с концентрацией фолликулостимулирующего гормона ($r = -0,42$) и с содержанием гормонов пролактину ($r = -0,39$) и трийодтиронина свободного ($r = -0,31$) в периферической крови. Связь наступления беременности с уровнем эстрадиола была достоверной, однако слабой ($r = 0,28$).

Позитивный эффект вспомогательных репродуктивных технологий положительно коррелировал с уровнем экспрессии рецепторов прогестерона в строме эндометрия ($r = 0,23$), однако корреляции со всеми другими показателями экспрессии рецепторов эндометрия к стероидным гормонам были прямыми и умеренной силы: с рецепторами прогестерона в эпителии – $r = 0,42$, рецепторами эстрадиола в строме – $r = 0,32$ и в эпителии эндометрия – $r = 0,40$.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать следующие моменты:

- алгоритм ведения и лечения пациенток с бесплодием и неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий должен состоять из нескольких этапов:

I этап: комплексное клинико-лабораторное и иммуногистохимическое обследование;

II этап: адекватная подготовка супружеской пары к реализации программ вспомогательных репродуктивных технологий; с выбором оптимальной программы стимуляции суперовуляции и получением достаточного количества зрелого ооцита; с обеспечением оптимальных условий дробления оплодотворенных яйцеклеток; адекватной гормональной подготовки эндометрия к nidации яйцеклетки и выбору времени переноса эмбриону;

III етап: підтримка лютеїнової фази менструального циклу з ранніх термінів вагітності.

- повторні гістероскопії слід виконувати після лікування діагностованої патології матки і ендометрія:

- при атипичній гіперплазії – агоністи гонадотропінів;

- при аденоміозі – агоністи гонадотропінів і гестагени;

- при гіпоплазії ендометрія – гомеопатична терапія, вітаміни і біостимулятори.

- з метою контролю за ефективністю проведених лікувальних заходів необхідно використовувати динамічне клініко-ехографічне, ендокринологічне і імуногістохімічне дослідження.

Выводы

Таким чином, аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів по половим гормонам, а також концентраціями гормонів в периферическій крові. По нашому мнению, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв спроможності вживлення ендометрія, і свідчать про необхідність дослідження динаміки гормонального статусу пацієнток, рівней рецепторів в слизовій оболонці ендометрія к стероїдним гормонам. Очевидно, що урахування цих факторів разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексних заходів по підготовці ендометрія в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Патологія ендометрія – як причина порушень репродуктивної функції V.I. Boyko, V.Yu. Radko

Аналіз математико-статистичних взаємозв'язків дозволив виявити наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів по статевих гормонів, а також концентраціями гормонів в периферическій крові. На нашу думку, отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія, і свідчать про необхідність дослідження динаміки гормонального статусу пацієнток, рівней рецепторів в слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Очевидно, що облік цих чинників разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексу заходів по підготовці ендометрія в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: жіноче безпліддя, патологія порожнини матки.

Pathology of endometrium – as the reason of infringements of reproductive function

V.I. Boyko, V.Ju. Radko

The analysis of mathematical-statistical interrelations has allowed to reveal presence of communications between result auxiliary reproductive technologies and various anamnesis data,

level of receptors to sexual hormones, and also their concentration in peripheral blood. On our opinion the obtained data can serve me as a substantiation of criteria of ability of implantation of endometrium and testify to necessity of dynamic researches of the hormonal status of patients, levels of receptors in endometrium to sexual hormones. It is obvious, that comparison of these factors to anamnesis data should be carried out at carrying out of a complex of actions for preparation endometrium in the program auxiliary reproductive technologies.

Key words: female barrenness, pathology of a cavity of a uterus.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. Генітальний ендометриоз і безпліддя: IVF или хірургія? / Е.В. Коханевич, І.А. Судома, О.А. Берестової [і др.] // Вісн. акушерів-гінекологів України. – 2007. – № 2. – С. 24–34.
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, 2009. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Грищенко В.І. Імуноморфологічні порушення імплантационного ендометрія в проблемі лікування ендокринного безпліддя у жінок / В.І. Грищенко, А.М. Феськов, І.А. Федькова // Міжнарод. мед. журнал. – 2007. – № 3. – С. 57–59.
5. Данкович Н.А. Проблема безпліддя і пути ее рішення / Н.А. Данкович // Сімейна медицина. – 2005. – № 1. – С. 10–13.
6. Дубоссарская З.М. Ендокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2006. – № 1. – С. 39–45.

УДК 618.14+618.15]-073.48

Роль сучасного ультразвукового дослідження в своєчасній діагностиці аномалій розвитку матки і піхви

А.П. Садовий

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

Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукова ехографія дозволила виявити природжені аномалії розвитку матки і піхви в 89,4%, встановити їх форму у 51,8% дівчаток-підлітків. Найчастіше встановлена часткова аплазія піхви при функціонуючій матці і повна аплазія матки і піхви (82,1%), подвоєння матки і піхви (79,2%), рідше – однорога матка з додатковим рудиментарним рогом (40,0%). Великі труднощі виникли в диференціальній діагностиці між внутрішньоматковою перегородкою і дворогою маткою. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: аномалії розвитку матки і піхви, ехографічна діагностика.

Природжені аномалії розвитку (ПАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання [1–3]. Клінічні прояви ПАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовим болем [2, 3]. При ПАР з порушенням відтоку менструальної крові у 80% випадків зустрічається спайковий процес малого таза і ендометріоз [1, 2].

Не дивлячись на значне число сучасних діагностичних методик, первинним є клінічний огляд і ретельний збір анамнезу, що дозволяє своєчасно ставити питання про необхідність додаткових методів дослідження. Серед основних додаткових методів дослідження останніми роками найбільш ефективною і прийнятною є ехографія.

У роботі використана класифікація вад розвитку матки і піхви Л.В. Адамян і А.З. Хашукоєвої (2008).

Мета дослідження: вивчення можливостей ехографічної діагностики ПАР матки і піхви.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 91 дівчинку і дівчину у віці 10–18 років з ПАР матки і піхви (1-а група).

Залежно від форми ПАР матки і піхви в 1-й групі виділено 5 підгруп:

- підгрупа 1.1 – 17 пацієнток з аплазією піхви, з них з повною аплазією піхви і матки – 3, з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці – 14, у тому числі: з аплазією верхньої третини піхви – 3, середньої третини – 5 і нижньої третини – 6;

- підгрупа 1.2 – 24 дівчинки-підлітки з повним подвоєнням матки і піхви, з них 16 без порушення відтоку менструальної крові і 8 з частково аплазованою однією піхвою;

- підгрупа 1.3 – 14 дівчаток-підлітків з однорогою маткою, з них 3 – з рудиментарним рогом, що поєднується з порожниною основного рогу і 11 – із замкнутим рудиментарним рогом;

- підгрупа 1.4 – 15 дівчаток-підлітків з внутрішньоматковою перегородкою: 7 – з повною і 8 – з неповною внутрішньоматковою перегородкою;

- підгрупа 1.5 – 15 дівчаток-підлітків з дворогою маткою, з них 7 – зі сідловидною, 3 – з неповною і 5 – з повною формою.

У 6 дівчаток-підлітків з хронічним тазовим болем під час проведення лапароскопії і гістероскопії, у зв'язку з порушенням менструального циклу, виявлено природжене однобічно укорочення зв'язкового апарату матки з її латеропозицією. Цей вид пороку на справжній момент включений в МКХ-10 (2005).

У анамнезі детально з'ясували перенесені гострі і хронічні екстрагенітальні захворювання, вік настання менархе, порушення менструальної функції (тривалість, ритм, хворобливість) і характер її становлення, перенесені гінекологічні захворювання, оперативні втручання на органах статеві системи і їх об'єм, кількість вагітностей, їх результат.

Оцінювали загальний стан дівчаток і підлітків: зріст, маса тіла з визначенням індексу маси тіла, ступінь статевого розвитку і його відповідність росту. При клінічному обстеженні оцінювали стан шкірних покривів, периферійних лімфатичних вузлів, розвиток підшкірно-жирової клітковини, щитоподібної залози, температуру тіла, дихальності і серцево-судинної системи (артеріальний тиск, пульс), форму живота, хворобливість при пальпації, наявність симптомів подразнення очеревини.

Гінекологічний статус вивчали при огляді зовнішніх статевих органів (ступінь розвитку, розташування уретри, тип оволошіння, стан клітора і невинної плівки). При ректоабдомінальному дослідженні уточнювали розташування матки в малому тазу, її форму, наявність об'ємних утворень і хворобливість в області придатків. У дівчаток, що живуть статевим життям, проводили огляд в дзеркалах і вагінально-абдомінальне дослідження.

Ехографічне дослідження у дівчаток і підлітків проводили із застосуванням методики наповненого сечового міхура, у планових хворих – після попередньої підготовки. Зображення сечового міхура застосовувалося за еталон зображення кістозного утворення, необхідного для диференціювання щільних і рідких структур. Сканування здійснювалося переміщенням перетворювача по передній стінці нижньої частини живота подовжно і поперечно. При подовжному скануванні визначалося положення матки, оцінювалася її внутрішня структура, вимірювалася довжина і передньо-задній розмір. При поперечному скануванні визначали ширину матки і розміри яєчників, їхню внутрішню структуру, звукопровідність.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток 1-ї групи склав $15,9 \pm 0,5$ року. При вивченні вікового складу дівчаток по підгрупах достовірної різниці не наголошувалося. Кількість дівчаток з аплазією піхви (підгрупа 1.1) у віці 10–14 років і 15–18 років була однаковою, в останніх підгрупах переважав вік 15–18 років.

Аномалії розвитку сечовидільної системи виявлені у 34 (40,0%) пацієнток. Найбільш рідко (11,8%) ця патологія зустрічалася у дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці і частіше (78,6%) – з однорогою маткою і додатковим рудиментарним рогом ($p < 0,01$). У 16 (18,8%) пацієнток виявлена аплазія нирки. У 8 (100%) дівчаток з частковою аплазією однієї піхви при подвоєнні матки (підгрупа 1.2) виявлена аплазія нирки з боку аплазованої піхви. З 16 пацієнток цієї підгрупи без порушення відтоку менструальної крові лише в однієї виявлена ПАР сечовидільної системи у формі подвоєння нирки. З 14 дівчаток з однорогою маткою у 5 (35,7%) наголошувалася аплазія нирки на стороні рудиментарного рогу. Дистопія нирки в цій підгрупі на стороні основного і рудиментарного рогу, а також подвоєння єдиної нирки зустрілися по 1 випадку. Подвоєння чашечно-мискової системи (ЧМС) (2 випадки) було на стороні основного рогу. З 15 пацієнток з внутрішньоматковою перегородкою (підгрупа 1.4) лише у 3 (20,0%) виявлена аномалія розвитку у формі подвоєння ЧМС і дистопії нирки. У пацієнток з двоорогою маткою (підгрупа 1.4) аплазія нирки наголошувалася в 3 (20,0%) випадках, з них в одному при симетричному пороку у дівчинки з неповною формою внутрішньоматкової перегородки і в 2 – при асиметричній ваді на боці меншого рогу у дівчаток з повною формою двоорогої матки. У дівчаток з природженим укороченням зв'язкового апарату матки аномалії сечовидільної системи не виявлені.

У 1-й групі гінекологічне дослідження під час вступу проведено усім, ректоабдомінальне – 54, вагінально-абдомінальне – 37 пацієнткам. У 3 дівчаток-підлітків з аплазією матки і піхви (1.1 підгрупа) при гінекологічному дослідженні виявлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, обволосіння за жіночим типом. Переддвер'я піхви у вигляді невинної пльви з невеликим поглибленням. При ректоабдомінальному дослідженні: матка в типовому місці не визначалася, в малому тазу пальпувався поперечний тяж, придатки не визначалися.

Отже, результати проведених клінічних досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пацієнток. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений.

Ехографічне дослідження органів малого тазу проведено у 85 дівчаток і підлітків з ПАР матки і піхви, з них в 76 (89,4%) виявлені різні вади, в 44 (51,8%) встановлена форма ПАР, і в 9 (10,6%) ПАР не виявлена. У 6 дівчаток з укороченням зв'язкового апарату матки і її латеропозицією при ехографічному дослідженні патології не виявлено. Найбільші складнощі при ехографічній діагностиці складала пацієнтки підгруп 1.3, 1.4, 1.5.

Ехографічна картина в підгрупі 1.1 дівчаток з вираженими клінічними даними дозволила виявити ПАР матки і піхви у всіх, при цьому встановити форму – у 14 (82,1%) дівчаток і підлітків. У 3 дівчаток з повною аплазією матки і піхви матка у вигляді одного м'язового валика розмірами $2,0 \times 1,0 \times 0,5$ см була в 2 і в 1 – двох м'язових валиків однакових розмірів $1,5 \times 1,0 \times 1,0$ см, розташованих симетрично. Розміри яєчників у цих дівчаток відповідали віку з добре вираженими премордіальними фолікулами, в однієї з них діагностовано жовте тіло.

З 14 дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці (підгрупа 1.1) в 9 матка візуалізувалася, розміри тіла матки відповідали віку ($14,8 \pm 1,3$ року). Товщина ендометрія склала $6,0 \pm 3,2$ мм. Кіста яєчника виявлена у 1 пацієнтки. В 11 з 14 дівчаток візуалізувалося утворення з дрібнодисперсною суспензією, що розцінювалося як гематокольпос. Гематометра виявлена у 5 пацієнток з аплазією верхньої і середньої третини піхви по розширенню порожнини матки до 1–2 см і наявності гематосальпінксу в 1 випадку у дівчинки з частковою аплазією верхньої третини піхви.

З 24 дівчаток з повним подвоєнням матки і піхви ПАР виявлена в 22 (91,7%), форма ПАР встановлена в 19 (79,2%), не виявлена у 2 (8,3%) дівчаток. У 8 дівчаток встановлена часткова гіпоплазія однієї піхви, з них в 4 на ехограмі спостерігався гематокольпос і в 1 – гематометра. Гіпоплазія матки на боці аплазованої піхви виявлена у 2 дівчаток.

З 14 пацієнток підгрупи 1.3 (однорога матка з рудиментарним додатковим рогом) ПАР виявлена в 11 (78,6%), форма ПАР встановлена в 3 (21,4%). На ехограмі додатковий рудиментарний ріг спостерігався у вигляді утворення, прилеглого до матки, і розцінювався як двоорога матка (4) і подвоєння матки (2). У 1 випадку діагностований перекут маткової труби на стороні рудиментарного рогу.

З 15 дівчаток і підлітків з внутрішньоматковою перегородкою ехографічно ПАР виявлена у всіх. Форма ПАР встановлена лише в 2 (13,3%). По ехографічній картині у 6 пацієнток передбачалася двоорога матка.

З 15 дівчаток і підлітків з двоорогою маткою ПАР виявлена в 11 (73,3%). Форма ПАР встановлена в 6 (40,0%). З 7 пацієнток з сідлоподібною формою двоорогої матки, в 3 встановлена ця форма ПАР.

У пацієнток з повним подвоєнням матки і піхви розміри правої і лівої матки, товщина ендометрія і об'єм яєчників достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). Об'єм яєчників у обстежуваних дівчаток відповідав віковій нормі. У пацієнток підгруп 1.3, 1.4 і 1.5 виявлена кіста яєчника по 1 випадку і параоваріальна кіста у дівчинки з внутрішньоматковою перегородкою.

ВИСНОВКИ

Таким чином, ультразвукова ехографія дозволила виявити ПАР матки і піхви в 89,4%, встановити форму ПАР у 51,8% дівчаток-підлітків. Найчастіше встановлена часткова аплазія піхви при функціонуючій матці і повна аплазія матки і піхви (82,1%), подвоєння матки і піхви (79,2%), рідше – однорога матка з додатковим рудиментарним рогом (40,0%). Великі труднощі виникли в диференціальній діагностиці між внутрішньоматковою перегородкою і двоорогою маткою. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Роль современного ультразвукового исследования в своевременной диагностике аномалий развития матки и влагалища

А. П. Садовой

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ультразвуковая эхография позволила выявить врожденные аномалии развития матки и влагалища у 89,4%, установить их форму у 51,8% девочек-подростков. Наиболее часто установлена частичная

аплазия влагалища при функционирующей матке и полная аплазия матки и влагалища (82,1%), удвоение матки и влагалища (79,2%), реже – однорогая матка с добавочным рудиментарным рогом (40,0%). Большие трудности возникли в дифференциальной диагностике между внутриматочной перегородкой и двурогой маткой. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: аномалии развития матки и влагалища, эхографическая диагностика.

Role of modern ultrasonic research in timely diagnostics of anomalies of development of a uterus and a vagina

A.P. Sadovoj

Results of the spent researches testify, that ultrasonic ehografia has allowed to reveal congenital anomalies of development of a uterus and a vagina at 89,4 %, to establish their form at 51,8 % of girls-teenagers. It is most often established partial aplasia of vaginas at a functioning uterus and full aplasia of uterus and vaginas (82,1 %), uterus and vagina doubling (79,2 %), is more rare – one-horn uterus with an additional rudimentary horn (40,0 %). The big difficulties have arisen in differential diagnostics between intrauterine partition and a two-horned uterus. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of treatment-and-prophylactic actions.

Key words: anomalies of development of a uterus and a vagina, ehografical diagnostics.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.И., Богданова Е.Д. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: Элком, 2009. – 208 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2010. – 332 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.

УДК 618.1-072.1-089.1-06

Оценка различных факторов риска в прогнозировании осложнений после гинекологических эндоскопических операций

А.А. Процепко, Оебанджи Самюель

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

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.

Ключевые слова: спаечный процесс, чревосечения в анамнезе, прогнозирование.

Выполнение лапароскопии у пациенток с чревосечениями в анамнезе, по мнению ряда авторов [1–4] сопровождается высоким риском повреждений внутренних органов. Несовершенство дооперационной диагностики распространенности 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 считается, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости являются серьезным повреждающим фактором, способствующим возникновению спаечной болезни.

По мнению ряда авторов [4] подробно собранный анамнез о перенесенных операциях может дать определенное представление о распространенности спаек. Характер 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 пищеварительного 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 ее 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%.

Цель исследования: изучение основных особенностей лапароскопических операций при наличии у пациенток с различным числом чревосечений в анамнезе для определения прогностических факторов риска развития спаечной болезни брюшной полости.

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:

- 1-ю группу (n=159) составили больные с одним чревосечением в анамнезе после гинекологических операций;
- 2-ю группу (n=99) – женщины с двумя чревосечениями в анамнезе. В этой группе наблюдались гинекологические, хирургические вмешательства или их сочетание;
- 3-ю группу (n=46) – пациентки, 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

Анализируя перенесенные оперативные вмешательства необходимо отметить, что в 1-й группе преобладали операции на придатках (75,5%) по сравнению с операциями на матке (24,5%). Во 2-й группе – помимо операций на придатках (71,9%) и матке (28,1%) имели место аппендэктомия (36,4%) и холецистэктомия (11,1%). В 3-й груп-

пе дополнительно к вышеперечисленным оперативным вмешательствам в каждом втором наблюдении (50,0%) было оперативное лечение разлитого перитонита.

При оценке характера чревосечений, произведенных у обследованных больных, установлено преобладание во всех группах лапаротомии по Пфаненштилю (1-я группа – 67,9%; 2-я – 98,9% и 3-я – 91,3%) и нижнесрединной лапаротомии (1-я группа – 32,1%; 2-я – 53,5% и 3-я – 43,5%) по сравнению с разрезом по Волковичу-Дьяконову (2-я группа – 36,4% и 3-я – 60,0%) и верхнесрединной лапаротомией (2-я группа – 6,9% и 3-я – 10,9%).

На начальном этапе нашей работы мы не имели достоверных данных о выраженности и локализации спаек в брюшной полости в зависимости от количества и объема предшествовавших операций, характера хирургического доступа и особенностей послеоперационного периода в анамнезе.

На основании полученных результатов была получена возможность обобщить и сделать попытку прогнозирования вероятности развития послеоперационных сращений в брюшной полости.

Мы предполагали, что распространенность сращений между передней брюшной стенкой и внутренними органами брюшной полости могла иметь связь с количеством перенесенных операций.

Полученные данные свидетельствуют о том, что более чем у половины пациенток с чревосечениями в анамнезе, спаек между передней брюшной стенкой и внутренними органами не было обнаружено. Следует отметить, что почти 2/3 из них были женщины с одним вмешательством в прошлом, 1/3 больных с двумя лапаротомиями, в то время как среди пациенток 3-й группы только в единичных наблюдениях не было выявлено спаек в брюшной полости.

Спаечный процесс легкой степени преобладал у пациенток с одним и двумя чревосечениями в анамнезе, а у женщин с тремя и более вмешательствами и после перитонита были выявлены наиболее выраженные сращения в брюшной полости.

Чрезвычайно важным аспектом для безопасного выполнения лапароскопии являлась оценка вовлечения в спаечный процесс с париетальной брюшиной петель кишечника.

Полученные результаты свидетельствуют, что даже у пациенток с одним чревосечением в анамнезе были выявлены спайки между кишечником и передней брюшной стенкой. Среди женщин с двумя хирургическими вмешательствами в прошлом вероятность подобных сращений оказалась выше почти в 3 раза по сравнению с 1-й группой. В то же время более чем у половины пациенток 3-й группы имели место спайки между париетальной брюшиной передней брюшной стенки и петлями кишечника. Это обстоятельство, естественно, является достоверным подтверждением чрезвычайно высокого риска повреждений кишечника при лапароскопическом вхождении в брюшную полость у пациенток с тремя и более чревосечениями в анамнезе и после перитонита.

На возникновение спаечного процесса оказывало влияние и особенности течения послеоперационного периода в анамнезе. К таковым у пациенток 1-й и 2-й группы отнесли осложнения со стороны послеоперационной раны с ее последующим заживлением вторичным натяжением и послеоперационная лихорадка. У больных 3-й группы, кроме перечисленных осложнений, был отмечен послеопера-

ционный парез кишечника, а также проводились повторные вмешательства в раннем послеоперационном периоде.

По нашим данным неблагоприятное течение послеоперационного периода оказывало влияние на вероятность возникновения сращений в брюшной полости. Так, среди 22 женщин с одним чревосечением и осложнениями послеоперационного периода в анамнезе сращения были обнаружены в 45,5% наблюдений. Во 2-й и 3-й группах этот показатель составил соответственно 75,9% и 93,54%. Это обстоятельство позволяет отнести отклонения от нормального течения послеоперационного периода в прошлом к прогностически неблагоприятным факторам возникновения спаек в брюшной полости.

Чрезвычайно интересным представляется зависимость возникновения спаечного процесса в брюшной полости от характера хирургического доступа. Полученные данные наглядно демонстрируют, что нижнесрединная лапаротомия приводит к возникновению сращений в брюшной полости чаще, чем чревосечение по Пфанненштилю.

У женщин с двумя чревосечениями в анамнезе мы попытались выявить закономерности между сочетаниями хирургических разрезов и выраженностью спаек в брюшной полости.

Полученные данные позволили выявить прогностически благоприятные сочетания разрезов и, наоборот, в большей степени приводящие к возникновению спаек в брюшной полости.

Наиболее благоприятным оказалось сочетание чревосечения по Пфанненштилю с разрезом по Волковичу-Дьяконову. Так, из 26 пациенток с поперечным надлобковым разрезом и по Волковичу-Дьяконову сращения внутренних органов были обнаружены только у 30,8%, при этом у большинства из них спаечный процесс соответствовал легкой степени. Среди 38 больных с двумя чревосечениями по Пфанненштилю в анамнезе спайки между кишечником, сальником и передней брюшной стенкой выявлены в 39,5% наблюдений. Из них только у 6 (6,1%) спаечный процесс соответствовал тяжелой степени.

У пациенток с нижнесрединной лапаротомией и другими доступами сращения внутренних органов с париетальной брюшиной наблюдались у 66,7%. Наиболее неблагоприятными оказались сочетания «нижнесрединная + нижнесрединная» и «нижнесрединная + верхнесрединная» лапаротомия.

Среди 11 больных с различными сочетаниями верхнесрединной лапаротомии спайки были обнаружены у всех пациенток. Из них у 6 женщин отмечен спаечный процесс I–II степени, у 5 – III–IV.

Данные, отражающие вовлечение сальника и кишечника в спайки с передней брюшной стенкой в зависимости от сочетания хирургических доступов у пациенток с двумя чревосечениями в анамнезе свидетельствуют, что наиболее часто сращения кишечника с париетальной брюшиной были отмечены у пациенток, имевших в анамнезе сочетание верхнесрединной лапаротомии с другими разрезами или двумя нижнесрединными чревосечениями.

Полученные данные свидетельствуют, что три и более чревосечения в анамнезе независимо от характера сочетания разрезов практически во всех наблюдениях приводили к возникновению спаечного процесса в брюшной полости. У 4

из 5 пациенток, не имеющих сращения между передней брюшной стенкой и внутренними органами, в анамнезе отмечено сочетание разреза по Волковичу-Дьяконову с двумя чревосечениями по Пфанненштилю.

Учитывая значительную вариабельность возможных сочетаний разрезов, затруднительно определить наиболее прогностически неблагоприятную комбинацию. Однако очевидно, что срединная лапаротомия, произведенная по поводу перитонита, всегда является причиной развития спаечного процесса в брюшной полости. Так, у всех пациенток с операциями по поводу перитонита в анамнезе констатирован спаечный процесс III–IV степени. Тяжелая степень спаечного процесса во всех наблюдениях так же была выявлена у пациенток с наличием верхнесрединной лапаротомии в сочетании с другими разрезами.

Нами установлено, что вовлечение петель кишечника в спайки с париетальной брюшиной не зависело от сочетания разрезов и наблюдалось более чем у половины пациенток 3-й группы. При этом спайки между петлями кишечника и передней брюшной стенки были отмечены во всех наблюдениях у пациенток с 4-мя чревосечениями в анамнезе, при наличии верхнесрединной лапаротомии в сочетании с другими разрезами, а также у больных, оперированных ранее по поводу перитонита.

ВЫВОДЫ

Таким образом, 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.

Оцінка різних чинників ризику в прогнозуванні ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій О.О. Процепко, Оебанджі Самюель

Отримані результати дозволили визначити прогностичні чинники ризику виникнення спайкового процесу в черевній порожнині у пацієнток з череворозтинами в анамнезі. До них відносяться: повторні череворозтини, особливо у поєднанні з верхньосерединною лапаротомією; несприятливий перебіг післяопераційного періоду; оперативні втручання з приводу перитоніту. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики виконання лапароскопічних операцій і ведення післяопераційного періоду.

Ключові слова: спайковий процес, череворозтини в анамнезі, прогнозування.

Estimation of various risk factors in forecasting of complications after gynecologic endoscopic operations A.A. Protsepkо, Oebandzhi Samjuel

The received results have allowed to define forecasting risk factors of occurrence of adhesive process in a belly cavity at patients with laparotomy in the anamnesis. Them concern: repeated laparotomy, especially in a combination with upmedium laparotomy; an adverse current of

the postoperative period; operative interventions concerning a peritonitis. The received results are necessary for using by working out of tactics of performance laparoscopic operations and conducting the postoperative period.

Key words: *adhesive process, laparotomy in the anamnesis, forecasting.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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 90-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2011. – 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.

УДК 618.1-089.197.4-072.1-06:616-007.274]-035

Ургентные гинекологические эндоскопические операции и развитие спаечной болезни

А.Н. Сулима

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

Проведен сравнительный анализ ургентных гинекологических операций. Полученные результаты свидетельствуют, что в структуре ургентных гинекологических заболеваний наибольший удельный вес занимают острые ВЗОМТ (41,4%), маточные (31,6%) и внутрибрюшные кровотечения (20,8%), а также нарушение кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (6,2% случаев). Тактика предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода зависит от конкретного варианта генитальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при ведении пациенток с ургентной гинекологической патологией.

Ключевые слова: *гинекологические операции, спаечная болезнь, сравнительные аспекты.*

В последние годы отмечен значительный рост ургентных состояний в гинекологии, потому совершенствование неотложной помощи является одним из приоритетных заданий современной медицины [1–4].

Важность проблемы обусловлена особенностями клинического течения, трудностями ранней диагностики, недостаточно высокой эффективностью традиционных методов лечения, употреблением неадекватных, а в ряде случаев и необоснованных оперативных вмешательств с развитием послеоперационных осложнений [1, 2], приводящих к снижению репродуктивного здоровья женщин, их инвалидизации, а порой и к летальному результату [3, 4]. В связи с этим особенную актуальность представляет изучение сравнительных аспектов лапароскопических операций в ургентной гинекологии при наличии спаечной болезни в малом тазу, что и является целью настоящего научного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен ретроспективный анализ 723 истории болезни женщин с острыми гинекологическими заболеваниями. Проспективное обследование проведено у 200 женщин: 50 пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ); 50 – с маточными кровотечениями; 50 – с внутрибрюшными кровотечениями и 50 – с нарушением кровоснабжения опухолей матки и придатков. У всех 200 пациенток были признаки спаечной болезни малого таза.

При оценке эффективности лечения больных учитывали данные анамнеза, объективного обследования, клинико-лабораторных и функциональных исследований при поступлении, в динамике и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Ретроспективный анализ 723 историй болезни пациенток показал, что среди острых гинекологических заболеваний доминировали острые ВЗОМТ (41,6%), маточные кровотечения (31,3%), внутрибрюшные кровотечения (20,6%), нарушения кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (6,5%).

Возраст пациенток значительно варьировал в зависимости от вида патологии: так, среди женщин с острыми ВЗОМТ и внутрибрюшными кровотечениями преобладали пациентки репродуктивного возраста, среди женщин с маточными кровотечениями – пациентки позднего репродуктивного и перименопаузального периодов. В группе больных с нарушением кровоснабжения опухолей внутренних половых органов четкой возрастной зависимости установлено не было. Акушерско-гинекологический анамнез пациенток с ургентной патологией был отягощен в 68,8% случаев при острых ВЗОМТ, в 68,2% – при нарушении кровоснабжения опухолей внутренних половых органов, в 47,3% и 64,2% – при внутрибрюшных и маточных кровотечениях соответственно. У больных с ВЗОМТ преобладали острый и деструктивный сальпингофориты: пиовар и пиосальпинкс – 34,4% и 43,3%; при внутрибрюшных кровотечениях – внематочная беременность (76,5%).

Большинство пациенток поступили в стационар в экстренном порядке, в 67,2% случаев в удовлетворительном состоянии. Состояние средней тяжести обнаружено у 27,3% больных, тяжелое – в 5,2% случаев. Тяжесть состояния, как правило, была обусловлена наличием выраженной интоксикации (перитонит, пельвиоперитонит) или анемией в результате острой кровопотери. Необходимо отметить, что в последние годы прослеживается тенденция к увеличению количества пациенток, которые поступают в состоянии средней тяжести и тяжелом состоянии.

Анализ жалоб, которые предъявляются больными при поступлении в стационар, показал, что клинические проявления острых ВЗОМТ и нарушения кровоснабжения опухолей внутренних половых органов в большинстве случаев характеризовались преобладанием болевого и интоксикационного синдромов. При внутрибрюшных и маточных кровотечениях доминировали симптомы, связанные с нарушением гемодинамики и постгеморрагической анемией. При этом следует отметить высокую частоту анемии токсического генеза у больных с острыми ВЗОМТ и нарушением кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (31,8% и 22,5% соответственно), а у пациенток с внутрибрюшными и маточными кровотечениями – постгеморрагической анемии (30,2% и 81,3% соответственно).

Учитывая клиническую картину заболевания и установленный диагноз разрабатывалась индивидуальная тактика ведения больной.

В течение первых суток выполнена операция 63,0% больным с острыми ВЗОМТ, из них каждой четвертой пациентке – в первых 6 ч с момента вступления в стационар. Последним пациенткам операция выполнялась отсрочено, после предоперационной подготовки, которая включает антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Пациентки с внутрибрюшными кровотечениями в большинстве случаев (70,7%) опериро-

вались в экстренном порядке (в последних случаях операции предшествовало дополнительное обследование, в виду стертой симптоматики заболевания, для проведения дифференциальной диагностики). При наличии маточного кровотечения операция выполнена 90,6% пациенткам (30,0% – в экстренном порядке, 60,6% – отсрочено, что было обусловлено двумя факторами: проведением медикаментозной коррекции волеических нарушений и анемии; удовлетворительным состоянием больной и необходимостью дополнительного обследования). В 10,0% случаях проведено консервативное лечение.

В группе больных с нарушением кровоснабжения опухолей внутренних половых органов 20,0% женщин оперируется в экстренном порядке, 80,0% – отсрочено. Отсрочка оперативного лечения в большинстве случаев была обусловлена стертой симптоматикой клинических проявлений заболевания, отсутствием перитонеальных явлений, необходимостью дообследования и проведения предоперационной подготовки больным.

Таким образом, в большинстве пациенток (за исключением случаев продолжающихся внутрибрюшных и маточных кровотечений, массивной кровопотери) проводилась предоперационная подготовка, направленная на купирование острых проявлений воспалительного процесса, подавления агрессии микробного возбудителя, коррекцию метаболических нарушений. Длительность предоперационной подготовки варьировала от 2–4 ч до 2–5 сут и определялась индивидуально в зависимости от вида патологии, стадии патологического процесса, выраженности интоксикации, наличия сопутствующих осложнений и необходимости проведения дооперационного обследования.

Однако, по данным ретроспективного анализа, в ряде случаев (22,5%) выжидательная тактика у больных с неуточненным диагнозом приводила к прогрессу и утяжелению заболевания и развитию осложнений.

Анализ использования разных доступов и объема оперативного лечения в ургентных ситуациях показал, что у пациенток с острыми ВЗОМТ эндоскопическим доступом выполнялась преимущественно диагностическая лапароскопия и санация органов малого таза. При операциях путем чревосечения у этих больных в 21,6% случаях выполняли сальпингэктомию, в 34,2% – аднексэктомию, в 16,2% – радикальные операции. В группе пациенток, которые оперируются по поводу внутрибрюшных кровотечений, при чревосечении и эндоскопическом способе оперативного лечения объемы хирургических вмешательств были аналогичными (тубэктомия и туботомия при трубной беременности вшивания и резекция яичника при апоплексии и разрыве кист) с той разницей, что при эндоскопическом доступе чаще выполняли органосберегающие операции. При хирургическом лечении женщин с маточными кровотечениями в основном применялись полостные и влагалищные операции. Лечение-диагностическое выскабливание стенок матки выполнено 57,3% больным; надвлагалищная ампутация – 45,2%; экстирпация матки – 7,5%; консервативная миомэктомия влагалищным доступом при наличии субмукозных узлов, которые рождаются, – в 7,2% случаев.

При нарушении кровоснабжения опухолей самыми частыми операциями при лапаротомии были надвлагалищная ампутация матки (48,2%) и аднексэктомия (26,8%), эндоскопическими – аднексэктомия.

Следует отметить низкую частоту использования эндоскопических операций (14,6%) в ургентных ситуациях, что связано с отсутствием достаточного количества специалистов, которые владеют эндоскопическими методиками.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре urgentных гинекологических заболеваний наибольший удельный вес занимают острые ВЗОМТ (41,4%), маточные (31,6%) и внутрибрюшные кровотечения (20,8%), а также нарушения кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (6,2% случаев). Тактика предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода зависит от конкретного варианта генитальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при ведении пациенток с urgentной гинекологической патологией.

Ургентні гінекологічні ендоскопічні операції і розвиток спайкової хвороби А.М. Суліма

Проведено порівняльний аналіз ургентних гінекологічних операцій. Отримані результати свідчать, що в структурі ургентних гінекологічних захворювань найбільшу питому вагу займають гострі запальні захворювання органів малого тазу (41,4%), маткові (31,6%) і внутрішньочеревні кровотечі (20,8%), а також порушення кровопостачання пухлин внутрішніх статевих органів (6,2% випадків). Тактика передопераційної підготовки, оперативного втручання й ведення післяопераційного періоду залежить від конкретного варіанта генітальної патології. Отримані результати необхідно враховувати при веденні пацієнток з ургентною гінекологічною патологією.

Ключові слова: гінекологічні операції, спайкова хвороба, порівняльні аспекти.

The urgent gynecological endoscopic operations and adhesive illness A. N. Sulima

The comparative analysis urgent gynecologic operations is carried out. The received results testify, that in structure urgent gynecologic diseases the greatest relative density occupy sharp IDSP (41,4%), uterine (31,6%) and intrabelly bleedings (20,8%), and also infringement of blood supply of tumours of internal genitals (6,2% of cases). Tactics of preoperative preparation, operative intervention and conducting the postoperative period depends on a concrete variant genital pathologies. The received results are necessary for considering at conducting patients with urgent gynecologic pathology.

Key words: gynecologic operations, adhesive illness, comparative aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бреусенко В.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки / Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Штыров С.В. // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 35–39.
2. Ререкин И.А. Некоторые дифференциально-диагностические особенности острой гинекологической и хирургической патологии / Ререкин И.А., Лупов В.И. // Акт. вопр. акушерства и гинекологии. Мат. научно-практ. конф., посвященной 90-летию проф. М.И. Медведевой. – Курск, 2011. – С. 103–105.
3. Савельева Г.М. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных / Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 17–20.
4. Штыров С.В. Диагностика и лечение апоплексии яичников / Штыров С.В., Панкова Ю.А., Евсеев А.А. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 2. – С. 110–114.

УДК 618.4/5:612.621.31

Порівняльні аспекти вмісту стероїдних гормонів при фізіологічній і аномальній пологовій діяльності

С.Я. Ткачик

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

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль стероїдних гормонів і холестерину в розвитку і перебігу фізіологічної пологової діяльності. Використання встановлених критеріїв дозволить підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики різних аномалій пологової діяльності.

Ключові слова: фізіологічні пологи, стероїдні гормони, аномалії пологової діяльності.

В даний час в структурі різних акушерських ускладнень аномалії пологової діяльності (АПД) займають одне з провідних місць [1–4]. При цьому АПД є істотним чинником ризику перинатальної патології, особливо у жінок з обтяженим акушерським анамнезом [2].

Аналіз екскреції метаболітів стероїдних гормонів в сечі вагітної жінки і породіллі представляє велику діагностичну цінність, оскільки надає повну інформацію не лише про концентрацію основного метаболіту Прогестерону – прегнандіолу, але також дозволяє оцінити функціональний стан плода за даними концентрації фетальних стероїдів. Значну інформацію можна отримати при вивченні вмісту холестерину, який, як відомо, виконує важливу функцію в системі мати–плацента–плід.

В процесі нашого дослідження ми не ставили перед собою завдання детально досліджувати і проаналізувати концентрації різного естрогену. Це пов'язано з тим, що відсутність істотного впливу даних стероїдів на характер пологової діяльності в даний час доведена і в науковій літературі практично не оскаржується. Підтвердженням вищесказаному може служити відмова в даний час від вживання так званого «гормонального фону» на основі естрогену, який широко використовували в період 70–90-х років.

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів вмісту стероїдних гормонів при фізіологічній і аномальній пологовій діяльності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У переважній більшості гормональних досліджень висновки засновані на даних однократного визначення гормонів в сироватці крові радіоімунним методом. Даний підхід має низку істотних недоліків, що знижують до-

стовірність результатів. Це пов'язано з тим, що при однократному визначенні стероїда в крові не враховуються добові ритми коливання гормонів. Наше дослідження направлено на визначення метаболітів стероїдних гормонів в сечі породіллі протягом 6 год, а, отже, позбавлено описаних вище недоліків. Крім того, з метою зниження помилок, пов'язаних з циркадними ритмами, для хроматографічного аналізу використовували сечу, зібрану в інтервалі з 9-ї до 15-ї години.

Комплекс концентрації стероїдів в сечі породіллі при доношеній вагітності представляє великий інтерес, оскільки, лише використовуючи нормативні показники і їх варіанти, можна оцінити ступінь порушення стероїдно-го обміну при таких відхиленнях від фізіологічної пологової діяльності, як слабкість пологової діяльності (СПД) і дискоординована пологова діяльність (ДПД). Крім того, отримана інформація може бути використана при порівнянні із стероїдним профілем породіль з преєклампсією, плацентарною дисфункцією тощо.

Враховуючи відсутність в науковій літературі даних про концентрацію метаболітів стероїдних гормонів в сечі народжуючих жінок, в ході нашого дослідження проведено вивчення стероїдного профілю 6-ти годинної екскреції у 22 породіль з фізіологічними пологами.

Для визначення нормативних показників нами обстежено 22 породіллі з доношеною вагітністю, в яких самостійно розпочалася пологова діяльність в період з 3-ї до 6-ї годин ранку. Вік жінок знаходився в межах від 18 до 30 років. Першовагітних було 16 (72,7%), повторновагітних – 6 (27,3%). У всіх випадках перша вагітність була перервана за бажанням жінки до 12 тиж вагітності без ускладнень. Серед ускладнень даної вагітності виявлені легкий ранній токсикоз, який мав місце у 3 (13,6%), набряки вагітних – у 5 (22,7%) пацієнток.

Ступінь «зрілості» шийки матки перед пологами оцінювали за шкалою Е.Н. Bishop (1964). «Зріла» шийка матки була у 18 (81,8%) породіль, недостатньо «зріла» шийка – у 4 (18,2%).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх породіль пологова діяльність носила фізіологічний характер, ранне вилиття навколоплідних вод сталося в 3 (13,6%) випадках. Всі жінки народили *per vias naturales*. Середня тривалість пологів склала 9 год. 35 хв. \pm 23 хв., крововтрата в пологах – 200,8 \pm 5,9 мл. Народилося 11 дівчаток і 11 хлопчиків, середня вага новонароджених склала 3401,2 \pm 34,5 г, довжина – 51,1 \pm 0,17 см. Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині склала 7,85 \pm 0,05, на п'ятій – 8,52 \pm 0,06 балу.

Нижче наведено опис основних стероїдних гормонів і рівня їх екскреції в процесі пологів.

Прегнандіол – основний метаболіт Прогестерону. Його екскреція різко підвищується при вагітності, зростає поступово впродовж всього гестаційного періоду, перед початком пологів знижується. Шестигодинна екскреція прегнандіолу при фізіологічних пологах склала – 12,3 \pm 2,1 мкмоль/бч.

Алло-прегнандіол – 5 α -редукований ізомер прегнандіолу. Його екскреція зростає при підвищеній активності ферменту 5 α -редуктази. Шестигодинна екскреція алло-прегнандіолу при фізіологічних пологах склала 1,2 \pm 0,4 мкмоль/бч.

Прегнанолон – так само, як і прегнандіол, є одним з метаболітів Прогестерону. Екскреція його помітно підвищується при вагітності, але в процентному відношенні значно відстає від екскреції прегнандіолу. Шестигодинна екскреція прегнанолону при фізіологічних пологах склала 2,5 \pm 0,4 мкмоль/бч.

16 α -гідроксїетіохоланолон, 16 α -гідроксіандростерон і 16 α -гідроксидегідроандростерон відносяться до з'єднань, що володіють гідроксильною групою в 16-му положенні в молекулі. Гідроксильовані даних гормонів відбуваються за допомогою фетального ферменту 16 α -гідроксилази, який синтезується в печінці плода. Відсутність або зниження екскреції даних гормонів свідчить про внутрішньоутробне страждання плода. Шестигодинна екскреція 16 α -гідроксїетіохоланолон, 16 α -гідроксіандростерон і 16 α -гідроксидегідроандростерон при фізіологічних пологах склала 1,3 \pm 0,7 мкмоль/бч, 2,7 \pm 1,5 мкмоль/бч, і 5,1 \pm 1,4 мкмоль/бч відповідно.

Естрадіол і *естрон* – активний естроген, який утворюється в плаценті під час вагітності. Ці гормони синтезуються в організмі жінки і поза вагітністю, але істотне підвищення їх екскреції з'являється лише у вагітних і служить показником роботи плаценти. Шести годинна екскреція естрадіолу і естрону при фізіологічних пологах склала 20,8 \pm 3,8 мкмоль/бч і 1,9 \pm 0,4 мкмоль/бч відповідно.

Холестерин – є важливим компонентом, під час вагітності екскреція холестерину зростає. Шестигодинна екскреція холестерину при фізіологічних пологах складає 6,9 \pm 1,5 мкмоль/бч.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль стероїдних гормонів і холестерину в розвитку і перебігу фізіологічної пологової діяльності. Використання встановлених критеріїв дозволить підвищити ефективність прогнозування і ранньої діагностики різних аномалій пологової діяльності.

Сравнительные аспекты содержания стероидных гормонов при физиологической и аномальной родовой деятельности

С.Я. Ткачик

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли стероидных гормонов и холестерина в развитии и течении физиологической родовой деятельности. Использование установленных критериев позволит повысить эффективность прогнозирования и ранней диагностики различных аномалий родовой деятельности.

Ключевые слова: физиологические роды, стероидные гормоны, аномалии родовой деятельности.

Comparative aspects of the maintenance of steroid hormones at physiological and abnormal patrimonial activity

S.J. Tkachik

Results of the spent researches testify to an important role of steroid hormones and cholesterol in development and a current of physiological patrimonial activity. Use of the established criteria will allow to raise forecasting effectiveness and early diagnostics of various anomalies of patrimonial activity.

Key words: *physiological childbirth, steroid hormones, anomalies of patrimonial activity.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. ассоц. акуш.-гин. – 2006. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2008. – № 4. – С. 78–82.

УДК 618.14+618.146-089.87

Порівняльні аспекти тотальної і субтотальної гістеректомії у жінок репродуктивного віку

В.І. Бойко, В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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

Ключові слова: *гістеректомія, репродуктивний вік.*

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

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

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

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів тотальної і субтотальної гістеректомії у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно з поставленою метою дослідження в роботу включені 299 жінок репродуктивного віку, які склали 4 групи. 277 пацієнток з них страждали різною гінекологічною патологією, в 252 з яких була виконана гістеректомія (ГЕ).

1-а група – 122 пацієнтки репродуктивного віку, які перенесли субтотальну ГЕ (середній вік – 37,7±2,9 року; на момент операції вік був в межах 29–41 року; середній вік – 34,5±1,9 року).

2-а група – 130 пацієнток репродуктивного віку, які перенесли тотальну ГЕ (середній вік був 39,9±2,4 року; на момент операції вік був в межах 29–43 років; середній вік – 36,7±2,1 року).

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

Тривалість захворювання міомою матки у пацієнток 1-ї і 2-ї груп не перевищувала 3 роки – у 22,7% (57) пацієнток; від 3 до 5 років – в 64,8% (163) і більше 5 років – в 12,5% (32) хворих. До операції 80,7% (203) хворі 1-ї і 2-ї груп отримували різні варіанти консервативного лікування (гормональна і симптоматична терапія). Проте всі ці пацієнтки були прооперовані зважаючи на неефективність консервативного лікування. Хворі 1-ї і 2-ї груп як під час оперативного лікування, так і до моменту проведення обстеження знаходилися в репродуктивному віці і в ході операції у всіх пацієнток були збережені яєчники.

3-я група – 25 жінок репродуктивного періоду з міомою матки невеликих розмірів, що знаходяться на диспансерному спостереженні і не вимагають оперативного лікування на момент проведення досліджень (середній вік – 42,7±2,2 року).

4-а група – 22 практично здоровими жінками ідентичного віку (середній вік – 39,5±2,5 року).

Пацієнток 1-ї і 2-ї груп було розподілено на три підгрупи залежно від тривалості післяопераційного періоду (1, 3 і 5 років після операції).

Аналіз даних анамнезу досліджуваних пацієнток показав, що жінки всіх 4 груп практично не мали достовірних відмінностей ні по характеру і частоті перенесених раніше захворювань, ні по наявній супутній патології.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доопераційне дослідження хворих міомою матки не виявило достовірних відмінностей з контрольною групою. Діагностована лише деяка тенденція до збільшення гонадотропних гормонів і естрадіолу, а також незначне збільшен-

ня об'єму яєчників і зниження доплерометричних індексів у хворих міомою матки. Відмічена істотна зміна емоційного статусу пацієнток 1-ї і 2-ї груп.

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

Так, в ранній післяопераційний період з'являлися деякі нейровегетативні симптоми, посилювалася емоційна напруга, що, в цілому, статистично підвищувало значення модифікованого індексу (ММІ) менопаузи в 1-ї і 2-ї групах. Тотальна гістеректомія (ТГЕ) викликала більш виражену клінічну симптоматику. Деяке зниження рівня нейровегетативних і емоційних розладів наголошувалося до 5 дня після операції, у зв'язку з чим значення ММІ дещо вирівнювалося, хоча і залишалось таким, що значно перевищує контрольні цифри.

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

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

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

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

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

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

Деяке погіршення емоційного стану пацієнток через 3 місяці, ймовірно, пов'язане з «новим» відчуттям себе, появою незнайомих симптомів, зміною

стосунків з чоловіком, страхом сексуальних контактів. Даний період є найбільш важливим в психологічній адаптації жінок після операції.

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

Вживання спеціальної анкети по дослідженню сексуальної функції дозволило виявити поліпшення сексуальної функції у 9,9% пацієнок; погіршення – в 39,9% і, нарешті, 50,2% пацієнок вказали, що їх сексуальна функція не змінилася. Найчастішими порушеннями сексуальної функції були зменшення оргазму (32,2%); зниження статевої активності (25,8%) і задоволення (31,8%). Зміни сексуальної функції після тотальної гістеректомії виявлялися в 1,5 рази частіше і були більш виражені, ніж після субтотальної. Причому, збільшення терміну після операційного періоду корелювало з частотою розвитку сексуальних розладів.

ВИСНОВКИ

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

Сравнительные аспекты тотальной и субтотальной гистеректомии у женщин репродуктивного возраста В.И. Бойко, В.А. Терехов

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

Ключевые слова: гистерэктомия, репродуктивный возраст.

The comparative aspects of total and subtotal hysterectomy at reproductive age V.I. Boyko, V.A. Terehov

The basic clinical aspects hysterectomy at women of reproductive age are investigated. It is shown, that the basic gynecologic pathology resulting to hysterectomy at repro-

ductive age is the myoma of a uterus. Features of development neuroendocrinological and psychosomatal pathologies in the remote postoperative period are established. The independent syndrome posthysterectomy is allocated.

Key words: hysterectomy, reproductive age.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.17-008.1-084:616-053.6

Оценка сексуальной нормы и половой конституции – как методы профилактики гинекологической патологии у сексуально активных девочек-подростков

А.Ю. Титенко

Национальная медицинская академия последиplomного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев
Детская клиническая больница № 9 детская поликлиника № 3
Подольского района, г. Киев

Результаты проведенных исследований подтверждают тот факт, что сексуальная активность девочек-подростков зависит не только от темпов полового созревания (гормонального фона), но и от других индивидуальных особенностей развития каждого подростка, на формирование которых могут влиять такие факторы, как врожденный психотип, социум и семья. Полученные данные помогут нам в дальнейшем изучении вопросов, касающихся сексуального поведения девочек-подростков и влияния сексуальной активности на развитие патологии эпителия шейки матки.

Ключевые слова: девочки-подростки, сексуальная активность, половая конституция.

В культурной истории человечества немало места отводилось и отводится сейчас вопросу взаимоотношения между полами. Интимная жизнь человека определяется его личными качествами – внешностью, характером, темпераментом, возрастом, состоянием здоровья. Зависит она также от общественной морали макрогруппы – семьи, товарищей, соучеников. На интимную жизнь влияют так же макросоциальные факторы экономического, политического, религиозного уклада государства [1].

Сексуальное развитие продолжается всю жизнь. В процессе развития дети переходят от общественного сознания своей чувственности к конкретным сексуальным переживаниям. Подростки осознают свою сексуальность благодаря общению с окружающими.

В.В. Коган (2002) сформулировал основные направления полового воспитания, одним из которых является «Принцип невозбуждения полового влечения». В основе этого принципа лежит тезис, утверждающий, что половую жизнь не следует начинать до полного физического созревания. В пользу этого тезиса свидетельствуют аргументы как педагогического, так и медицинского характера. Чем меньше энергии, сосредоточенной на объекте полового влечения будет израсходовано на половую жизнь, тем большая ее часть пойдет на развитие и укрепление организ-

ма в целом – скелета, мышц, мозга и связанных с ним функций высшей нервной деятельности. Принцип невозбуждения полового влечения связан с требованиями сублимации.

Сексуальное поведение подростка подразумевает сексуальную практику и сексуальную активность, с помощью которых подростки испытывают свою сексуальность и выражают ее [2, 3].

Едва ли верно считать пубертат «возрастом пробуждения» либидо, но бесспорно, что начало развернутых проявлений либидо приходится именно на этот период. Широкий круг сексуальных проявлений в этом возрасте обусловлен не только биологическими, но и социально-культурными факторами. Взрыв сексуальной активности в этом возрасте намного резче, чем довольно равномерное повышение уровня андрогенов, а сходство этого уровня у мальчиков и девочек пубертатного возраста никак не объясняет различий маскулинных и феминных ролей идентичности поведения [3]. Поэтому даже такое принятое мнение как то, что гормоны обеспечивают энергетику пубертатной сексуальности, а средовые факторы – направление и стиль сексуальной активности составили лишь одну сторону проблемы. Другую образует тот фактор, что сексуальная активность может значительно опережать сексуальную зрелость.

Для адекватного понимания подростковой сексуальности важен учет по крайней мере трех обстоятельств:

- первое заключается в том, что сексуальность еще изолирована от других составляющих любви;
- второе обстоятельство заключается в том, что переживание сексуального влечения, только в этом возрасте отливающиеся в форму эротики, часто оказывается значительно сильнее самого влечения. Весьма и весьма ограниченные возможности реализации сексуального влечения и неограниченные возможности эротических представлений и фантазий создают своеобразную диспропорцию;
- третье обстоятельство состоит в том, что сексуальное поведение на этом этапе носит преимущественно характер сексуального экспериментирования – самостоятельного, гомосоциального и лишь затем – гетеросексуального [3].

Развитие сексуальной активности с высокой степенью риска для репродуктивного здоровья подростков имеет различную природу. Были изучены и подтверждены значимые факторы, такие как биология, стадия развития и демографический фон, включая социально-экономическую группу факторов, характер семейных отношений, влияние сверстников и средств массовой информации. Очевидно, что наиболее значимым для формирования сексуального поведения является роль сверстников [1, 2]. Урбанизация и акселерация, научно-техническая революция, усложнение процессов воспитания, большая, чем прежде, автономия подростков от родителей, женское равноправие, большая доступность информации по вопросам пола и появление эффективных контрацептивов способствует более раннему началу половой жизни и либерализации половой морали [4]. На формирование сексуального поведения влияет религиозность подростков. Подростки, которые соблюдают религиозные правила, независимо от вероисповедания, начинают сексуальное общение в более позднем возрасте, чем не религиозные сверстники. Гармоничные взаимоотношения «мать–дочь» также оказывают положительное влияние на сексуальное поведение подростка и его репродуктивное здоровье [5].

Для оценки сексуального поведения подростков нужно иметь четкое представление о сексуальной норме. Понятие нормы в сексологии следует рассматривать в нескольких аспектах:

1. В социально-этическом – обозначает такое поведение, которое считается правильным в свете существующей системы нравственности.

2. В статистическом аспекте норма – это наиболее часто встречающаяся величина (средняя величина). Чем ближе к средней величине находятся исследуемые показатели, тем выше степень нормальности.

3. В медико-психологическом аспекте – под нормой понимают состояние, необходимое для поддержания хорошего физического и психического здоровья [6].

Сексуальную норму в клиническом понимании по действиям и формам поведения можно разделить на оптимальную, приемлемую и терпимую. Оптимальными называются действия, наиболее желаемые с индивидуальной и общественной точки зрения и могущие служить моделью для воспитания. К приемлемой норме относятся формы поведения, не характеризующиеся как оптимальные, но не ограничивающие индивидуального развития и налаживания межличностных контактов. Терпимая норма неоднозначна и определяется как норма или патология в зависимости от личностного, партнерского или ситуационного контекстов [7–9].

Для девочек-подростков старшей возрастной группы (16–18 лет), ведущих половую жизнь, оптимальную норму можно рассматривать как «условно приемлемую».

Сексуальная активность девочки-подростка напрямую зависит от ее половой конституции. Половая конституция – это совокупность устойчивых биологических свойств организма, сложившихся под влиянием наследственности и условий развития во внутриутробном периоде и раннем детстве. Она определяет индивидуальный уровень сексуальных потребностей, предел половой активности и сопротивляемость половой сферы патогенным воздействиям [10].

Для женщины или девушки характерным является разделение показателей половой конституции на 2 части: ту часть, которая определяется генотипом, то есть является наиболее стабильным независимым ни от воспитания, ни от партнера, и остальную, проявление которой зависит от внешних факторов. К первой относятся: время наступления первой менструации и ее регулярность, характер течения беременности и родов, характер оволосения и трохантерный индекс. Показатели второй части не могут быть надежными в плане оценки молодой девушки своей половой конституции, но могут быть приняты в расчет как потенциально возможного или как прогноз протекания соответствующих процессов в будущем [10].

Определение половой конституции у девочек-подростков может быть полезно:

- при оценке проявлений конкретного подростка;
- для разработки гигиенических рекомендаций при выборе режима половой жизни;
- для разработки рекомендаций, профилактирующих патологические состояния в половой сфере.

С этой целью используется шкала векторного определения половой конституции, разработанная И.Л. Ботневой в 1983 г. [9, 10].

Но так ли напрямую связаны время наступления половой зрелости и сексуальная активность? У подростков с ранним созреванием наступление половой зрелости

сти в большинстве не сопровождается ранней сексуальной активностью. Их сексуальный интерес больше соответствует их психическому, нежели гормональному возрасту [4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое обследование 94 пациенток, которые обратились за помощью в ДКБ № 9 г. Киева, кабинет детского гинеколога Подольского района г. Киева, детскую поликлинику № 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение обследованных на группы и по возрасту представлено в табл. 1. У этих пациенток был изучен гинекологический анамнез и определены показатели, формирующие половую конституцию (табл. 2)

После обработки представленных данных, мы получили следующие типы половой конституции (табл. 3).

Таблица 1

Возрастные особенности девочек-подростков

	Возраст	Обследованные девочки	
		n	%
Группа 1	14	15	15,9%
Группа 2	15	19	20,2%
Группа 3	16	24	25,5%

Таблица 2

Особенности гинекологического анамнеза

Возраст	Количество	Начало наступления менархе		Характер оволосения						Характер менархе						Трохантерный индекс				
		До 12 лет		После 12 лет		Длительные нарушения		Эпизодические нарушения		Регулярные нарушения		Редкие прямые с густыми в центре		По женскому типу					По мужскому типу	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				n	%
14	15	2	13,3	13	86,6	2	13,4	10	66,6	3	20	2	13,4	10	66,6	3	20	2	10	3
15	19	3	15,7	16	84,3	2	10,5	11	58,0	6	31,5	2	10,5	11	58,0	6	31,5	2	12	5
16	24	4	16,6	20	83,4	1	4,1	19	79,2	4	16,7	1	4,1	19	79,2	4	16,7	1	17	6
17	18	3	16,6	15	83,4	3	16,6	11	61,1	4	22,3	3	16,6	11	61,1	4	22,3	3	10	5
18	18	4	22,2	14	77,8	2	11,1	13	72,2	3	16,7	2	11,1	13	72,2	3	16,7	2	12	4

Таблиця 3

Типи половой конституции

Возраст	Количество лет	Слабый		Средний		Сильный	
		п	%	п	%	п	%
14	15	2	13,3	10	66,7	3	20
15	19	2	10,5	11	58,0	6	31,5
16	24	1	4,4	19	79	4	16,6
17	18	3	16,6	11	61	4	22,4
18	18	2	11	13	72,4	3	16,6

Резюмируя полученные результаты следует отметить, что из 94 обследованных девочек-подростков, слабый тип половой конституции имели 10 подростков (10,9%), средний тип – 64 (68,0%) и сильный тип – 20 девочек-подростков (21,1)%.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований подтверждают тот факт, что сексуальная активность девочек-подростков зависит не только от темпов полового созревания (гормонального фона), но и от других, индивидуальных особенностей развития каждого подростка, на формирование которых могут влиять такие факторы как: врожденный психотип, социум и семья.

Полученные данные помогут нам в дальнейшем изучении вопросов, касающихся сексуального поведения девочек-подростков и влияния сексуальных активностей на развитие такой серьезной патологии как изменения эпителия шейки матки.

Оцінка сексуальної норми і статевої конституції – як методи профілактики гінекологічної патології у сексуально активних дівчаток-підлітків

А.Ю. Тітенко

Результати проведення досліджень підтверджують той факт, що сексуальна активність дівчаток-підлітків залежить не лише від темпів статевого дозрівання (гормонального фону), але і від інших індивідуальних особливостей розвитку кожного підлітка, на формування яких можуть впливати такі чинники, як природжений психотип, соціум і сім'я. Отримані дані допоможуть нам в подальшому вивченні питань, що стосуються сексуальної поведінки дівчаток-підлітків і впливу сексуальної активності на розвиток патології епітелію шийки матки.

Ключові слова: дівчатка-підлітки, сексуальна активність, статева конституція.

Estimation of sexual norm and the sexual constitution – as methods of preventive maintenance of a gynecologic pathology at sexually active girls-teenagers

A.J. Titenko

Results spent researches confirm that fact that sexual activity of girls-teenagers depends not only on rates of puberty (a hormonal background), but also from other specific features of

development of each teenager on which formation can to influence such factors, as congenital psychotype, society and a family.

The obtained data will help us with the further studying of the questions, girls-teenagers concerning sexual behaviour and influence sexual activity on pathology development of epithelium cervix uterus.

Key words: girls-teenagers, sexual activity, the sexual constitution.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Болотов Б.В. Здоровье человека в нездоровом мире. – М. Воентехиздат. – 2001. – 204 с.
2. Когарян Г.С. Современная сексология. – Ника Центр. – 2003. – 231 с.
3. Кон И.С. Сексология. – Академия. – 2004. – С. 283–291.
4. Кон И.С. Психология ранней юности: учебное пособие для студентов пед. институтов. – М.: Просвещение. – 1989. – 175 с.
5. Гребешенков И.В., Дубровкина И.В., Разумихина Г.П. Этика и психология семейной жизни: пособие для учителей. – Просвещение. – 1984. – 256 с.
6. Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Сексология. – Медицина, 1990. – 576 с.
7. Люлько А.В. Справочник по сексологии, сексопатологии и андрологии – К.: Здоровье, 1994. – 240 с.
8. Кушнирук Ю.И., Щербанова А.П. Популярно о сексологии. – К.: Наукова думка, 1988. – 168 с.
9. Общая сексология: руководство для врачей /Под редакцией Г.С. Васильченко. – М.: Медицина. – 1977. – 217 с.
10. Жук Н.А. Половая конституция и методы ее определения. – Харьков: 000 Инфобанк. – 2002. – 64 с.

УДК 618.39-06:618.19:616.43-0360-037

Артифициальный аборт – как фактор риска заболеваний молочных желез

С.П. Усачева

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта являются: отягощенная наследственность по материнской линии, частые воспалительные заболевания придатков, первая прерванная беременность, наличие двух и более аборт в анамнезе, заболевания печени и избыточная масса тела. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: заболевания молочных желез, артифициальный аборт, факторы риска.

В Украине на сегодняшний день распространенность артифициальных аборт на 1000 женщин фертильного возраста – одна из самых высоких среди развитых стран, причем нередко аборт производится на фоне различной экстрагенитальной патологии или у женщин, имеющих различные нарушения менструальной функции.

Аборт имеет серьезные последствия для репродуктивного здоровья женщины. Частота воспалительных осложнений и различных нарушений менструальной функции после аборта, встречаемости ряда гормонально-зависимых заболеваний колеблется от 15–16% на раннем этапе до 50–60% в поздний период, когда начинают преобладать гипоталамо-гипофизарные дисфункции и дисгормональные заболеваний молочных желез [1–5].

В последние годы отмечается возрастающий интерес к проблеме профилактики заболеваний молочных желез, что связано с неуклонным увеличением количества рака этой локализации, занимающее лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женского населения.

Часто наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) (у 50% женщин), узловые формы мастопатии диагностируют у 20% пациенток позднего репродуктивного возраста, фиброаденомы – в 18% случаев, рак молочной железы – у 2% женщин. Таким образом, около 75–80% женщин репродуктивного возраста страдают различными дисгормональными заболеваниями молочных желез, часто объединяемыми термином «мастопатия» [3, 4].

По рекомендации ВОЗ мастопатия определяется как фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы проявляющихся на фоне гормональных нарушений. Кроме того выделяют пролиферативные и регрессивные из-

менения в тканях молочных желез, причем пролиферативные процессы соответствовали прогестероновой, а регрессивные эстрогеновой фазе менструального цикла, во время менструации все эти процессы заканчиваются, и начинается обратное развитие тканей молочной железы [1–5].

На самых ранних сроках беременности (5–6 нед) гормональное влияние вызывает выраженную перестройку молочной железы с развитием гиперплазии железистого компонента, а искусственное прерывание беременности резко прерывает пролиферативные процессы, гиперплазированная ткань подвергается обратному развитию, регрессивные изменения происходят неравномерно, что может приобрести патологический характер и явиться пусковым моментом развития диффузных мастопатий [4, 5].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме артифициального аборта и по проблеме патологии молочных желез, данные о возможности развития дисгормональных изменений в молочных железах (ДЗМЖ) после искусственного прерывания беременности, практически, отсутствуют.

Цель исследования: изучение факторов риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез после артифициального аборта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проведено обследование 100 пациенток, которым был произведен медицинский аборт по стандартной методике в сроках от 5 до 11,5 нед.

На основании анализа медицинской документации и диспансерного обследования женщин основной группы выявлена частота дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта, оценивалось значение факторов риска. С учетом полученных данных составили исследуемую группу 30 женщин с наиболее высоким риском развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта.

В процессе анализа установлено, что возраст обследованных женщин колебался от 18 до 42 лет, средний возраст ($27,9 \pm 2,1$ года) является наиболее активным социальным возрастом, большое количество прерванных беременностей в этом возрасте связано с неблагоприятным социально-экономическим положением.

Основную группу женщин для выявления факторов риска ДЗМЖ после прерывания беременности разделили на заболевших женщин (50 женщин) и контрольную (50 женщин), в которой ДЗМЖ в течение 1 года после прерывания беременности не были выявлены. В процессе анализа установлено возраст в группе заболевших – $28,2 \pm 0,5$ года, в то время как в контрольной преобладали женщины в возрасте от 30 до 39 лет ($32,2 \pm 0,8$ года), что вероятно связано с различием половой активности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов показал, что у женщин основной группы имелась выраженная отягощенная наследственность по онкопатологии: 22,0% обследованных имели ближайших родственников со злокачественным заболеванием. У 10,0% родственников отмечалась онкопатология женской половой сферы, у 12,0% – злокачественные образования молочных желез у кровных родственников по линии матери, что по современным данным является фактором риска развития злокачественных заболеваний молочных желез.

В связи с этим можно отметить, что отягощенная наследственность по раку шейки матки отмечалась у женщин с патологией молочных желез и без нее в 10,0% и 12,0% случаев, соответственно.

Одним из наиболее частых неблагоприятных факторов является воспаление придатков матки, т. к. в результате воспаления дезорганизуется выработка половых гормонов. В нашем исследовании среди женщин после медицинского аборта частота воспалительных заболеваний придатков матки значительно больше в группе женщин с дисгормональной патологией молочных желез 66,0% женщин по сравнению с 14,0% без дисгормональной патологии молочных желез, перенесших прерывание беременности.

Немаловажной причиной, способствующей возникновению мастопатии, являются различные заболевания печени, желчевыводящих протоков и желчного пузыря, выявленные у 32,0% пациенток.

Только с 3-го месяца после прерывания беременности появились овуляторные пики в тестах базальной температуры у 4,0% женщин. Восстановление менструального цикла и гормонального профиля у 8,0% женщин уже в 4 цикле, а восстановление овуляторных циклов происходит на 6-м месяце всех обследованных женщин.

Определенную роль может играть ожирение (избыток массы $62,6 \pm 2,7\%$), особенно сочетающиеся с диабетом (8,0%) и артериальной гипертензией (10,0%). Так в нашем исследовании в группе заболевших женщин (48,9%) наблюдалось превышение веса, в то время как в контрольной группе этот показатель был только у 38,03%.

По данным исследования среди женщин основной группы заболевших первые роды прошли в 21–22 года и позже, в то время как среди контрольной преобладали более ранние роды.

Повышается риск возникновения мастопатии и рака молочных желез под влиянием таких неблагоприятных факторов как отсутствие беременности или поздняя первая беременность. Так, среди женщин, заболевших ДЗМЖ после аборта, первые роды произошли в 21–25 лет, в то время как среди незаболевших женщин первые роды были раньше, в промежутке между 19–21 годом, что говорит о защитном действии ранних первых родов на молочную железу.

Также преобладание нерожавших женщин в группе ДЗМЖ после аборта 18,0%, по сравнению с 2,0% среди не заболевших женщин говорит о благоприятном действии беременности на состояние молочных желез.

Искусственное прерывание беременности значительно повышает риск развития патологии молочных желез. По данным нашего исследования у женщин, которым произведено 3 и более искусственных абортов, риск развития дисгормональной патологии молочных желез в 7,2 раза выше.

Кроме того интересно различное сочетание факторов, которое отмечено у 68,0% женщин группы заболевших. Так, сочетание ожирения и заболеваний печени отмечено у 26,0% женщин группы заболевших, а ожирения и хронического сальпингоофорита – у 32,0% женщин, ожирение и выраженная отягощенная наследственность по онкопатологии у 18,0% женщин, хронического сальпингоофорита и отягощенная наследственность по онкопатологии – у 8,0% женщин.

Итак, больше шансов возникновения дисгормональной патологии молочных желез после искусственного прерывания беременности происходит в том случае, если женщина имеет отягощенную наследственность по материнской линии, воспалительные забо-

леваньями придатков, первая беременность закончилась медицинским абортom, сделала 2 и более абортов, имеет заболевания печени, превышение массы тела более 10%.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез после медицинского аборта являются: отягощенная наследственность по материнской линии, частые воспалительные заболевания придатков, первая прерванная беременность, наличие 2 и более абортов в анамнезе, заболевания печени и избыточная масса тела. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Артифіційний аборт – як чинник ризику захворювань молочних залоз С.П. Усачова

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику розвитку дисгормональних захворювань молочних залоз після медичного аборту є: обтяжена спадковість за материнською лінією, часті запальні захворювання придатків, перша перервана вагітність, наявність 2 і більше абортів в анамнезі, захворювання печінки і надлишкова маса тіла. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувальних профілактичних заходів.

Ключові слова: захворювання молочних залоз, артифіційний аборт, чинники ризику.

The artificial abort as risk factor of diseases of mammary glands S.P. Usacheva

Results of the spent researches testify, that major factors of risk of development dysgormonal diseases of mammary glands after medical abortion are: the burdened heredity on a parent line, frequent inflammatory diseases of the appendages, the first interrupted pregnancy, presence of 2 and more abortions in the anamnesis, diseases of a liver and superfluous weight of a body. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: diseases of mammary glands, artificial abortion, risk factors.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоцерковцева Л.Д., Климова Н.В., Агапова Н.А. Лечебно-диагностическая программа ведения больных с доброкачественными дисплазиями молочных желез // Сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. – Сургут. – 2008. – Ч. 2. – С. 37–39.
2. Бубликов И.Д., Куликов Е.П., Варенов Б.М. Гормональный статус у больных с мастопатией // Вопросы онкологии. – 2008. – № 2. – С. 172–174.
3. Вишляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: МИА, 2007. – 768 с.
4. Йен С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – М.: Медицина, 2008. – 456 с.
5. Кира Е.Ф., Бескровный С.В., Ильин А.Б. Мастопатия // Журнал акушерских и женских болезней. – 2008. – № 2. – С. 75–84.

УДК 618.173:611-018.4

Влияние естественной менопаузы на состояние минеральной плотности костной ткани

В.В. Чащина

Национальная медицинская академия последипломного образования имени 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.

Ключевые слова: естественная менопауза, минеральная плотность костной ткани.

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

Треть жизни женщины приходится на постменопаузу, в это время происходит снижение адаптационных возможностей организма [2-4]. Одним из малоизученных вопросов является изменение минеральной плотности костей при естественной менопаузе, особенно в плане профилактики остеопороза и декомпенсированных изменений со стороны костной системы.

Цель исследования: изучить особенности минеральной плотности костей у женщин с естественной менопаузой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

- в 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 группе пациенток – $48,2 \pm 2,4$ года (95% ДИ 52–43), во 2 – $49,8 \pm 4,6$ года (95% ДИ 60–38) и в 3 – $48,7 \pm 4,8$ 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.

Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) оценивали с помощью ультразвуковой денситометрии (голеностопного сустава, позвоночника).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Доказано, что остеопороз является результатом не только менопаузы, но и влияния одного или более дополнительных факторов, которые усиливают снижение костной массы, вызванное эстрогенным дефицитом. Наиболее чувствительным, не дорогим методом выявления остеопороза является денситометрия – измерение МПКТ. Для диагностики остеопении и начальных форм остеопороза рентгенография не информативна, предпочтительнее ультразвуковая денситометрия. Двухэнергетическая рентгеновская абсорциометрия – «золотой стандарт», предусматривает исследование осевого скелета позвоночника для выявления деформаций, является более дорогим методом исследования МПКТ, хотя и имеет низкую дозу облучения. Использование ультразвуковой денситометрии для прогнозирования будущих переломов предпочтительнее, так как позволяет судить об изменениях в микроархитектонике костной ткани и проводить скрининг, учитывает плотность кости.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что замечена тенденция к увеличению частоты остеопороза с возрастом. Так, в возрасте 49–56 лет у каждой пятой пациентки была незначительная остеопения или остеопороз, уже в 57–65 лет – у 26% остеопения и у 62% остеопороз, а в возрасте 66–71 год у 36% остеопения и у 62% остеопороз.

МПКТ может служить косвенным маркером эстрогенного статуса организма. Сравнительные данные, полученные нами, подтверждают это положение. Это побудило нас определить наиболее значимые факторы риска снижения МПКТ.

Статистически значимое увеличение риска развития остеопороза было обнаружено на фоне ранней менопаузы, поздним менархе, сниженной физической активности.

Ранняя менопауза, как и поздняя, а также ее длительность влияют на риск снижения роста тела.

Остеопения отмечена у 14% пациенток при уменьшении роста до 3 см и у 42% до 9 см; остеопороз – у 20% при снижении на 1 см и до 3 см, и у 12% до 9 см.

Следует отметить, что при остеопении происходит значительное снижение роста (не менее 3 см в отличие от остеопороза). После исследования МПКТ и постановки диагноза остеопении, не всегда сразу назначается дополнительное обследование биохимических маркеров крови, ДНК-анализ полиморфизма генов не проводится, в результате теряется время возможное для проведения профилактики остеопороза и переломов.

Необходимо подчеркнуть, что клинические проявления остеопороза в первые 2–5 лет постменопаузы не всегда выражены, в то же время в этот период потеря костной массы достигает максимальной интенсивности. Остеопороз наблюдается у 10–30% женщин в течение 15–20 лет постменопаузы и характеризуется переломами, которые развиваются в местах с повышенным содержанием губчатой кости: компрессионные переломы позвонков, лодыжек.

Каждая вторая обследованная пациентка с остеопенией и каждая третья - с остеопорозом имела в анамнезе переломы. Получена существенная закономерность между риском остеопении, остеопороза, переломов и незначительной двигательной активностью.

Из концепции функциональной адаптации костной ткани известно, что физическая активность является наиболее важным, безопасным и простым способом профилактики остеопороза.

Проведенное исследование показало, что каждая вторая женщина в возрастной группе 57–71 год вела малоподвижный образ жизни, регулярная двигательная активность «от получаса до часа» отмечена у каждой третьей пациентки старшего возраста. В возрасте 49–56 лет ежедневная ходьба пешком «от одного часа до двух» зафиксирована у 46%, в отличие от женщин более старшего возраста, в 57–65 лет – у 20% и 66–71 год – у 32%. Пациентки, выполняющие достаточную физическую нагрузку для пожилого возраста, имели значительно меньший риск падений и переломов. Ежедневные дозированные пешеходные прогулки позволяют снизить переломы у женщин старшей возрастной группы до 10%. Анализируя полученные результаты, целесообразно рекомендовать пешеходные прогулки до 1,5–2 ч в день, которые способствуют поддержанию и даже увеличению костной массы позвонков у женщин старшего возраста.

Переломы ухудшают качество жизни и сокращают ее продолжительность, а выраженный болевой синдром снижает активность больных и приводит к ухудшению настроения, тоске, замкнутости, депрессии.

Учитывая, что большинство женщин, вступая в период постменопаузы, имеют различные соматические заболевания, нас интересовала их частота и наличие или отсутствие остеопороза в зависимости от них. Мочекаменную болезнь в возрастной группе 57–65 лет имели 36%, в 66–71 год – 46%. Ишемическая болезнь сердца выявлена у 40% пациенток в 49–56 лет, у 46% – в 66–71 год. Сахарным диабетом 2 типа в первой группе страдали 18%, в третьей группе – 28% женщин. У каждой вто-

рой больной с пиелонефритом наблюдался остеопороз, у каждой четвертой остеопения. С возрастом частота мочекаменной болезни заметно увеличивается, у 12% обследованных с данным заболеванием выявлена остеопения и уже у 66% – остеопороз. Незначительной остеопенией страдали 20% женщин с хроническим бронхитом, 16% пациенток с гипотиреозом – остеопению и 66% – остеопороз.

ВЫВОДЫ

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.

Вплив природної менопаузи на стан мінеральної щільності кісткової тканини

В.В. Чашина

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність оцінювання мінеральної щільності кісток у жінок з природною менопаузою. При цьому найбільш значимими чинниками ризику розвитку остеопорозу є: пізній менархе і рання менопауза; низький індекс маси тіла; наявність екстрагенітальної патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: природна менопауза, мінеральна щільність кісткової тканини.

Influence of natural menopause on mineral density of a bone fabric

V.V. Chashina

Results of the spent researches testify to necessity of an estimation of mineral density of bones at women with natural menopause. Thus the most significant risk factors of development of an osteoporosis are: late menarhe and early menopause; a low index of weight of a body; presence extragenital pathologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: natural menopause, mineral density of a bone fabric.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

Пути снижения психовегетативных расстройств при климактерическом синдроме

Р.Р. Чуприна

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для климактерического синдрома характерен высокий уровень психовегетативных расстройств, что диктует необходимость сочетанного использования заместительной гормональной терапии и антидепрессантов. Это позволяет повысить эффективность лечения климактерических нарушений и улучшить качество жизни пациенток.

Ключевые слова: климактерический синдром, психовегетативные нарушения, коррекция.

Климактерический период и сопряженные с ним проблемы относятся к пограничным состояниям клинической медицины, в связи с чем женщины в постменопаузе нуждаются в комплексном обследовании и наблюдении врачами ряда смежных специальностей. Вместе с тем основная ответственность в постановке диагноза и выборе метода лечебного воздействия ложится на гинеколога, учитывая определяющую роль эстрогенного дефицита в патофизиологии множества изменений, характерных для климактерического периода [1–3].

Сложная биологическая трансформация женского организма на фоне возрастного снижения и последовательного выключения функций яичников, включает перестройку центральной вегетативной нервной системы, протекающей особенно сложно, поскольку система в течение 30–35 лет функционировала в определенной степени с учетом циклических выделений половых гормонов. Нарушение эндокринно-вегетативного равновесия изменяет секрецию активных биологических веществ и нейротрансмиттеров (катехоламинов, серотонина, ацетилхолина и др.), тесно взаимодействующих с вегетативными системами, и может способствовать возникновению вегетативных нарушений генерализованного характера [1–3].

Наряду с биологической перестройкой происходит существенная психологическая и социальная адаптация. Учитывая это, считают, что в основе вегетативных нарушений лежат не только эндокринные, но и психологические факторы. Известно, что вегетативные проявления климактерического синдрома (КС) носят как перманентный, так и пароксизмальный характер, однако предлагаемые методы коррекции психовегетативных расстройств до конца не разработаны. Это и обуславливает актуальность выбранной научной задачи.

Цель исследования: изучение клинических особенностей и структуры психовегетативных расстройств в климактерии и представить сравнительную оценку эффективности гормональной, негормональной и сочетанной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 90 пациенток с КС и психовегетативными нарушениями, которые получали три варианта терапии:

- гомеопатический (климактоплан);
- заместительная гормональная терапия (ЗГТ) (ливиал);
- сочетание ЗГТ и антидепрессантов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что психовегетативные расстройства наиболее ярко выражены в постменопаузальном периоде (от 1 до 5 лет) и представлены вегетативно-сосудистыми нарушениями (83,3%); болевыми синдромами (93,3%); мотивационными (86,7%) и эмоционально-аффективными расстройствами (73,3%). При этом, в раннем постменопаузальном периоде (от 1 до 5 лет) преобладали симптомы, характерные для синдрома вегетативной дистонии (83,3%); гипервентиляционные расстройства (100%); болевые синдромы (93,3%), включая головные боли с преобладанием мигренозных (40,0%), сосудистых и сочетанных головных болей (36,7%), а также нарушения сна, частые сонные апноэ (13,3%) и храп (70,0%). В этом же периоде имелись тревожно-депрессивные расстройства. В позднем постменопаузальном периоде (от 5 до 10 лет) достоверно преобладали нарушения сна (86,7%), косвенные признаки сонных апноэ: дневная сонливость и частые пробуждения от чувства нехватки воздуха (46,7%), головные боли напряжения (26,7%), умеренная и сильная степень депрессии и личностная тревога (76,7%). Весьма показательным является и тот факт, что степень выраженности психовегетативных расстройств зависела как от периода климактерия, так и от наличия в анамнезе гинекологических заболеваний и перенесенных гинекологических операций.

При сравнительной оценке эффективности различных методик коррекции нами установлено, что гомеопатическая терапия уменьшает вегетативные расстройства и все типы головных болей, улучшает сон и не оказывает влияния на эмоционально-аффективный синдром. Заместительная гормональная терапия достоверно уменьшает вегетативные проявления, переносимость болевых ощущений, уменьшает степень и частоту сосудистых головных болей, уменьшает эмоционально-аффективные расстройства и улучшает показатели качества жизни. Терапия антидепрессантами без гомеопатической и заместительной гормональной терапии влияет преимущественно на эмоционально-аффективную сферу путем уменьшения депрессивных и тревожных проявлений, что способствует улучшению сна, уменьшению интенсивности и восприятия болевых ощущений и приводит к повышению качества жизни.

Сочетанная гормональная и психотропная терапия положительно воздействовала практически на все изучаемые показатели вегетативной, мотивационной и эмоционально-аффективной сфер. С высокой степенью достоверности уменьшаются болевые ощущения и мигренозные атаки, частота косвенных признаков сонных апноэ и повышается уровень качества жизни. Положительные сдвиги происходят на фоне повыше-

ния уровней свободных фракций половых гормонов, что свидетельствует о наибольшей патогенетической обоснованности данного вида терапии.

Установлено, что если цефалгия является ведущей в клинической картине психо-вегетативных расстройств у женщин в климактерии, необходимо применять дифференцированный подход к лечению последнего, а именно: при наличии головных болей напряжения предпочтительнее гомеопатическая терапия и терапия антидепрессантами, сосудистые головные боли, помимо сосудорасширяющих и гипотензивных средств, целесообразно купировать назначением заместительной гормональной терапии, а при мигренозных головных болях – рекомендовать либо сочетанную заместительную гормональную терапию с психотропной, либо психотропную монотерапию при наличии противопоказаний к заместительной гормональной терапии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенных исследований, для климактерического синдрома характерен высокий уровень психо-вегетативных расстройств, что диктует необходимость сочетанного использования заместительной гормональной терапии и антидепрессантов. Это позволяет повысить эффективность лечения климактерических нарушений и улучшить качество жизни пациенток.

Шляхи зниження психо-вегетативних розладів при клімактеричному синдромі

Р.Р. Чуприна

Результати проведених досліджень свідчать, що для клімактеричного синдрому характерний високий рівень психо-вегетативних розладів, що диктує необхідність поєднаного використання замісної гормональної терапії і антидепресантів. Це дозволяє підвищити ефективність лікування клімактеричних порушень і поліпшити якість життя пацієнток.

Ключові слова: клімактеричний синдром, психо-вегетативні порушення, корекція.

Ways of decrease in psychovegetative frustration at a climacteric syndrome

R. R. Chupryna

Results of the spent researches, for a climacteric syndrome high level of psycho-vegetative frustration that dictates necessity combined uses of replaceable hormonal therapy and energizers is characteristic. It allows to raise efficiency of treatment of climacteric infringements and to improve quality of life of patients.

Key words: a climacteric syndrome, psychovegetative infringements, correction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2011. – № 1. – С. 5–8.
2. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблемы климакса в Украине // Педиатрия, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
3. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пери- і постменопаузальних порушень у жінок // Педиатрия, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 94–98.

УДК 619.173-02:618.14-06:616.89-008

Вплив поєднаної патології матки в постменопаузі на розвиток психологічних і метаболічних порушень

В.А. Шамрай

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з метаболічним синдромом у період постменопаузи, були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку ряду систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієнток без наявності метаболічного синдрому. Крім того, можна констатувати достовірне переважання тривоги в актуальному психічному стані, а також тривожності як особової характеристики у жінок з проявами метаболічного синдрому. Доля високотривожних осіб (сумарний бал вище 46) серед жінок з поєднаною патологією матки і метаболічним синдромом була достовірно вище в порівнянні з жінками періоду постменопаузи без метаболічного синдрому. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: клініко-вегетативні порушення, поєднана патологія матки, період постменопаузи.

У зв'язку зі збільшенням середньої тривалості життя, що спостерігається в даний час, особливого значення набувають різні аспекти, що визначають якість життя жінок в постменопаузі, у тому числі зміни в психо-вегетативній сфері.

Не дивлячись на достатнє вивчення клімактеричного синдрому [1–8], конкретні особливості вегетативної симптоматики у жінок, що пред'являють активні скарги і в тих, що не мають таких, повною мірою не визначені. Окрім вазомоторних симптомів клімактеричного синдрому (КС), від 16 до 31% жінок в пери- і постменопаузі відзначають погіршення настрою, виникнення депресивних порушень [1, 2]. З точки зору інших авторів [3, 4], існування синдрому менопаузи, що характеризується високим рівнем депресії, ставиться під сумнів. У більшості робіт, присвячених вивченню стану психо-вегетативної сфери в постменопаузі, основна увага приділяється клінічним дослідженням тривожних і депресивних розладів. При цьому недостатньо вивченими залишаються чинники, які, можливо, відіграють роль в їх розвитку (зокрема, індивідуальні характеристики особи і способи подолання стресу).

Мета дослідження: вивчити вплив поєднаної патології матки в постменопаузі на розвиток психологічних і метаболічних порушень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У нашому дослідженні 80 пацієток було розділено на дві групи: основна – жінки з поєднаною патологією матки (ППМ) і явищами метаболічного синдрому (50 обстежених) і контрольна – жінки з поєднаною патологією матки без метаболічного синдрому (30 пацієток).

У поняття ППМ ми об'єднали патологію ендометрія у поєднанні з лейоміомою матки (ЛМ), патологію ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології одночасно. У поняття патологія ендометрія ми включили: гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ) заліста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) і атипія ендометрія (АЕ) (за умови наявності метроррагії).

При зборі анамнезу зафіксовані всілякі скарги обстежуваних жінок з боку психоемоційної сфери.

Психовегетативні розлади оцінювалися у жінок в постменопаузі з активними скаргами на різні симптоми КС і без таких. Оцінювання ступеня тяжкості КС проводилася за допомогою модифікованого індексу менопаузи, який включав 3 шкали, по ним вироблялася бальна оцінка вегетативних, метаболічних і психоемоційних розладів. Ступінь тяжкості КС визначається сумою балів всіх шкал. Слабкий ступінь вираженості КС діагностується за умови, якщо сума була менша або рівна 12–34 балів, помірна – 35–58 балів, важка – більше 58 балів.

Рівень реактивної і особової тривоги визначався за допомогою тесту Спілберга–Ханіна. Шкала є семантичним диференціалом для виміру ступеня вираженості тривоги як стану (реактивна тривожність) і як риси особи (особова тривожність). Особова тривожність – відносно стійка характеристика – риса, що дає уявлення про схильність людини сприймати досить широкий круг ситуацій як загрозливі, реагувати на ситуації із станом тривожності різного рівня. Ступінь вираженості реактивної тривожності розглядалася як емоційний стан, що характеризується суб'єктивним відчуттям внутрішньої напруги і занепокоєння, що супроводжується активацією вегетативної нервової системи. У соціальному середовищі підвищення емоційної напруги, не маючи продуктивного поведінкового виходу, часто призводить не до збільшення адаптаційних можливостей, а до їх зниження за рахунок виникнення невротичних розладів.

Опитувальник мав 40 питань: з 1-го по 20-е відображають стан «реактивної» тривожності, а з 21-го по 40-е – «особову» тривожність, повсякденне самопочуття. Для зниження вірогідності утворення установки на позитивні і негативні питання в кожну з підшкал включено приблизно однакове число думок, що характеризують високий і низький ступінь тривожності. При обробці результатів враховувалася бальна оцінка реактивної тривожності по сумі: у підшкалах 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19, 20 – для оцінювання реактивної тривожності; у підшкалах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 – підсумовувалися бали для оцінки особової тривожності. Загальний підсумковий показник для кожної з підшкал знаходився в діапазоні від 20 до 80 балів: чим вище підсумковий показник, тим більше рівень тривожності

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієток обох груп нами виявлені наступні види ППМ:

- ЛМ і АЕ – в 20,22±2,25% спостережуваних групи з МС і в 14 (17,07±1,15%) групи без МС;

- ЛМ і ПЕ – в 33,71±3,01% обстежуваних основної групи і в 21,95 ±2,57% контрольній (p<0,01);

- ЛМ у поєднанні з ЗГЕ – в 7,87±1,85% жінок основної групи, в контрольній групі не виявлена (p<0,001);

- ЛМ у поєднанні з АМ і ПЕ – в 4,49 ±1,19% пацієток, що мають МС, і в 2,44±0,74% без ознак МС.

Ізольована патологія ендометрія в основній і контрольній групах представлена таким чином:

- АЕ в групі з МС – в 11,24±1,34% жінок і в 28,05±2,96% (p<0,001) без МС;

- ПЕ – в 17,98±1,01% пацієток основної групи і в 30,49±3,08% (p<0,001) групи контролю;

- ЗГЕ – 4,49±1,19% (p<0,001) основної групи, в групі контролю заліста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія також в групі з МС частіше зустрічалися ПЕ. У групі контролю при ізольованій формі патології ендометрія достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

При аналізі віку проспективно обстежених хворих в підгрупах, у свою чергу розподілених по наявності ізольованої або поєднаної форм патології ендометрії, було відмічено, що в основній групі з наявністю ізольованої патології ендометрії середній вік склав 60,51±1,51 року, із ППМ – 57,86±0,99 року, в контрольній групі з ПЕ – 60,54±1,34 і із ППМ – 58,02±1,53 року (p>0,05). Отже, вік хворих був трохи меншим в підгрупах із ППМ (p>0,05) обох груп.

Жінки з проявами МС і ізольованою патологією ендометрія за тривалістю постменопаузи були розподілені таким чином: тривалість постменопаузи до 5 років – в 33,33±3,06%, 6–10 років – в 33,33±3,06%, більше 11 років – в 33,34±3,06%. Серед пацієток без проявів МС з ізольованою формою патології ендометрія було 35,42±3,90%; 35,42±3,90%; 29,17±2,56% жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у спостережуваних жінок відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що обумовлене різними чинниками: тривалістю захворювання, поєднанням декілька патологічних процесів геніталій, особливостями попереднього лікування, що проводиться, соматичною патологією. В основному клінічна картина гіперпластичних процесів матки у обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Всі пацієтки на момент вступу відзначали скарги на кров'яні виділення із статевих шляхів, кожна третя жінка основної групи мала їх в анамнезі. Скарги на болі внизу живота пред'являли 43,82±2,25% пацієток основної і 36,59±2,31% – контрольній груп (p<0,05); ациклічні маткові кровотечі (АМК) в анамнезі відмічені в 32,58±2,96% і 12,20±1,61% (p<0,001) жінок відповідно.

Болі в поперековій області мали 25,84±1,64% пацієнтки, що мають ознаки МС, і 10,98±1,45% – що не мають МС ($p < 0,001$). Поллакіурія, дизурія, стресове нетримання сечі непокоїли 16,85±1,96% жінок основної і 10,98±1,45% – контрольної ($p < 0,05$) груп. Скарги з боку інших систем пред'являли 89,89±3,19% і 81,71±3,26% жінок – відповідно ($p < 0,05$).

На наш погляд, настільки виражена велика кількість скарг обумовлена віком і в основному наявністю метаболічних порушень. Аналіз скарг хворих обох груп дозволяє зробити висновок про те, що маткові кровотечі у пацієнток з ІПЕ і ППМ на фоні МС або без нього є основним симптомом і приводом для звернення по медичну допомогу серед жінок даної вікової групи. Тривалість перебігу ППМ склала 11,5±1,7 року у пацієнток основної групи і 10,87±1,6 – в групі контролю. З цього видно, що із збільшенням віку збільшується і тривалість існування патологічного процесу.

Тривалість кров'яних виділень на момент вступу в гінекологічне відділення в основній групі склала 1,4±0,07 міс, в групі контролю – 1,2±0,08 міс, що свідчить про недостатню медичну письменність пацієнток і неадекватність спостереження в жіночій консультації за цією групою хворих.

Отже, у жінок віку постменопаузи, що мають МС, були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку ряду систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієнток без наявності МС.

Отримані результати додаткових методів досліджень свідчать, що скарги на стомлюваність, зниження пам'яті, слізливість/збудливість пред'являли 43 (86,44±4,45%) пацієнтки основної групи і 16 (53,34±5,56%; $p < 0,001$) груп контролю. Нав'язливі ідеї у формі підозрливості/страхів відзначали 49 (83,05±4,88%) і 15 (44,12±4,51%; $p < 0,001$) хворих відповідно.

Тяжкість КС в основній групі склала 38,86±1,01 балу, в групі контролю 31,18±0,95 ($p < 0,001$).

У жінок, страждаючих метаболічним синдромом, виявлена велика інтенсивність вегетативних розладів при однаковій кількісній представленості, що і зумовило тяжкість КС: 20,1±0,69 балу в основній групі, 17,58±0,55 ($p < 0,01$) балів в групі контролю. У хворих з проявами МС частіше спостерігалися метаболічні розлади: середній бал – 8,23±0,25 і 4,76±0,27 ($p < 0,001$) – в групі без МС. При аналізі психоемоційних проявів КС наголошувалася достатня їх вираженість в обох групах: 10,35±0,23 балу в основній і 8,82±0,36 ($p < 0,001$) – в контрольній групах.

Був виявлений вищий рівень реактивної тривоги, що характеризує самопочуття в даний момент: 50,46±1,23 балу у жінок основної групи і 43,13±1,38 ($p < 0,01$) у пацієнток групи контролю. Ці дані підтверджуються високим рівнем соматовегетативних порушень, що може бути проявом соматизації тривоги (багатообразні скарги з боку серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової і інших систем) у жінок, страждаючих метаболічним синдромом. Рівень особової тривоги в основній групі також виявився вищим: 48,21±1,00 балу, в групі контролю 42,13±1,73 ($p < 0,05$) балів.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у жінок віку постменопаузи, що мають МС, були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку ряду систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієнток без наявності МС. Крім того, можна констатувати достовірне переважання тривоги в актуальному психічному стані, а також тривожності як особової характеристики у жінок з проявами МС. Доля високотривожних осіб (сумарний бал вище 46) серед жінок із ППМ і МС склала 67,50±6,10%, значно відрізняючись від жінок періоду постменопаузи без МС – 47,62±4,89% ($p < 0,01$). Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние сочетанной патологии матки в постменопаузе на развитие психологических и метаболических нарушений В.А. Шамрай

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин постменопаузального возраста, имеющих метаболический синдром, были достоверно более выражены сочетанные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального цикла) при сопоставлении с аналогичными показателями пациенток без наличия метаболического синдрома. Кроме того, можно констатировать достоверное преобладание тревоги в актуальном психическом состоянии, а также тревожности как личностной характеристики у женщин с проявлениями метаболического синдрома. Доля высокотривожных личностей (суммарный балл выше 46) среди женщин с сочетанной патологией матки и метаболическим синдромом была достоверно выше по сравнению с женщинами постменопаузального периода без метаболического синдрома. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.
Ключевые слова: клиничко-вегетативные нарушения, сочетанная патология матки, постменопаузальный период.

Influence complex uterus pathologies in postmenopause on development of psychological and metabolic infringements V.A. Shamraj

Results of the spent researches testify that at women postmenopausal age, having a metabolic syndrome, have authentically been more expressed complex complaints (from a number of the systems, transferred before anomaly of menstrual cycle) by comparison to similar indicators of patients without presence of a metabolic syndrome. Besides, it is possible to ascertain authentic prevalence of alarm in an actual mental condition, and also uneasiness as personal characteristic at women with displays of a metabolic syndrome. The share highalarm persons (a total point above 46) among women with complex pathology of a uterus and a metabolic syndrome was authentically above in comparison with women postmenopausal period without a metabolic syndrome. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: clinical-vegetative infringements, complex uterus pathology, postmenopausal period.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л. В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариктомиического 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.

УДК 618.312-06:618.177-089.888.11

Влияние репродуктивного анамнеза на своевременную диагностику внематочной беременности

А.Я. Шевага

Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Как показали результаты проведенных исследований, трубная беременность у женщин с различным репродуктивным анамнезом имеет специфические особенности. Так, основными клиническими симптомами трубной беременности являются задержка месячных (72,4%); боль в животе (77,3%) и кровянистые выделения из половых путей (71,0%). Частота этих симптомов ниже у пациенток после микрохирургических операций на трубах и у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий. Диагностическая ценность различных методов исследования при обследовании пациенток с подозрением на трубную беременность находится в следующей последовательности: лапароскопия (1,0); определение в моче хорионического гонадотропина (0,97); ультразвуковое исследование органов малого таза влагалитичным датчиком (0,88) и брюшностеночным датчиком (0,87); выскабливание стенок полости матки (0,71); кульдоцентез (0,63) и гинекологическое обследование (0,49).

Ключевые слова: трубная беременность, репродуктивный анамнез.

Внематочная беременность является тяжелой патологией, которая, несмотря на все достижения современной гинекологии, представляет угрозу здоровью и жизни женщины, в структуре причин материнской смертности в Украине занимает 3–4%, что в 2–3 раза превышает данный показатель в странах Европы [1–3]. При этом трубная локализация имеет место в 95–98% случаев внематочной беременности [1–3].

Основным методом лечения трубной беременности (ТБ) является оперативный, однако после операции в 40–60% случаев развивается вторичное бесплодие, а в 10–15% – повторная внематочная беременность [1–3]. К основным факторам риска развития трубной беременности относятся ранее перенесенные аборт и внематочные беременности, операции на трубах, урогенитальные инфекции, наличие внутриматочной контрацепции, половой инфантилизм и др. [1–3].

В то же время некоторые авторы [1–3] считают, что значительный рост трубной беременности связан не только с ухудшением гинекологического здоровья женщин, но и широким внедрением в практику новых репродуктивных технологий, а также со значительным улучшением диагностики вследствие лабораторного определения хорионического гонадотропина в крови и моче, лапароскопии (ЛС) и ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза, особенно, при влагалитичном доступе.

Вместе с тем, несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме трубной беременности, нельзя считать все вопросы полностью решенными. В первую очередь это касается внематочной беременности у женщин с различным репродуктивным анамнезом.

Все изложенное выше явилось основанием к проведению научных исследований в данном направлении, к изучению современных клинико-диагностическим аспектам трубной беременности у женщин с различным репродуктивным анамнезом.

Цель исследования: изучение основных клинико-диагностических аспектов трубной беременности у женщин с различным репродуктивным анамнезом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач был проведен анализ клинических наблюдений за 227 пациентками, которым по экстренным показаниям выполняли лапароскопическое лечение ТБ. На сегодня хорошо известны преимущества эндоскопического лечения ТБ по сравнению с традиционным лапаротомным методом, поэтому группы сравнения из женщин, которым проводилось общепринятое лечение ТБ, в настоящем исследовании нет.

Все обследуемые пациентки были распределены на три группы в зависимости от репродуктивного анамнеза:

- в 1-ю группу включены 35 женщин, у которых ТБ наступила после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ);
- во 2-ю группу вошли 47 пациенток с ТБ, наступившей после микрохирургического вмешательства на маточных трубах;
- в 3-ю (контрольную) – 145 пациенток с ТБ, которые до настоящего заболевания на постоянном учете у гинеколога не состояли.

Помимо общеклинического обследования (сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, лабораторные анализы, ЭКГ, консультации при необходимости хирурга или терапевта) больным проводили и дополнительные методы исследования – УЗИ брюшностеночным и влагалищным датчиками, кульдоцентез, выскабливание полости матки, гормональную кольцитологию, измерение базальной температуры, определение ХГЧ в моче, диагностическую и лечебную ЛС. Помимо этого у части пациенток, с целью уточнения этиологического фактора ТБ, изучали первичную документацию с анализом предыдущих клинико-анамнестических данных, результатов гормонального лечения, гистеросальпингографию, ЛС и результаты предыдущих микробиологических исследований (хламидии, вирус простого герпеса, микоплазмы, уреоплазмы и кандиды).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в прямой зависимости от качества диспансерного наблюдения находится клиника ТБ. Так, в 1-й группе у 94,3% женщин после ВРТ диагноз ТБ был установлен до поступления в гинекологический стационар у 26 (74,3%) беременность была ненарушенной. Во 2-й и, особенно, в 3-й группах женщин этот показатель был значительно хуже – соответственно у 51,1% и 35,9%, а в целом перед ЛС диагностированы ненарушенные ТБ у 91 из 227 пациенток (40,1%). Это свидетельствует о хороших диагностических возможностях и насторожен-

ности гинекологов в отношении ТБ. Классическая картина ТБ, описанная в руководствах, была в основном у больных контрольной группы, которые на специальном учете у гинеколога ранее не состояли. Во 2-й группе (после пластических операций на трубах в анамнезе) и, особенно, у больных 1-й группы чаще клиника ТБ была смазанной, не явной. Такие «классические» жалобы при ТБ как задержка месячных, боль в животе и кровянистые выделения из половых путей у пациенток после ВРТ наблюдались соответственно в 54,3%; 31,4% и 25,8%; во 2-й группе эти жалобы были чаще, соответственно – у 61,7%; 66,0% и 59,6% пациенток; в 3-й группе соответственно – 72,4%; 77,3% и 71,0%, что достоверно выше ($p < 0,05$).

Диагностические процедуры по ценности и степени информативности оказались в следующей последовательности: гинекологический осмотр, кульдоцентез, выскабливание полости матки, УЗИ, определение в моче ХГЧ и ЛС. Причем, оказалось, что при гинекологическом осмотре больных 1-й группы правильный диагноз был установлен у 62,9%; во 2-й группе – у каждой второй больной, а в 3-й группе – у каждой третьей пациентки, т.е. и этот показатель напрямую зависел от предыдущей информированности врачей о своих больных. Травматичные и морально труднопереносимые женщиной кульдоцентез и выскабливание полости матки у больных 1-й группы не проводили; у больных 2-й группы помогли установить диагноз ТБ соответственно у 59,4% и 71,9% пациенток; в 3-й группе – соответственно у 67,9% и 70,4% женщин. При ненарушенной ТБ эти процедуры малоинформативны. Очень ценным методом является УЗИ, особенно проводимое одномоментно брюшностеночным и внутривлагалищным способом. Однако результаты его во многом зависят от разрешающей способности используемой в работе аппаратуры. Дополнительную ценную информацию о наличии беременности в организме несет анализ уровня ХГЧ, однако недостатком метода является то, что он не позволяет напрямую диагностировать ТБ. Окончательное слово в постановке правильного диагноза ТБ удавалось поставить во всех случаях только с помощью ЛС.

Именно ЛС помогла окончательно установить, что клинически ТБ протекала по типу трубного аборта у 62 наблюдавшихся из 227 (27,3%) пациенток, а по типу разрыва маточной трубы – у 74 из 227 (32,6%) пациенток. Если прогрессирующая ТБ чаще диагностирована у больных после ВРТ, реже – у пациенток 2-й группы и еще реже – в 3-й группе, то частота трубного аборта и разрыва маточной трубы были в обратной последовательности у этих же женщин. Методом ЛС было также подтверждено, что своевременность постановки диагноза, госпитализации и лечения пациенток с ТБ напрямую зависят от качества наблюдения женщин в консультациях. Только в подгруппе после ЭКО ТБ одинаково часто была справа и слева, а у остальных больных ТБ локализовалась в правой маточной трубе в 1,8 раза чаще, чем слева. Одновременно было обнаружено, что ТБ в истмическом отделе трубы во всех группах встречалась примерно с одинаковой частотой (60–66%). В то же время, частота локализации в трубном отделе у женщин всех групп возрастала от 22,9% до 33,1%; а в маточном отделе – соответственно уменьшалась с 17,1% до 6,9%. Такие же закономерности обнаружены и при анализе сроков ТБ: частота малых сроков (до 5 нед беременности) по группам у женщин снижалась с 40% (в 1-й группе) до 9% (в 3-й группе). Наоборот, сроки ТБ более 8 нед у женщин после ВРТ встречались редко (14,3%) и чаще у больных 2-й группы (19,2%) и, особенно, в 3-й группе (32,4%). По-видимо-

му, эти закономерности были обусловлены техническими особенностями оплодотворения женщины и качеством наблюдения за пациентками.

ЛС позволила не только правильно установить диагноз ТБ, но и выявить дополнительную органическую патологию со стороны внутренних гениталий у 50 из 145 больных 3-й группы (34,5%) в первую очередь поликистозные изменения яичников и инфантилизм. В 1-й и 2-й группах пациенток ЛС в ряде случаев был уточнен диагноз предшествующей гинекологической патологии.

В связи с неперспективностью сохранения маточных труб у всех женщин 1-й группы, а также у 87,3% 2-й группы была выполнена тубэктомия и больные подготовлены на ВРТ. При нормальных размерах прогрессирующей ТБ (до 25 мм в диаметре) была с успехом выполнена органосохраняющая операция, т.е. туботомия и туборрафия, у 30 больных (6 – 2-й группы и 24 – 3-й группы) с обязательной инстилляцией ложа плодного яйца и последующим контролем анализа мочи на ХГЧ. Еще 31 больной на контралатеральной трубе (9 наблюдений, все пациентки 2-й группы), или на беременной трубе выполнены операции сальпингостомии. В целом пластические операции выполнены у каждой третьей пациентки 2-й и 3-й групп. Помимо этого у 67 из 227 (29,5%) больных (чаще у пациенток 2-й группы) произведен сальпинголизис. По желанию женщин в 35 наблюдениях была произведена стерилизация путем лапароскопической тубэктомии.

Лишь у 14 из 227 (6,2%) пациенток с ТБ (3-я группа) кровопотеря была в пределах 400–600 мл, что потребовало назначение противоанемического лечения после ЛС. В целом у 59,5% пациенток кровопотеря составила менее 100 мл, что удалось добиться своевременной постановкой диагноза и лечения с помощью малотравматичной операции ЛС. В связи с небольшим объемом кровопотери, малой продолжительностью и своевременностью операций, которые чаще выполняли под внутривенной анестезией, в послеоперационном периоде осложнений у женщин не отмечалось.

ВЫВОДЫ

Как показали результаты проведенных исследований, трубная беременность у женщин с различным репродуктивным анамнезом имеет специфические особенности. Так, основными клиническими симптомами трубной беременности являются задержка месячных (72,4%); боль в животе (77,3%) и кровянистые выделения из половых путей (71,0%). Частота этих симптомов ниже у пациенток после микрохирургических операций на трубах (61,7%; 66,0% и 59,6%) и еще меньше у женщин после ВРТ (54,3%; 31,4% и 25,8% соответственно).

Диагностическая ценность различных методов исследования при обследовании пациенток с подозрением на трубную беременность находится в следующей последовательности: лапароскопия (1,0); определение в моче хорионического гонадотропина (0,97); ультразвуковое исследование органов малого таза влагалищным датчиком (0,88) и брюшностеночным датчиком (0,87); выскабливание стенок полости матки (0,71); кульдоцентез (0,63) и гинекологическое обследование (0,49).

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при ТБ у женщин с различным репродуктивным анамнезом.

Влияние репродуктивного анамнеза на своевременную диагностику позаматочной беременности

О.Я. Шеввага

Как показали результаты проведенных исследований, трубная беременность у женщин с различным репродуктивным анамнезом имеет специфические особенности. Так, основными клиническими симптомами трубной беременности являются задержка месячных (72,4%); боль в животе (77,3%) и кровянистые выделения из половых путей (71,0%). Частота этих симптомов ниже у пациенток после микрохирургических операций на трубах и у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий. Диагностическая ценность различных методов исследования при обследовании пациенток с подозрением на трубную беременность находится в следующей последовательности: лапароскопия (1,0); определение в моче хорионического гонадотропина (0,97); ультразвуковое исследование органов малого таза вагинальным датчиком (0,88) и брюшностеночным датчиком (0,87); выскабливание стенок полости матки (0,71); кульдоцентез (0,63) и гинекологическое обследование (0,49).

Ключевые слова: трубная беременность, репродуктивный анамнез.

Influence of the reproductive anamnesis on timely diagnostics of extra-uterine pregnancy

A.J. Shevaga

As have shown results of the lead researches, tube pregnancy at women with the various reproductive anamnesis has specific features. So, the basic clinical symptoms tube pregnancy are a delay monthly (72,4%); pains in a stomach (77,3%) and bleeding allocation from sexual ways (71,0%). Frequency of these symptoms is lower at patients after microsurgical operations on pipes and at women after auxiliary reproductive technologies. Diagnostic value of various methods of research at inspection of patients with suspicion on tube pregnancy is in the following sequence: a laparoscopy (1,0); definition in urine horionical gonadotropine (0,97); ultrasonic research of bodies of a small basin vaginal the gauge (0,88) and abdominal the gauge (0,87); curetaze walls of a cavity of a uterus (0,71); culdocentesis (0,63) and gynecologic inspection (0,49).

Key words: tube pregnancy, the reproductive anamnesis.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндовидеохирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 4. – С. 78–82.
2. Рутенбург Г.М., Чуйко И.В., Жемчужина Т.Ю. Лечение ненарушенной трубной беременности путем внутриматочного введения метотрексата при лапароскопической операции // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 2007. – № 1. – С. 149–153.
3. Стрижелецкий В.В., Борнисов А.Б., Рывкин А.Ю. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 51–53.

УДК 618.146-08

Роль нереализованной репродуктивной функции в генезе рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки

Е.И. Соколова

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что комплексный подход к решению сложной научной задачи с дополнительным включением иммунотропной терапии позволяет повысить эффективность лечения и уменьшить частоту рецидивирования фоновых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин. Это позволяет рекомендовать данную методику для широкого применения в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: патология шейки матки, тактика лечения.

В настоящее время установлена основная роль рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки (РФЗШМ) в развитии не только предракового процесса, и рака шейки матки (ШМ), которая характеризуется высоким уровнем инвалидизации и смертности [1, 2]. Среди основных причин РФЗШМ выделяют наличие сочетания вирусных и бактериальных инфекций, лечение которых недостаточно эффективно в результате нарушения локальной противоинойфекционной резистентности слизистых оболочек влагалища на фоне развития вторичного иммунодефицита [3, 4].

Среди современных методов терапии РФЗШМ выделяют системное и местное лечение, направленное как на подавление патогенного агента, так и на восстановление локальных иммунных процессов в слизистых оболочках и индукцию реакций иммунитета на уровне организма [1–4].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме патологии ШМ нельзя считать все вопросы полностью решенными. На наш взгляд, заслуживает особенное внимание изучения роли нереализованной репродуктивной функции в развитии РФЗШМ, особенно с учетом возникающих иммунологических и метаболических нарушений системного и местного характера. Эффективное лечение данной патологии у нерожавших женщин позволит не только снизить частоту патологии ШМ, но и восстановить репродуктивную функцию молодых женщин.

Все это, безусловно, свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

Цель исследования: изучить роль нереализованной репродуктивной функции в генезе рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки, а также усовершенствовать алгоритм лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и заданий нами было проведено комплексное клинико-функциональное и лабораторное обследование 120 нерожавших женщин в возрасте 18–25 лет с РФЗШМ: эктопия шейки матки, лейкоплакия и папиллома ШМ, которые развились на фоне урогенитальной инфекции (УГИ). Все пациентки были распределены на четыре группы в зависимости от используемых лечебных мероприятий:

1-я группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших радиоволновую терапию;

2-я группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших кроме радиоволновой терапии иммунотропную терапию;

3-я группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших криодеструкцию;

4-я группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших кроме криодеструкции иммунотропную терапию.

Критериями включения женщин в исследование было наличие фонового заболевания (эрозия, эктопия на фоне эндо- и экзоцервицита), подтвержденными при кольпоскопическом исследовании, а также нереализованная репродуктивная функция (беременности были возможными, но лишь в сроки до 22 нед).

Критериями исключения из исследования были возраст до 18 и старше 25 лет; роды в анамнезе; воспалительные процессы репродуктивной системы в стадии обострения; онкологические (carcinoma in situ, микроинвазивный и инвазивный рак) и диспластические изменения ШМ.

Для радиоволновой терапии использовали аппарат «Сургитрон ЕМС», с частотой радиоволны 3,8 МГц в непрерывном, бесконтактном режиме и мощностью 40–60 Вт в зависимости от глубины и распространенности патологического процесса.

С целью проведения криодеструкции применяли аппарат «Криотон-3» методикой двуциклового замораживания, которая заключается в повторном замораживании ткани через 10–12 мин после первого.

Как иммунотропную терапию применяли: лавомакс – иммуномодулирующий и противовирусный препарат группы индукторов интерферона; генферон – комбинированный иммуномодулирующий препарат с противовирусным действием и протектазид – фитопрепарат с противовирусным действием.

При выборе препаратов использовали индивидуальные подбор под контролем иммунологических методов исследования.

В комплекс методов исследования были включены клинические, функциональные и лабораторные методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что нереализованная репродуктивная функция женщины является одной из причин развития рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки за счет высокой частоты искусственных абортов (43,3%), первичного и вторичного бесплодия (23,3%), привычного невынашивания (6,7%), а также перенесенных сальпингоофорита (26,7%); изменений микробиоценоза половых путей (56,7%) и нарушений менструальной функции (16,7%).

Характерной особенностью клинической симптоматики у нерожавших женщин с рецидивирующими заболеваниями шейки матки является отсутствие жалоб в 50,8% случаев, причем в 24,2% они были нехарактерными в виде болевого синдрома и ухудшения общего самочувствия. Среди специфических жалоб основными были патологические выделения из половых путей воспалительного характера и диспареуния.

Макроскопически рецидивирующие фоновые заболевания шейки матки у нерожавших женщин проявляются чаще в виде гипертрофии шейки матки (43,3%) по сравнению с ее деформацией (10,0%) и уплотнением (26,7%).

Кольпоскопическая картина рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин характеризуется преобладанием тонкой лейкоплакии (43,3%) и пунктации (37,5%) в сравнении с ацетобелым плоским эпителием (19,2%) и мозаикой (16,7%).

У нерожавших женщин с рецидивирующими фоновыми заболеваниями шейки матки цитологическая картина заключается в высокой частоте воспалительных изменений (38,3%), пролиферации цилиндрического эпителия (33,3%), гиперкератоза (27,5%), метаплазии плоского эпителия (20,0%) и койлоцитоза (15,8%), а также в каждом третьем случае – их сочетанием – 34,9%.

Для рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин характерны декомпенсированные изменения местного иммунитета в виде дисбаланса фагоцитоза, увеличения содержания иммуноглобулина М при одновременном снижении иммуноглобулина А и соотношение лактат/пируват, что происходит на фоне значительного обсеменения половых путей кандидами (36,7%), штаммами стафилококка (13,3%) и энтерококками (10,0%).

Эффективность предлагаемого алгоритма лечебно-профилактических мероприятий наблюдается в течение 2–4 нед от начала лечения и сопровождается нормализацией картины мазков соскобного материала из мочеиспускательного канала, влагиалища, канала шейки матки, уменьшением числа лейкоцитов, количества слизи, исчезновением дрожжевого мицелия, уменьшением числа кокков, мелких палочек, появлением большого числа лактобактерий. Полная эпителизация раневой поверхности происходила на $5,9 \pm 0,6$ дня раньше на фоне иммунокоррекции, а через 6 нед отмечена элиминация патогенного агента и улучшение регенеративных процессов в шейке матки, которая свидетельствует об эффективности дополнительного использования иммуностропной терапии.

Частота рецидивирования фоновых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин составила 10,0%, причем лишь в случаях без дополнительного использования иммуностропной терапии. Усовершенствованный нами алгоритм позволяет нормализовать кольпоскопическую картину, состояние микробиоценоза половых путей и местного иммунитета, а также предупредить рецидивирование фоновых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин.

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, комплексный подход к решению сложной задачи с дополнительным включением иммуностропной терапии позволяет повысить эффективность лечения и снизить частоту

рецидивирования у нерожавших женщин. Это позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

Роль нереализованої репродуктивної функції в генезі рецидивуючих фонових захворювань шийки матки

К.І. Соколова

Результати проведених досліджень свідчать, що комплексний підхід до рішення складної задачі з додатковим включенням імунотропної терапії дозволяє підвищити ефективність лікування і знизити частоту рецидивування фонових захворювань шийки матки у жінок, які не народжували. Це дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: патологія шийки матки, тактика лікування.

Role of non-realised reproductive function in genesis of recedive background diseases of cervix uterus

K.I. Sokolova

The results of these studies suggest that an integrated approach to solving complex scientific problems with the additional inclusion of immunotropic therapy can improve the effectiveness of treatment and reduce the frequency of recurrence of background diseases of the cervix in nulliparous women. This allows us to recommend this technique for widespread use in practical public health.

Key words: cervical pathology, treatment strategy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б., Кондратюк В.К., Юнгер В.І. Генферон в комплексному ліченні фонових процесів шийки матки у пацієнток з запальними захворюваннями геніталій // Здоров'я жінчини. – 2009. – № 8. – С. 40–45.
2. Гойда Н.Г. Стан та проблеми організації надання медичної допомоги жінкам з онкогінекологічною патологією / Н.Г. Гойда // Злоякісні новоутворення. – К.: Телеоптик, 2009. – С. 5–6.
3. Дубініна В.Г. Оптимізація лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії II / В.Г. Дубініна, Н.Г. Кузева // Репродуктивне здоров'я жінчини. – 2008. – № 5. – С. 216–217.
4. Товстановська В.А. Причини виникнення дисплазії шийки матки у дівочок-підлітків // Здоров'я жінчини. – 2010. – № 1. – С. 212–217.

УДК 618.177-02:618.11-006-08

Оптимизация лечения бесплодия у женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и ановуляцией

О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с доброкачественными новообразованиями яичников и ановуляцией на фоне нереализованной репродуктивной функцией составляют группу высокого риска не только в плане бесплодия, но и вынашивания беременности с позитивными перинатальными результатами. Предлагаемый нами алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет не только повысить частоту восстановления репродуктивной функции, но и снизить уровень гестационных осложнений. Это дает нам право рекомендовать данный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования яичников, ановуляция, бесплодие, лечение.

На сегодняшний день доброкачественные новообразования яичников (ДНЯ) являются самой распространенной патологией среди женщин репродуктивного возраста, занимая более 50% в структуре всей гинекологической заболеваемости [1–4]. Среди основных особенностей данной патологии в последние годы можно выделить „омолаживание” ДНЯ и их негативное влияние на репродуктивную функцию женщин, которая приводит к увеличению удельного веса женщин с ДНЯ, которые были нерожавшими [1–4]. Основными причинами такой негативной тенденции считают увеличение патологии пубертатного периода с патологическим становлением менструального цикла, рост соматической заболеваемости, в том числе и дисгормонального генеза, нерациональное использование современных контрацептивных средств, неблагоприятное влияние экологической обстановки и др. [1–4].

Хирургическое лечение ДНЯ в структуре используемых лечебно-профилактических мероприятий занимает ведущее место, достигая 60–70% [1–4]. Невзирая на значительное число научных публикаций по проблеме хирургического лечения ДНЯ нельзя считать все вопросы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь, это касается оптимизации эндоскопического лечения и послеоперационной реабилитации пациенток с нереализованной репродуктивной функцией,

а также тактики ведения наступившей беременности. Публикации по этому научному вопросу являются одиночными и носят фрагментарный характер.

Все изложенное выше явилось для нас основанием к проведению научных исследований в данном направлении, которое позволит существенно снизить частоту разной патологии репродуктивной системы, а также улучшить результаты родоразрешения этих пациенток.

Цель работы: снизить частоту нарушений репродуктивной функции и последующих гестационных осложнений у нерожавших женщин с ДНЯ и ановуляцией, на основе изучения у них клинико-эхографических, морфологических, эндокринологических и иммунологических особенностей, а также разработать и внедрить комплекс диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было обследовано 130 пациенток, которые были распределены на группы:

- контрольная 1-я группа – 30 гинекологически и соматически здоровых женщин репродуктивного возраста;
- 1 группа – 50 пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ), которые в анамнезе имели 1–2 родов;
- 2 группа – 50 пациенток с ДНЯ и ановуляцией, у которых не было родов в анамнезе.
- 2.1. подгруппа – 40 пациенток, забеременевших после проведенного лечения;
- контрольная 2-я группа – 30 первобеременных без соматической и акушерской патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Всем пациенткам было проведено лапароскопическое лечение ДНЯ.

Послеоперационная реабилитация пациенток проводилась дифференцировано с учетом морфологических особенностей изъятых тканей, наличия сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, а также репродуктивного анамнеза пациенток.

Всем пациенткам вместе с детальным клиническим исследованием проводили комплексное функциональное и лабораторное обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными клиническими особенностями ДНЯ и ановуляцией у нерожавших женщин является высокая частота бесплодия (80,0%); выраженный болевой синдром (34,0%); альдисменорея (44,0%); ациклические кровотечения (28,6%), кровянистые выделения в середине цикла (38,1%), а также хронический сальпингофорит (30,0%) и патологические изменения шейки матки (34,0%).

У нерожавших женщин с ДНЯ и ановуляцией дисгормональные нарушения зависят от фазы менструального цикла и характеризуются в фолликулярную фазу достоверным снижением содержания Е ($p < 0,001$) при одновременном повышении уровня Прл ($p < 0,01$); в лютеиновую фазу – достоверным повышением содержания Е ($p < 0,01$); ПГ ($p < 0,01$); ЛГ ($p < 0,01$) и ФСГ ($p < 0,001$).

Основным методом оперативного лечения ДНЯ и ановуляцией у нерожавших женщин является лапароскопия с таким объемом оперативного вмешательства: эндокоагуляция очагов эндометриоза (56,0%); разъединение соединений (50,0%); сальпингоовариолизис (34,0%); сальпингостомия (26,0%), фимбриопластика (20,0%) и консервативная миомэктомия (14,0%).

При морфологическом исследовании ДНЯ отмечено преобладание эндометриом (56,0%); серозных (22,0%) и муцинозных цистоаденом (20,0%), а также наличие лейомиоматозных узлов (14,0%).

Эффективность индивидуально подобранной комплексной терапии, включающей лапароскопическое лечение со следующей реабилитацией с использованием гормональной и антигормональной терапии на протяжении 2–3 лет составляет 80,0%.

Клиническое течение беременности после комплексного лечения ДНЯ характеризуется высокой частотой плацентарной недостаточности (45,0%); гестационной анемии (42,5%) и преэклампсии (15,0%), что приводит к значительному уровню осложнений при родоразрешении: преждевременный разрыв плодовых оболочек (32,5%); аномалии родовой деятельности (25,0%) и дистресс плода (20,0%), что приводит к высокой частоте преждевременных родов (7,5%) и кесаревых сечений (42,5%).

Перинатальные последствия родоразрешения женщин с ДНЯ в анамнезе характеризуются высокой частотой интранатальной асфиксии различной степени тяжести (32,5%), ЗВУР плода (32,5%), интраамниального инфицирования (15,0%) и постгипоксической энцефалопатии (25,0%).

Для практической охраны здоровья необходимо рекомендовать следующие моменты:

1. С целью восстановления репродуктивной функции яичников у нерожавших женщин с ДНЯ и ановуляцией необходимо использовать комплексный подход из максимально щадящим объемом лапароскопического вмешательства со следующей реабилитацией на основе использования гормональной и антигормональной терапии.

2. При ведении беременности у женщин с ДНЯ в анамнезе необходимо использовать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты плацентарной недостаточности, гестационной анемии и преэклампсии, а при родоразрешении – аномалий родовой деятельности.

3. С целью контроля за эффективностью лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у нерожавших женщин с ДНЯ и ановуляцией необходимо динамическое исследование основных клинических, эхографических и эндокринологических показателей.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с ДНЯ и ановуляцией на фоне нереализованной репродуктивной функции составляют группу высокого риска не только в плане лечения бесплодия, но и в дальнейшем – вынашивание беременности с позитивными перинатальными результатами. Предложенный нами алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет не только повысить частоту восстановления репродуктивной функции, но и снизить уровень гестационных осложнений. Это дает нам право рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

Оптимізація лікування безпліддя у жінок з доброякісними новоутвореннями яєчників і ановуляцією

О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с ДНЯ и ановуляцией на тлі нереалізованої репродуктивної функції становлять групу високого ризику не тільки в плані лікування безпліддя, але надалі – виношування вагітності з позитивними перинатальними результатами. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але і знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: доброякісні новоутворення яєчників, ановуляція, безпліддя, лікування.

Optimisation of treatment of barrenness at women with good-quality new growths ovariums and anovulation

O.V. Gorbunova, N.A. Marjanchik

Results of the spent researches testify, that women with good-quality new growths ovariums and anovulation against non-realised reproductive function make group of high risk not only in respect of barrenness, but also prolongation pregnancy with good perinatal results. The algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions offered by us allows not only to raise frequency of restoration of reproductive function, but also to lower level gestation complications. It grants to us is right recommend the given algorithm for wide use in practical public health services.

Key words: good-quality new growths ovaries, anovulation, barrenness, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфология: руководство. – М.: Медицина, 2011. – 383 с.
2. Адамьян Л.В., Алексеева М.Л., Минина Л.С. Гормональный статус и стероидрегулируемая система эндометрия у пациенток с доброкачественными опухолями и эндометриоидными кистами яичников // Акуш. и гин. – 2010. – № 9. – С. 55–57.
3. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.В. Эндометриоидная болезнь. – СПб., 2012. – С. 136–141.
4. Белоглазова С.Е., Зурабиани С.Р., Джабраилова С.Ш. Хирургическое лечение образований яичников лапароскопическим доступом. // Акуш. и гин. – 2005. – № 4. – С. 23–24.

УДК 618.177-089.888.11:616.697

Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при поєднанні жіночого і чоловічого безпліддя

М.М. Адамов

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

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, а й народження живої здорової дитини.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, безпліддя.

Останнім часом допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються в подружніх пар з різними варіантами безпліддя, причому ефективність їх постійно підвищується [1–3]. На сьогоднішній день наголошується неухильне зростання долі чоловічого чинника в безплідному шлюбі, 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 відбивається на ефективності лікування [1–3].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми допоміжних репродуктивних технологій не можна вважати її 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 допоміжних репродуктивних технологій (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 мужа (ШИСЧ) (n=36 – 21,4%);

1.2 підгрупа – екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріонів (ЕКЗ) (n=53 – 31,5%);

1.3 підгрупа – ЕКЗі 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 чинником 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 – розробленні 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 досягає 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 геніталій з патозооспермією (42,7%), варикоцеле з порушенням сперматогенезу (51,3%), гіпоандрогенія з астено- і олігозооспермією (24,5%).

Середній вік пацієнок, що використовують допоміжні репродуктивні технології 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 штучної інсемінації спермою чоловіка 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 екстракорпорального запліднення складає 72,6% – настання вагітності і 57,8% – пологи; при ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту – 10,2% і 7,2%, а при штучній інсемінації спермою донора – 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 живою 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:

- штучна інсемінація спермою мужа (21,4%);
- екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріонів (31,5%);
- екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріонів з технікою ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту (39,3%);
- штучна інсемінація спермою донора (7,7%).

Програма штучної інсемінації спермою мужа необхідно проводити по вдосконаленому протоколу:

- проведення обов'язкової стимуляції овуляції з антиестрогеном і р-ФСГ для досягнення оптимального числа домінуючих фолікулів в кількості не менше 3-х;
- призначення «овуляторної» дози ХГ 5000 Од досягши 1 домінуючого фолікула до 21 мм або 3-х фолікулів до 18 мм, а також при товщині ендометрія 8 мм;

- обробку сперми в градієнті щільності, що дозволяє отримати не менше 1–5 млн рухомих сперматозоїдів для інсемінації;

- проведення процедури штучної інсемінації спермою чоловіка через 35–36 год після введення «овуляторної» дози ХГЧ, техніка введення сперми має бути ідентична ембріопереносу.

За відсутності ефекту від проведення програми штучної інсемінації спермою мужа при чоловічому чиннику безпліддя, показано проведення програми ін'єкції сперматозоїда в цитоплазму ооциту.

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 використання диференційованого підходу для проведення різних програм ДРТ при чоловічому чиннику безпліддя. При цьому використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити частоту не лише настання вагітності, але і народження живої здорової дитини.

Оптимизация вспомогательных репродуктивных технологий при сочетании женского и мужского бесплодия

М. М. Адамов

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, бесплодие.*

Optimisation auxiliary reproductive technologies at a combination of female and man's barrenness

M. M. Adamov

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, barrenness.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2012. – 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», 2011. – 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.

Вплив аутоімунної патології щитоподібної залози на стан оваріального резерву у жінок з безпліддям

Д.Ю. Берая

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 рази вище в порівнянні з фертильними жінками (48% і 12,5%). У структурі патології щитоподібної залози переважає носійство антитіл до тиреопероксидази у поєднанні з ультразвуковими ознаками аутоімунного тиреоїдиту (24% і 8,7%); субклінічний гіпотиреоз (8,6% і 2,5%) і еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5%). Провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з аутоімунним тиреоїдитом займає зовнішній генітальний ендометріоз (34,4%); у пацієнок з гіпотиреозом – ендокринне безпліддя (29,8%), у жінок з еутиреоїдним зобом і без патології щитоподібної залози – трубно-перитонеальний чинник безпліддя (33,3% і 39,8%). Отримані дані свідчать про зниження основних параметрів оваріального резерву у пацієнок з аутоімунним тиреоїдитом в порівнянні з групою жінок без патології щитоподібної залози, що ймовірно пов'язане з аутоімунним генезом цієї патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: безпліддя, тиреоїдна патологія, оваріальний резерв.

На сьогодні аутоімунні захворювання щитоподібної залози (АЗЩЗ), хвороба Грейвса (ХГ), що протікає з тиреотоксикозом і тиреоїдит Хашимото, що є основною причиною розвитку гіпотиреозу, зустрічаються приблизно в 5% населення земної кулі і можуть призводити до розвитку патології в репродуктивній системі жінок найчастіше у вигляді порушень менструальної функції, безпліддя, гормонзалежних пухлин, а в разі субклінічного перебігу можуть розглядатися як чинники ризику невиношування вагітності або аномалій розвитку плода [1–5].

До теперішнього часу немає об'єктивних даних про репродуктивну функцію жінок з Хворобою Грейвса (ХГ) – системному аутоімунному захворюванні, що розвивається унаслідок вироблення стимулюючих антитіл до рецептора тиреотропного гормону (ТТГ), з розвитком тиреотоксикозу у поєднанні з екстратиреоїдною патологією [2, 3]. Дискусійними залишаються питання тактики плану-

вання вагітності у жінок з ХГ і вибором оптимального методу лікування, що дозволяє уникнути рецидивів захворювання, у тому числі під час вагітності і в післяпологовий період.

Вдосконалення програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) дозволило збільшити частоту настання вагітності від 30 до 80% при безплідді різного генезу [4, 5]. У той же час, одним з найбільш невирішених питань даного наукового напрямку є вивчення особливостей безпліддя і стану оваріального резерву у жінок з аутоімунною патологією щитоподібної залози, що і є метою справжнього наукового дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленою була проведена скринінгова оцінка патології ЩЗ була виконана у 298 жінок з безпліддям (основна група) і в 50 фертильних жінок, що звернулися в клініку для підбору методу контрацепції (контрольна група). Відбір хворих здійснювався відкритим когортним методом по мірі звернення пацієнок з безпліддям у відділення збереження і відновлення репродуктивної функції. Анкетування проведене у 205 жінок з безпліддям.

Обстеження пацієнок з безпліддям проводили відповідно до загальноприйнятого діагностичного алгоритму, включаючи ендоскопічні методи, а лікування – залежно від виявлених причин безпліддя.

У 58 жінок репродуктивного віку з підтвердженим діагнозом АІТ, порушеннями менструальної і репродуктивної функції проведено оцінювання параметрів оваріального резерву (фолікулостимулюючий гормон (ФСГ), естрадіол (Е2), антимюлеров гормон (АМГ), інгібін В, об'єм яєчників, число антральних фолікулів).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що поширеність тиреоїдної патології у жінок з безпліддям була в 3,8 рази вище в порівнянні з фертильними жінками (48,0% і 12,5% відповідно, $p < 0,05$). У структурі тиреоїдної патології при безплідді переважало носійство антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО) у поєднанні з ехо-камера-ознаками аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) (24,0%); гіпотиреоз в результаті АІТ (9,4%), у тому числі маніфестний (0,8%) і субклінічний (8,6%) жінок і еутиреоїдний зоб (7,8%), тоді як частка пацієнок з безпліддям і тиреотоксикозом була невисокою (0,6%).

Оцінювання стану репродуктивної системи у жінок з безпліддям залежно від виявленої патології ЩЗ показало, що провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з АІТ займав зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) – 34,4%, у жінок з виявленим гіпотиреозом – ендокринний чинник безпліддя (СПКЯ) – 29,8%, у пацієнок з компенсованим гіпотиреозом – ЗГЕ (26,6%), у жінок з еутиреоїдним зобом і у пацієнок без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8%, відповідно).

Отримані дані в цілому збігаються з результатами епідеміологічних досліджень, що свідчать про підвищену поширеність АЗЩЗ у пацієнок з безпліддям в порівнянні з фертильними жінками зі встановленим ризиком 2,1

($p < 0,0001$), а також про сильний зв'язок між АІТ і ендометріозом як причиною безпліддя і тісної асоціації ендокринного безпліддя і гіпотиреозу. Висока частота виявлення еутиреодного зобу у жінок з безпліддям свідчить про необхідність проведення індивідуальної йодної профілактики всім жінкам з безпліддям.

Результати анкетування 205 жінок з безпліддям свідчать про низьку діагностичну цінність оцінки клінічної симптоматики гіпотиреозу в порівнянні з лабораторною діагностикою у жінок з безпліддям. Оскільки чутливість симптомів була невисокою (16,1–27,8%), а їх специфічність була значною (85,1–94,5%), ми зробили висновок, що відсутність симптомів з більшою вірогідністю свідчить про відсутність гіпотиреозу, чим наявність симптомів про його наявність. У клінічній практиці слід уникати гіперболізації значення клінічної симптоматики в діагностиці порушень функції ЩЗ, відводячи вирішальну роль лабораторній діагностиці.

Питання про роль порушень функції ЩЗ в розвитку порушень менструального циклу не вирішене до теперішнього часу. За даними проведеного дослідження ті або інші порушення тривалості менструального циклу у жінок з гіпотиреозом наголошувалися в 2,7 разу частіше, ніж у пацієнток без патології ЩЗ (34% і 12,5% відповідно, $p < 0,05$), причому в структурі порушень домінувала олігоменорея (25,5% і 9,4%, $p < 0,05$), що швидше можна пояснити тісною асоціацією гіпотиреозу з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), чим гіпотиреозом як основною причиною розвитку олігоменореї. Проте, обое цих станів сумарно негативно впливають ефект на прогноз настання і перебігу вагітності. Висока частота дисменореї серед пацієнток з АІТ в порівнянні з контролем (26,9% і 12,5%, $p < 0,05$) ймовірно, була обумовлена тісною асоціацією АІТ і генітального ендометріозу.

Результати оцінювання репродуктивного анамнезу у жінок з вторинним безпліддям показали, що для пацієнток з аутоімунними тиреопатіями характерна висока частота невиношування вагітності в 2–2,4 разу, що перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

При оцінюванні параметрів оваріального резерву у жінок з АІТ в порівнянні з пацієнтками без патології ЩЗ було виявлено достовірне зниження середніх рівнів АМГ ($1,7 \pm 0,17$ нг/мл і $2,4 \pm 0,14$ нг/мл, $p < 0,05$) і підвищення рівня ФСГ ($12,3 \pm 2,2$ МО/л і $7,5 \pm 0,5$ МО/л, $p < 0,05$). Характерно, що частка низького рівня АМГ у жінок з АІТ була в 2,9 разу вище (48,4% і 16,7%, $p = 0,0082$), ніж в групі пацієнток без патології ЩЗ. Аналіз рівня АМГ залежно від віку продемонстрував, що у жінок з АІТ молодого і середнього віку переважали низькі і середні рівні АМГ.

Не дивлячись на відсутність достовірних відмінностей в середніх значеннях об'єму яєчників у пацієнток досліджуваної і контрольної групи ($6,2 \pm 2,1$ см³ і $6,6 \pm 2,0$ см³, $p > 0,05$), зменшений об'єм яєчників (<5 см³) зустрічався в 3,8 разу частіше в порівнянні з аналогічним показником в групі порівняння (42% і 11,1%, $p < 0,05$). Було відмічено достовірне зниження числа антральних фолікулів діаметром 2–10 мм в групі жінок з АІТ в порівнянні з аналогічним показником в групі пацієнток без патології ЩЗ ($5,9 \pm 1,2$ і $7,6 \pm 1,5$; $p < 0,05$). Отримані дані

свідчать про зниження основних параметрів оваріального резерву у пацієнток з АІТ в порівнянні з групою жінок без патології ЩЗ, що ймовірно пов'язане з аутоімунним генезом цієї патології.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 разу вище в порівнянні з фертильними жінками (48% і 12,5%, $p < 0,05$). У структурі патології ЩЗ переважає носійство АТ-ТПО у поєднанні з ультразвуковими ознаками АІТ (24% і 8,7%, $p < 0,05$); субклінічний гіпотиреоз в результаті АІТ (8,6% і 2,5%, $p < 0,05$); еутиреодний зоб (7,8% і 2,5%, $p < 0,05$). Провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з АІТ займає ЗГЕ (34,4%); у пацієнток з гіпотиреозом – ендокринне безпліддя (29,8%), у жінок з еутиреодним зобом і без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник безпліддя (33,3% і 39,8%). Отримані дані свідчать про зниження основних параметрів оваріального резерву у пацієнток з АІТ в порівнянні з групою жінок без патології ЩЗ, що ймовірно пов'язане з аутоімунним генезом цієї патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Влияние аутоиммунной патологией щитовидной железы на состояние оваріального резерва у женщин с бесплодием Д.Ю. Берая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5%). В структуре патологии щитовидной железы преобладает носительство антител к тиреопероксидазе в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (24% и 8,7%); субклинический гипотиреоз (8,6% и 2,5%) и эутиреодный зоб (7,8% и 2,5%). Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом занимает наружный генитальный эндометриоз (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреодным зобом и без патологии щитовидной железы – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (33,3% и 39,8%). Полученные данные свидетельствуют о снижении основных параметров оваріального резерва у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом по сравнению с группой женщин без патологии щитовидной железы, что вероятно связано с аутоиммунным генезом этой патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: бесплодие, тиреоидная патология, оваріальный резерв.

Influence of autoimmune thyroid gland pathology on condition of ovarial reserve at women with barreness D.J. Beraja

Results of the spent researches testify, that at patients with barreness prevalence thyreoidal pathologies in 3,8 times above in comparison with fertility women (48% and 12,5%). In structure of a pathology of a thyroid gland prevails carrier of antibodies to

thyreoperoxidase in a combination to ultrasonic signs autoimmune thyroidite (24% and 8,7%); subclinical hypothyreos (8,6% and 2,5%) and euthyreoidal crow (7,8 % and 2,5%). The obtained data testify to decrease in key parametres of ovarian reserve at patients with autoimmune thyroidite in comparison with group of women without a thyroid gland pathology that is possibly connected with autoimmune genesis of this pathology. The leading place in structure of the reasons of barrenness at women with autoimmune thyroidite occupies external genital endometriosis (34,4%); At patients with hypothyreos – endocrinological barrenness (29,8%), at women with euthyreoidal crow and without a thyroid gland pathology – tube-peritoneal barrenness factor (33,3% and 39,8%). The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: barrenness, thyreoidal pathology, ovarian reserve.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т. 2: Пер. с англ. – М.: Медицина. – 2008. – 432 с.
2. Каширова Т.В. Менструальная и репродуктивная функция женщин с гипертиреозом // Материалы XV международной конференции РАРЧ «Репродуктивные технологии: сегодня и завтра». – Чебоксары. – 2005. – С. 69–70.
3. Перминова С.Г. Нарушения репродуктивной функции у женщин с патологией щитовидной железы // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению /Под ред. В.И. Кулакова. – М., 2005. – С. 231–246.
4. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. – М., 2010. – С. 52–56.
5. Фадеев В.В. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы // Проблемы репродукции. – 2006. – № 1. – С. 70–77.

УДК 618.177-07-08

Сучасні аспекти лікування безпліддя у жінок з гіперандрогенією

І.П. Бульваренко

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

Проведене комплексне клініко-лабораторне і ехографічне обстеження 70 жінок з безпліддям на фоні гіперандрогенії поєданого генезу. Встановлено, що основними причинами порушення репродуктивної функції пацієнток з гіперандрогенією є ановуляція (47,1%) і недостатність лютеїнової фази (52,9%). Показано, що проведення індивідуальної гормональної корекції з врахуванням показників метаболізму андрогенів виявлених порушень репродуктивної системи у пацієнток з гіперандрогенією сприяє зменшенню клінічних проявів андрогензалежної дерматиті, нормалізації менструальної функції і стійкому відновленню репродуктивної функції, при цьому загальна ефективність терапії складає 68,0% (при ановуляторній формі – 67,6% і при недостатності лютеїнової фази – 68,4%).

Ключові слова: безпліддя, гіперандрогенія, діагностика, лікування.

Частота безплідного браку за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10% до 20% [1–3]. У структурі жіночого безпліддя ендокринні чинники займають друге місце, причому, досить частою патологією є гіперандрогенія різного генезу, що досягає 20–30% [4, 5]. Як свідчать дані сучасної літератури в 50–60% випадків причинами порушення секреції андрогенів і нералізації репродуктивної функції є дисгормональні зміни поєданого генезу, а гіперандрогенія поєданого генезу у більшості пацієнток [6, 7].

В результаті комплексної поетапної терапії пацієнток з гіперандрогенією частота відновлення репродуктивної функції складає від 20% до 40%, причому найбільш низька ефективність лікування безпліддя на тлі вживання направленої гормональної корекції з врахуванням генезу порушення секреції андрогенів [8, 9]. Мабуть, недостатня ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток пояснюється відсутністю до теперішнього часу уявлення про дійсні причини безпліддя при гіперандрогенії поєданого генезу.

У зв'язку з вищевикладеним, представляє значний інтерес вивчення етіопатогенезу і особливостей клінічної картини жіночого безпліддя при поєданому генезі гіперандрогенії, а отримані дані, можливо, дозволяють визначити найбільш раціональні підходи до лікування даної групи хворих.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безпліддя при гіперандрогенії поєданого генезу на підставі патогенетично обґрунтованої терапії з врахуванням клініко-ендокринологічних особливостей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період 2010–2013 роки нами проведено обстеження і лікування 105 жінок, включаючи групу контролю, у віці від 19 до 38 років (середній вік $27,4 \pm 0,8$ року), з яких 70 пацієнок було включено в дослідження. Критеріями включення з'явилися:

- клінічні ознаки гіперандрогенії (ГА) – андрогензалежна дерматія (гірсутизм, акне, себорея, алопеція);
- лабораторні ознаки ГА – оцінювання всіх метаболітів андрогенів з підвищеною стероїдною активністю (тестостерон загальний, тестостерон вільний, андростендіон і дегідротестостерон);
- виявлення поєднаної форми ГА, яка має ознаки, як наднирковозалозної ГА (підвищення ДЕА-с, 17-ОНР і зниження кортизолу), так і яєчничкової ГА ($ЛГ > 10$ МО/мл, $ЛГ/ФСГ > 2$, об'єм яєчників > 9 см³, опсоменорея і первинне безпліддя).

Критеріями виключення з дослідження були: порушення функції щитоподібної залози, гіперпролактинемія, хвороба Іценко-Кушинга, важкі екстрагенітальні захворювання, які призводять до порушення гормонального гомеостазу, гормональноактивні андроген продукуючі пухлини яєчників і надниркових залоз, патологія системи гемостазу (спадкові і придбані форми тромбофілії).

Хворі залежно від форми (недостатність лютеїнової фази (НЛФ) і ановуляція) порушення репродуктивної системи при ГА поєданого походження, задалегідь були розподілені на дві клінічні групи:

1-а група – 33 пацієнтки у віці від 19 до 37 років (середній вік $26,7 \pm 1,0$ року), була представлена ановуляторною формою порушення репродуктивної системи (нерегулярний менструальний цикл < 21 або > 35 днів); товщина ендометрія менше 6 мм або більше 12 мм; відсутність жовтого тіла в яєчниках і концентрація Прогестерону менше 15,9 нмоль/л.

2-а група – 37 пацієнок у віці від 20 до 38 років (середній вік $28,2 \pm 2,1$ року) з порушенням репродуктивної системи у вигляді НЛФ (менструальний цикл 21–26 днів, тривалість фази жовтого тіла менше 10 днів, але УЗД товщина ендометрія < 10 мм і розміри жовтого тіла < 20 мм на 21–23-й день циклу, концентрація Прогестерону більше 16 нмоль/л, але менше 30 нмоль/л).

Контрольну групу склали 35 умовно здорових жінок репродуктивного періоду від 18 до 39 років (середній вік $28,3 \pm 1,5$ року) з регулярним овуляторним менструальним циклом, тривалістю 28–30 днів і відсутністю ознак ГА.

Окрім загальноприйнятих клінічних досліджень проводили ультразвукове дослідження органів малого тазу в динамічному режимі: на 5–7-й день менструального циклу. При цьому оцінювалися розміри матки (довжина, ширина, передньо-задній розмір), об'єм яєчників визначали по загальноприйнятій формулі: $V = 0,5236 \times L \times W \times T$, де L – подовжній розмір, W – передньо-задній розмір, T – поперечний розмір яєчника, товщину ендометрія, кількість і розміри фолікулів, а також відзначали наявність патологічних утворень; епізодично на 12–15 день менструального циклу вимірювали товщину ендометрія і розмір домінуючого фолікула; на 21–23 день циклу оцінювалися розміри жовтого тіла

і м-ехо-камера. Крім того, проводилося контрольне ультразвукове дослідження в процесі лікування через 1–3–6 міс.

Оцінювання гормонального спектру проводили в динаміці менструального циклу на 5–7 і 21–23 день. Визначалися рівні секреції пептидних (фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), пролактину (Прл)) і стероїдних статевих гормонів (естрадіолу (Е2), Прогестерону (Р), тестостерону загального (Т заг.) і вільного (Т віль.), дегідротестостерону (ДГТ), андростендіону (Ан), 17-гідроксипрогестерону (17-ОНР), дегідроепіандростерон-сульфату (ДЕА-804), кортизолу (К), глобулінів'язуючого статеві гормони (ГЗСГ)). Окрім визначення кількісних показників перерахованих гормонів враховувалися якісні показники співвідношення ЛГ/ФСГ, Р/Е2, Т заг./Е2, ДГТ/Е2, Е2/Т заг. Для виключення патології щитоподібної залози проводилося визначення рівня тиреоїдних гормонів крові (ТТГ, Т3 вільний, Т4 вільний). Визначення гормонів в сироватці крові проводили по загальноприйнятих методиках [10].

Вибір гормональної терапії для досліджуваної групи пацієнок визначали індивідуально залежно від ступеня вираженості симптомів андрогенізації, форми (НЛФ, ановуляція) і типу (гіпоестрогенний, гіперестрогенний) порушення репродуктивної системи, а також від зацікавленості жінки у вагітності, з контролем результатів лікування через 1 міс прийому препаратів.

З метою корекції порушень менструальної і генеративної функції, а також першим етапом стимуляції овуляції проводили терапію комбінованими оральними контрацептивами, у складі яких гестагени, що володіють антиандрогенним ефектом: дієногест і дроспіренон. Препаратом вибору для зменшення проявів андрогензалежної дерматії і корекції гормональних порушень є дексаметазон в терапевтичній дозі 0,125–0,5 мг/доб. Дозування препарату підбирали індивідуально, залежно від ступеня вираженості клінічних проявів ГА і гормональних порушень. Як гормональна підтримка лютеїнової фази менструального циклу, був використаний дідрогестерон.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами порушення репродуктивної функції пацієнок з гіперандрогенією є ановуляція (47,1%) і недостатність лютеїнової фази (52,9%).

При ановуляторній формі порушення репродуктивної системи характерні клінічні і лабораторні ознаки, як яєчничкової, так і наднирковозалозної гіперандрогенії, але з переважанням яєчничкового компонента. Порушення менструальної функції виявляється домінуванням симптомів опсоменореї – 60,6%, з середньою тривалістю циклу в даній групі – $48,96 \pm 2,75$ дня і аменореєю виявленою в 9,1% спостережень.

Генеративна функція пацієнок з ановуляторною формою гіперандрогенії характеризується високою частотою первинного безпліддя – 63,6%. Оцінка стану органів репродуктивної системи виявляється збільшенням об'єму яєчників > 9 см³ в 69,2% спостережень; відсутністю жовтого тіла і динамічних змін в наростанні товщини ендометрія і розмірів фолікулів впродовж менструального циклу.

Лабораторними критеріями ановуляторної форми гіперандрогенії є: відсутність динамічних змін стероїдного профілю протягом менструального циклу і значне підвищення основних андрогенів і їх співвідношень з естрадіолом: тестостерону загального, тестостерону вільного, андростендіону і помірне збільшення дегідротестостерону; підвищений коефіцієнт ЛГ/ФСГ >2 і переважання нормоестрогенного типу ановуляції – 75,6%.

Для пацієнтів з гіперандрогенією і недостатністю лютеїнової фази характерні клінічні і лабораторні ознаки, як яєчникової, так і наднирковозалозної гіперандрогенії, але з переважанням наднирковозалозного компоненту. Менструальна дисфункція виявляється опсоменореєю у 27,0% пацієток, з переважанням епізодів затримки менструації до 7–10 днів (21,6%) жінок, при цьому середня тривалість циклу склала $26,74 \pm 1,13$ дня.

Генеративна функція пацієток з недостатністю лютеїнової фази характеризується високою частотою, як мимовільного переривання вагітності строком до 12 тиж – 24,4%, так і первинного безпліддя – 35,1%. При оцінюванні репродуктивної системи в більшості пацієток має місце гіпопрогестеронемія – 72,9% при одночасному зниженні ультразвукових параметрів: товщина ендометрія і розміри жовтого тіла в 2 фазу менструального циклу.

При недостатності лютеїнової фази основними лабораторними критеріями є: гіпоестрогенний стан на 5–7-й день циклу і помірне підвищення загального і вільного тестостерону, андростендіону і значне збільшення дегідротестостерону; високий рівень співвідношення загального тестостерону до естрадіолу, дегідротестостерону до естрадіолу і виражений підйом відношення естрадіолу до вільного тестостерону на 21–23-й день менструального циклу.

У пацієток з ановуляторною формою і недостатністю лютеїнової фази на фоні гіперандрогенії має місце кореляційний взаємозв'язок між ендокринологічними і ехографічними показниками:

- незалежно від причин гіперандрогенії рівень ЛГ має пряму помірну лінійну залежність з величиною об'єму яєчників $r=0,64$ при недостатності лютеїнової фази і $r=0,68$ при ановуляції;

- встановлена пряма виражена лінійна залежність між рівнем андростендіону і лютеїнізуючого гормону, причому практично однаково сильну $r=0,72$ при ановуляції і $r=0,71$ при недостатності лютеїнової фази.

Для ефективного лікування гіперандрогенії у пацієток репродуктивного віку необхідне проведення індивідуальної гормональної корекції з врахуванням показників метаболізму андрогенів: комбіновані оральні контрацептиви з антиандрогенним ефектом, прогестагени і глюкокортикоїди.

Проведення індивідуальної гормональної корекції з врахуванням показників метаболізму андрогенів виявлених порушень репродуктивної системи у пацієток з гіперандрогенією сприяє зменшенню клінічних проявів андрогензалежної дермопатії, нормалізації менструальної функції і стійкому відновленню репродуктивної функції, при цьому загальна ефективність терапії складає 68,0% (при ановуляторній формі – 67,6% і при недостатності лютеїнової фази – 68,4%).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами порушення репродуктивної функції пацієток з гіперандрогенією є ановуляція (47,1%) і недостатність лютеїнової фази (52,9%).

Проведення індивідуальної гормональної корекції з врахуванням показників метаболізму андрогенів виявлених порушень репродуктивної системи у пацієток з гіперандрогенією сприяє зменшенню клінічних проявів андрогензалежної дермопатії, нормалізації менструальної функції і стійкому відновленню репродуктивної функції, при цьому загальна ефективність терапії складає 68,0% (при ановуляторній формі – 67,6% і при недостатності лютеїнової фази – 68,4%).

Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Современные аспекты лечения бесплодия у женщин с гиперандрогенией И.П. Бульваренко

Проведено комплексное клинико-лабораторное и эхографическое обследование 70 женщин с бесплодием на фоне гиперандрогении сочетанного генеза. Установлено, что основными причинами нарушения репродуктивной функции пациенток с гиперандрогенией являются ановуляция (47,1%) и недостаточность лютеиновой фазы (52,9%). Показано, что проведение индивидуальной гормональной коррекции с учетом показателей метаболизма андрогенов обнаруженных нарушений репродуктивной системы у пациенток с гиперандрогенией содействует уменьшению клинических проявлений андрогензависимой дермопатии, нормализации менструальной функции и стойкому восстановлению репродуктивной функции. При этом общая эффективность терапии составляет 68,0% (при ановуляторной форме – 67,6%, при недостаточности лютеиновой фазы – 68,4%).

Ключевые слова: бесплодие, гиперандрогения, диагностика, лечение.

Modern aspects treatment of barreness at women with hyperandrogenia I.P. Bulvarenko

It is spent complex clinical-laboratory and ehographical inspection of 70 women with barreness against hyperandrogenia of complex genesis. It is established, principal causes of infringement of reproductive function of patients with hyperandrogenia are anovulation (47,1%) and insufficiency luteinum phases (52,9%). It is shown that carrying out of individual hormonal correction taking into account metabolism indicators андрогенов the revealed infringements of reproductive system at patients with hyperandrogenia promotes decrease in clinical displays androgendependent dermopatia, normalisation of menstrual function and proof restoration of reproductive function. Thus general efficiency of therapy makes 68,0% (at anovulation form – 67,6% and and at insufficiency of luteinum phases – 68,4%).

Key words: barreness, hyperandrogenia, diagnostics, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. Юзько О.М., Юзько Т.А. Лапароскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Клініч. анатомія та оперативна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 35–36.
3. Anate M. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review / M. Anate, A.W. Olatinwo // Niger. J. Med. – 2010. – Vol. 10, № 2. – P. 85–90.
4. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2006. – № 1. – С. 39–45.
5. Корнацька А.Г. Місцевий гуморальний імунітет у жінок з поєднаними формами неплідності / А.Г. Корнацька // Лікар. справа. – 2008. – № 4. – С. 82–84.
6. Основы репродуктивной медицины : Практ. руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – P. 6: Бесплодие в браке. – С. 275–321.
7. Bresnick E. The role of counseling in infertility / E. Bresnick, M.L. Taymor // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 32, № 2. – P. 154–156.
8. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюх [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2012. – № 4. – С. 57–58.
9. [Diagnostic and prognostic evaluations of sterility and the Sierre Hospital. 389 cases]: [article in French] / C. Stan, M. Pretre, M. Boulvain, A. Campana // Schweiz. Med. Wochenschr. – 2011. – Vol. 129, № 37. – P. 1321–1327.
10. Подзолкова Н.М. Исследование гормонального статуса женщины в практике гинеколога. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 80 с.

УДК 618.177:618.1-007.415

Сучасні аспекти патогенезу безпліддя у пацієнток з генітальним ендометріозом

В.І. Бойко, А.В. Єжова

Медичний інститут Сумського державного університету

Результати проведених досліджень свідчать, що зміни активності протеїназ мають велике значення в патогенезі розвитку зовнішнього ендометріозу. В результаті зниження катепсинової активності ендометрія апоптотическая активність слизової оболонки матки знижується і десквамовані клітини ендометрія не піддаються запрограмованій загибелі. Потрапляючи в результаті ретроградної менструації в черевну порожнину патологічно змінений ендометрій також не піддається загибелі у зв'язку з пригніченням проапоптотичних агентів перитонеальної рідини. Отримані результати необхідно використовувати при розробці діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, безпліддя.

Генітальний ендометріоз – одна з найбільш актуальних проблем гінекології, оскільки його частота складає до 10–15% у загальній популяції, 25–30% – у жінок з безпліддям і 80% – у хворих з синдромом тазових болів [1–7]. Не дивлячись на багаточисельні дослідження, патогенез захворювання до кінця не вивчений і представляється багатофакторним. Кожна теорія (імплантація, метапластична, дизонтогенетична, імунологічна, генетична і ін.) намагається пояснити походження тієї або іншої форми ендометріозу, тому є логічною і має право на існування.

Причини безпліддя зовнішнього генітального ендометріозу (ЗГЕ) також є предметом подальших досліджень. На думку більшості авторів [1–7] вони зводяться до зміни складу перитонеальної рідини за рахунок функціонування гетеротопічного ендометрія; до порушення імунологічної і аутоімунної регуляції, і, як наслідок, порушення нормального процесу фолікулогенезу, овуляції, запліднення та імплантації ембріона.

До теперішнього часу залишаються спірними питання патогенезу ЗГЕ і, зокрема, зв'язаного з ним безпліддя. Особливо в плані активності і вмісту протеаз і їх інгібіторів в сироватці крові і в перитонеальній рідині (ПР). Відзначимо, що проблема безпліддя у хворих із ЗГЕ залишається не вирішеною, тому вивчення особливостей патогенезу даної патології зберігає свою актуальність.

Мета дослідження: вивчити нові аспекти патогенезу ЗГЕ і безпліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 100 пацієнток із ЗГЕ і безпліддям і 20 практично здорових жінок.

Розділення пацієнток на групи виконувалося з урахуванням ступеня поширення ЗГЕ, виявленому при проведенні хірургічної лапароскопії:

I ступінь – дрібні точкові ендометріодні утворення на поверхні яєчників, очеревині прямокишково-маткового простору без утворення кістозних порожнин.

II ступінь – ендометріодна кіста одного яєчника розміром не більше 5–6 см з дрібними ендометріодними включеннями на очеревині малого тазу. Незначний спайковий процес в області придатків матки без залучення кишечника.

III ступінь – ендометріодні кісти обох яєчників (різної величини – діаметр кісти одного яєчника більше 5–6 см і невелика ендометріома іншого). Ендометріодні гетеротипії невеликих розмірів на серозному покриві матки, маткових труб і парієтальній очеревині малого тазу. Виражений спайковий процес в області придатків матки з частковим залученням кишечника.

IV ступінь – двосторонні ендометріодні кісти яєчників великих розмірів (більше 6 см) з переходом патологічного процесу на сусідні органи – сечовий міхур, пряму і сигмовидну кишку. Поширений спайковий процес.

Групу контролю склали 20 практично здорових жінок репродуктивного віку.

Було виділено три основні групи пацієток із ЗГЕ і група контролю.

1-а група – 38 пацієток (38% від загального числа хворих) із ЗГЕ I ступеня поширення. Тривалість безпліддя від 2 до 6 років, в середньому $4,1 \pm 1,2$ року. Вік пацієток варіював від 18 до 35 років, складаючи в середньому $26,3 \pm 1,5$ року.

2-а група – 34 пацієток (34% від загального числа хворих) із ЗГЕ II ступеня поширення. Тривалість безпліддя від 2 до 10 років, в середньому $6,2 \pm 1,9$ року. Вік пацієток варіював від 24 до 36 років, склав в середньому $27,3 \pm 1,5$ року.

3-я група – 28 пацієток (28% від загального числа хворих) із ЗГЕ III–IV ступеня поширення. Тривалість безпліддя від 5 до 10 років, в середньому $8,3 \pm 1,5$ року. Вік пацієток варіював від 27 до 39 років, склав в середньому $28,3 \pm 2,2$ року.

4-а групу (контрольна) – 20 практично здорових жінок. Середній вік $26,1 \pm 0,8$ року.

У ході дослідження вивчали анамнез захворювання, скарги пацієток, проводилися лабораторні і інструментальні методи дослідження.

Функція яєчників оцінювалася по тестах функціональної діагностики: вимір базальної температури, визначення предовуляторного піку лютеїнізуючого гормону індивідуальним сечовим тестом, а також по ультразвуковому моніторингу фолікулогенезу.

Оцінювання вмісту гормонів в сироватці крові проводилося перед проведенням хірургічної лапароскопії на 3–5-й день менструального циклу і включало визначення вмісту статевих стероїдів (естрадіолу, Прогестерону, тестостерону), кортизолу, пролактину, гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ) за допомогою імуноферментного аналізу. Отримані результати порівнювали з даними обстеження контрольної групи.

Ультразвукове дослідження органів малого тазу проводилося в процесі обстеження всім хворим перед призначенням хірургічної лапароскопії і через 3, 6, 12 міс після неї, а також при моніторингу фолікулогенезу.

З метою оцінювання активності і вмісту протеаз і їх інгібіторів проводили вивчення наступних показників в периферичній крові і перитонеальній рідині: активність катепсину D, антитромбіну (АТ) III, концентрація плазміногена D-димера, протеїну С, α_2 -макрोगлобуліну, α_1 -антитрипсіну, тромбіновий час і протромбіновий індекс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основною причиною, що спонукала пацієток звернутися в клініку, було порушення генеративної функції. Усіх 100 обстежених нами пацієток із ЗГЕ непокоїло безпліддя (первинне – 79%, вторинне – 21%). Крім того, вони скаржилися на біль в нижніх відділах живота і поперекової області різної інтенсивності (56%); дисменорею (68%); диспареунію (10%); менорагії (10%).

При аналізі репродуктивної функції відмічено: одні пологи в анамнезі були у 2 пацієток (5,3%) 1-ї групи, 4 (11,8%) – 2-ї групи, 4 (21,45%) – 3-ї групи і у 5 (25%) пацієток групи контролю. У 17 (14,17%) від загального числа пацієток, включаючи групу контролю, в анамнезі були штучні аборти. Частота мимовільних викиднів в 1-й групі – 3 (3,6%), у 2-й і 3-й групах – 1 (3%) і 1 (5,36%) відповідно, що достовірно вище ($p > 0,05$), ніж в групі контролю (викиднів не відмічено).

На етапі клінічного обстеження виділені найбільш типові прояви ЗГЕ у пацієток репродуктивного віку: безпліддя (як правило, первинне, рідше – вторинне); ехографічні ознаки ендометріодних кіст; тазові болі; дисменорея; диспареунія і високий інфекційний індекс.

У результаті ультразвукового трансвагінального сканування виявлені найбільш достовірні ознаки наявності ендометріодних кіст, які на 90% підтвердилися при проведенні лапароскопії, ретроцервікальний ендометріоз виявлений у 4 пацієток 3-ї групи, у пацієток 1-ї групи (ЗГЕ I ступеня поширення) дані ультразвукового трансвагінального сканування патології не виявили.

Отримані дані свідчать більше про вторинність порушень в системі гормонального гомеостазу, які виникли на тлі основного захворювання. Підсумовуючи результати гормонального дослідження, можна сказати, що:

- незначні гормональні порушення є вторинними і носять функціональний характер;
- порушень процесу овуляції у пацієток із ЗГЕ різної ступеня поширеності не виявлено;
- найбільш частими гормональними порушеннями у пацієток із ЗГЕ і безпліддям було незначне підвищення концентрацій пролактину і, відповідно, ДГЕА-С, які не корелювали зі ступенем поширеності ЗГЕ і з'явилися наслідком основного захворювання;
- до НЛФ призводить функціонування гетеротопічних вогнищ ендометрія, що викликає зміну складу перитонеальної рідини, і як наслідок лютеоліз, функціональну гіперпролактинемію і хронічний стрес чекання вагітності.

Отримані результати вказують, що адекватна корекція гормональних порушень сприятиме зниженню частоти ранніх втрат вагітності, що підвищить результати лікування безпліддя.

У жінок з ЗГЕ мають місце виражені зрушення в активності протеаз і їх інгібіторів як на системному, так і на локальному рівні.

У сироватці крові відмічено зниження (в порівнянні з контрольною групою) вмісту плазміногену ($p < 0,01$) при одночасному підвищенні активності АТ III ($p < 0,001$) і вміст α_2 -макрोगлобуліну ($p < 0,001$). В порівнянні з цим показники активності катепсину D в сироватці крові достовірно не відрізнялися від контролю ($p > 0,05$), також як і параметри D-димеру, протеїну С, α_1 -антитрипсіну, тромбіновий і протромбіновий час.

При аналізі зв'язку показників протеазної і антипротеазної активності сироватки крові із стадією ендометріоїдного ушкодження було виявлено, що найістотніше реагують на тяжкість процесу такі показники, як катепсин D ($r=0,43$ і $p<0,05$), плазміноген ($r=0,51$ і $p<0,05$), D-димер ($r=0,48$ і $p<0,05$), протеїн С ($r=0,58$ і $p<0,05$), α_2 -макроглобулін ($r=-0,73$ і $p<0,05$) і α_1 -антитрипсін ($r=-0,49$ і $p<0,05$).

У перитонеальній рідині мають місце істотні зрушення з боку активності протеаз і їх інгібіторів. В порівнянні з групою контролю в ПР у жінок з ЗГЕ і безпліддям значно понижена катепсинова активність ($p<0,001$), вміст плазміногену ($p<0,001$), протеїну ($p<0,001$), активність АТ III ($p<0,001$), вміст гаптоглобіну ($p<0,001$) і α_1 -антитрипсину ($p<0,001$). Крім того значно підвищені показники концентрації D-димеру ($p<0,001$) і α_2 -макроглобуліну ($p<0,001$). Без достовірних змін був лише вміст тромбінового і протромбінового часу ($p>0,05$).

При аналізі зв'язку показників активності протеаз і їх інгібіторів із стадією ЗГЕ кореляційні зв'язки відмічені лише з активністю плазміногену ($r=0,55$ і $p<0,05$), АТ III ($r=0,61$ і $p<0,05$), α_1 -антитрипсину ($r=0,32$ і $p<0,05$), D-димеру ($r=0,34$ і $p<0,05$) і гаптоглобіну ($r=0,53$ і $p<0,05$).

Дослідження активності катепсину D в ендометрії показали, що в цій тканині є істотні зрушення активності даного показника. При вивченні гістологічної структури ендометрія в групі жінок з ЗГЕ і безпліддям були виявлені, в переважному числі спостережень, прояви виражених гормональних зрушень: у 66,0% спостережень наголошуються прояви дисонансу в гормональному рівні і рецепції статевих гормонів, мають місце прояви відносної або абсолютної гіперестрогенії різних мір вираженості, прогестеронова недостатність, невідповідність стадій в стромальних епітеліальних елементах залоз ендометрія і відсутність предцидуальної реакції.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, зміни активності протеїназ мають велике значення в патогенезі розвитку зовнішнього ендометріозу. В результаті зниження катепсинової активності ендометрія апоптотична активність слизової оболонки матки знижується і десквамовані клітини ендометрія не піддаються запрограмованій загибелі. Потрапляючи в результаті ретроградної менструації в червну порожнину патологічно змінений ендометрій також не піддається загибелі у зв'язку з пригніченням проапоптотичних агентів перитонеальної рідини. Отримані результати необхідно використовувати при розробці діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Современные аспекты патогенеза бесплодия у пациенток с генитальным эндометриозом В.И. Бойко, А.В. Езова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что изменения активности протеиназ имеют большое значение в патогенезе развития наружного эндометриоза. В результате снижения катепсиновой активности эндометрия апоптотическая активность слизистой оболочки матки снижается и десквамированные клетки эндометрия не подвергаются запрограммированной гибели. Попадая в результате ретроградной менструа-

ции в брюшную полость патологически измененный эндометрий также не подвергается гибели в связи с угнетением проапоптотических агентов перитонеальной жидкости. Полученные результаты необходимо использовать при разработке диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, бесплодие.

Modern aspects patogenesis of barrenesses at patients with genital endometriosis V.I. Boyko, A.V. Ezova

Results of the spent researches testify, that activity changes proteaz is of great importance in patogenesis developments of an external endometriosis. As a result of decrease katepsinal activity endometrium apoptosise activity of a mucous membrane of a uterus decreases and desquamation cages endometrium are not exposed to the programmed destruction. Getting as a result retrograte menses in a belly cavity pathologically changed endometrium also is not exposed to destruction in connection with oppresion proapoptosise agents peritoneal liquids. Received result it is necessary to use by working out of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: genital endometriosis, barrenesses.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2012. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 2004. – 240 с.
4. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
5. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
6. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
7. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

Лікування безпліддя, асоційованого з ендометріозом

Г.Д. Коваль

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У статті розглянуто діагностичні та лікувальні аспекти під час гістеро- та лапароскопічного втручання у жінок із безпліддям, асоційованого з ендометріозом. Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріоз (у 32,1% жінок діагноз зовнішнього генітального ендометріозу був поставлений вперше під час лапароскопії), його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й дозволяє видалити всі видимі вогнища ендометріозу і відновити нормальні анатомічні взаємовідносини в порожнині тазу при мінімальній травматизації та крововтраті і скороченні післяопераційного періоду.

Ключові слова: безпліддя, ендометріоз, гістеро- та лапароскопія.

Частота первинного та вторинного жіночого безпліддя при ендометріозі, за даними різних авторів, коливається від 40 до 80% [1, 2, 4]. Частота та поширеність захворювання надзвичайно велика: ендометріоз діагностують у 7–59% жінок із хронічним тазовим болем, у 20–30% жінок зі зниженою фертильністю, у 2–22% жінок при безсимптомному перебігу [1, 2, 5]. Ендометріоз – це патологічний процес, при якому за межами порожнини матки відбувається доброякісне розростання тканини, яка за морфологічними і функціональними властивостями подібна ендометрію [1, 3]. У загальній популяції жінок захворюваність на ендометріоз сягає 10%, а серед безплідних жінок, цей показник коливається від 20% до 40% [1, 2]. Встановлено, що 30–40% хворих на ендометріоз страждають на безпліддя, і біля 30% – на невиношування вагітності [2, 6]. Сучасними методами лікування безпліддя, що пов'язане з ендометріозом, є гормональна терапія та оперативна ендоскопія [4, 5].

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати дані гістеро- та лапароскопії у жінок із безпліддям, асоційованого з ендометріозом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 174 жінки із безпліддям асоційованим з ендометріозом у віці від 22 до 40 років. Функціональний стан гіпофізарно-яєчничкової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових, рентгенологічних та ендоскопічних методів досліджень. При ретроспективному дослідженні були вивчені дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Усім жінкам проводили повне клініко-лабораторне обстеження. При оцінюванні антропометричних даних визначали масу тіла, зріст та розраховували масо-ростовий індекс (МРІ) за формулою: $МРІ = \text{маса тіла} / \text{ріст}^2$. Вивчали виразність гірсутизму шляхом визначення гірсутного числа згідно «гормональної» шкали Ферімана–Галвея за чотириохвальною системою по локалізації волосся в 9-и гормональних зонах. Усім жінкам проводили трансаб-

домінальну та трансвагінальну ехографію органів малого тазу (конвексні датчики 3–5 МГц та 5–9 МГц) з використанням УЗ-системи HAWK 2102 EXL B-K medical (Німеччина). При дослідженні яєчників вимірювали їхній об'єм та яєчничково-матковий індекс (ЯМІ) (М.Н. Буланов, 2010). Лапароскопічне та гістероскопічне дослідження органів малого тазу виконували за допомогою лапароскопічної апаратури фірми «Karl-Storz». Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом на 2–3-й день менструального циклу.

Результати дослідження опрацьовували за допомогою пакету програм Excel-2007, STATISTICA 9. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховували достовірні розходження ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених становив $31,2 \pm 3,5$ року. Основними скаргами були: дисменорея виявлена у 71 (40,8%) обстеженої жінки, хронічний тазовий біль, який особливо загострювався перед менструацією – у 37 (21,2%), диспареунія – у 44 (25,0%). Перечислені симптоми захворювання частіше всього поєднувалися в різній комбінації і зустрічались з однаковою частотою у жінок із ЗГЕ при різних ступенях ушкодження.

Характерними порушеннями менструального циклу були гіперполіменорея – у 52 (29,9%) жінок, перед- і післяменструальні кровомазання із статевих органів – відповідно у 59 (33,9%). Згідно досліджень у жінок із ЗГЕ діагностовано збільшення тривалості менструальної кровотечі до $6,2 \pm 0,5$ дня, скорочення тривалості менструального циклу відповідно $24,1 \pm 0,8$.

Жінки з ЗГЕ мали наступні гінекологічні захворювання в анамнезі: патологія шийки матки – 41 (23,5%), фіброміома матки – 28 (16,09%), хронічні запальні процеси придатків матки – 109 (62,6%), з них стаціонарно лікувались 2 і більше разів – 81 (74,3%), але 38 (46,9%) жінки відзначали неефективність протизапального лікування, або короточасний його ефект.

Середня тривалість безпліддя становила $7,1 \pm 2,2$ року. Первинне безпліддя діагностовано у 93 (53,4%), вторинне – у 81 (46,6%) жінки. У жінок із вторинним безпліддям попередні вагітності закінчилися мимовільними викиднями у 26 (14,9%), штучними абортами – у 35 (20,1%), позаматковою вагітністю – у 9 (5,2%) і пологами – у 19 (10,9%).

Остаточна верифікація причин безпліддя та встановлення діагнозу ЗГЕ отримали під час лапароскопії. У 36 (20,7%) пацієнток ЗГЕ протікав безсимптомно, діагноз був встановлений вперше під час ендоскопічного втручання.

Під час вивчення клініко-морфологічних проявів перитонеального ендометріозу найчастіше зустрічаються наступні ознаки: типові темно-сині (фіолетові або чорні) везикули, підочеревинні глибокі інфільтративні гетеротопії з дрібнокистозними включеннями такого ж кольору; пігментовані плями жовто-коричневого кольору; геморагічні везикули або червоні залозисті плями, схожі на язики полум'я; атипові білі везикули без пігменту.

У 113 (64,9%) пацієнток із ЗГЕ при лапароскопії виявлено спайковий процес в малому тазу.

Макроскопічна картина спайок була наступна. У 63 (36,2%) пацієнток спостерігались тонкі, майже невакуляризовані прозорі спайки з різноманітною, комбінованою локалізацією. У 38 (21,8%) жінок виявлено щільні, достатньо масивні спайки малого тазу.

За пріоритетом локалізації виявлено, що спайки в типовому місці (між яєчником і очервиною яєчникової ямки або широкої зв'язки матки) зустрічається найчастіше, майже в 86,7% випадків. Також частою є локалізація спайок між яєчником і фіксованим відділом сигмоподібної кишки – у 41 (36,3%) пацієнток.

Провели визначення прохідності маткових труб: двохстороння – у 123 (70,7%) пацієнток, непрохідність з одного боку – у 32 (18,4%) випадків, з обох боків – у 19 (10,9%) обстежених, гідросальпінгси були діагностовані у 37 (21,3%) випадках.

Гістероскопія проведена 128 (77,5%) пацієнткам безпосередньо після лапароскопічного втручання в лютеїнову фазу менструального циклу.

Нами виявлені наступні патологічні стани ендометрію: гіперплазія ендометрію – у 48 жінок (підтверджено гістологічним методом дослідження у 41 жінок); поліпи ендометрію – у 17 жінок; маткові синехії – у 22 жінок.

Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріоз (у 36 (20,7%) жінок діагноз зовнішнього генітального ендометріозу був поставлений вперше під час лапароскопії), його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й дозволяє видалити всі видимі вогнища ендометріозу і відновити нормальні анатомічні взаємовідносини в порожнині таза при мінімальній травматизації та крововтраті і скороченні післяопераційного періоду. Лапароскопія застосовується для встановлення ступеня розповсюженості та важкості ендометріозу, що дає можливість диференційовано підходити до проведення реабілітаційних заходів по відновленню фертильності.

ВИСНОВОК

Для верифікації зовнішнього генітального ендометріозу як причини безпліддя і визначення його ступеня важкості необхідно використовувати лапароскопію як основний метод діагностики, а також як метод ліквідації проявів патології шляхом ексцизії або термокоагуляції вогнищ ендометріозу, енуклеації ендометріом, адгезіолізу.

Перспективи подальших досліджень

Оцінити ефективність лікування виявлених змін у жінок із безпліддям асоційованого з ендометріозом.

Лечение бесплодия, ассоциированного с эндометриозом

Г.Д. Коваль

В публикации определено диагностические и лечебные аспекты во время гистеро- и лапароскопического вмешательства у женщин с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом. Лапароскопия дает возможность не только выявить эндометриоз (у 32,1 женщины диагноз наружного генитального эндометриоза был определен впервые во время лапароскопии), его локализацию, степень распространения, состояние матки, маточных труб и яичников, но и возможность удалить все очаги эндометриоза и восстановить нор-

мальные анатомические взаимоотношения в полости таза при минимальной травматизации и кровопотери, а также ведет к уменьшению послеоперационного периода.

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, гистеро- и лапароскопия.

Infertility treatment with endometriosis

G.D. Koval

The paper deals with diagnostic and medicative aspects during hysteroscopy and laparoscopy in women with infertility in detected endometriosis. Laparoscopy allows not only to detect endometriosis (in 32,1 women external genital endometriosis was diagnosed for the first time at laparoscopy), its locating, degree of spread, state of womb, oviducts and ovaries, but also allows to remove all visible foci of endometriosis and to restore normal anatomic mutual relations in pelvic cavity with minimal traumatizing and reduction of postoperative period.

Key words: infertility, endometriosis, hysteroscopy and laparoscopy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акуш. и гинек. – 2005. – № 3. – С. 38–43.
2. Берегова Ю.П., Шелест Т.Д. Реабілітаційна терапія хворих на ендометріоз після лапароскопічних операцій // Одеський медичний журнал. – 2003. – № 4. – С. 79–81.
3. Коханевич Е.В., Гончарова Я.О. Генітальний ендометріоз: діагностика і лікування // Український медичний часопис. – 2003. – № 5 (37). – С. 102–108.
4. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М: МИА, 2005. – 240 с.
5. Реабілітація репродуктивної функції жінок із безпліддям при ендометріозі після лапароскопічних операцій / Юзько О.М., Приймак С.Г., Приймак І.А., Бегаль Л.В. // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 94–98.
6. Lecce G, Meduri G, Ancelin M, Berferon C, Perrot-Applanat M. Presence of estrogen receptor beta in the human endometrium throughout the cycle: expression in glandular, stromal, and vascular cells // J Clin Endocrinol Metab. – 2001. – № 86. – P. 79–86.
7. Osteen KG, Yeaman GR, Bruner-Tran K. Matrix metalloproteinases and endometriosis // Semin Reprod Med – 2003. – Vol. 21. – P. 155–163.

Патология эндометрия – как причина неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий

И.Е. Палыга

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

В работе было проанализировано наличие связей между результатом вспомогательных репродуктивных технологий и различными анамнестическими данными, уровнем рецепторов к половым гормонам, а также их концентрациями в периферической крови. Полученные данные могут служить обоснованием критериев способности имплантации эндометрия и свидетельствуют о необходимости динамических исследований гормонального статуса пациенток, уровней рецепторов в эндометрии к половым гормонам. Очевидно, что сопоставление этих факторов с данными анамнеза должны осуществляться при проведении комплекса мероприятий по подготовке эндометрия в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: женское бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, патология полости матки.

Частота бесплодного брака по данным отечественных и зарубежных исследователей составляет от 10% до 20% [1–6]. В структуре женского бесплодия маточный фактор с каждым годом занимает особое место и достигает 20–30% [3, 4].

Благодаря широкому использованию современных эндоскопических технологий в современной репродуктологии повышается эффективность диагностики и соответственно лечения разной маточной патологии: гиперпластические процессы и полипы эндометрия, хронический эндометрит и внутриматочные синехии [5, 6]. Особенно это касается пациенток с сочетанными вариантами бесплодия, которым рекомендуют широкий спектр лечебно-профилактических мероприятий в течение длительного времени [1–6].

В последние годы в Украине широко используют вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), в том числе и при женском бесплодии разного генеза, к которому относится и маточный фактор бесплодия [3, 4]. При этом эффективность ВРТ остается не всегда высокой, что позволяет выделить пациенток после неудачных попыток ВРТ, ведение которых вызывает определенные трудности не только с медицинской, но и с психологической точки зрения [6].

Значительный интерес представляет изучение особенностей проведения ВРТ у пациенток этой группы.

Цель исследования: повышение эффективности восстановления репродуктивной функции у женщин после неудачных попыток ВРТ на основе изучения у них

клинико-функциональных, эндокринологических и эндоскопических особенностей состояния эндометрия, а также разработки и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования было проведено комплексное обследование 130 пациенток с сочетанными факторами бесплодия, у которых было установлено преобладание одного основного фактора.

В I группу вошли 50 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия.

II группу составляли 30 пациенток с эндокринными факторами бесплодия.

III группу составляли 30 пациенток с эндометриозом.

IV группу (сравнение) составляли 20 женщин с бесплодием в браке, обусловленным мужским фактором.

Критериями включения пациенток в I, II и III группы был установленный фактор бесплодия, подтвержденный клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования, а также:

- возраст 29–39 лет;

- наличие в анамнезе не менее 2 (от 2 до 9) неудачных попыток ВРТ при перенесении в полость матки не менее двух эмбрионов «хорошего» качества.

Критерии включения пациенток в IV группу (сравнение):

- возраст 30–36 лет;

- проходимость маточных труб;

- отсутствие генитальной патологии;

- регулярный менструальный цикл;

- наличие доминантного фолликула;

- толщина эндометрия >9 мм, трехслойная структура;

- концентрация гонадотропинов (ЛГ, ФСГ) и эстрогена (Е2) на 5–7-й день менструального цикла в пределах нормы;

- концентрация прогестерона (П) в лютеиновую фазу >20 нмоль/л.

В I группу вошли пациентки в возрасте от 37 до 39 лет, во II – от 29 до 32 лет, в III группу – от 32 до 34 лет. Средний возраст пациенток в группах наблюдений и сравнения достоверно различался с преобладанием показателя в первой группе ($p < 0,05$).

Все методы исследования проводились в соответствии с нормативными документами и приказами МОЗ Украины.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, эндоскопические, морфологические, эндокринологические, микробиологические и статистические.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что длительность течения бесплодия у женщин с неудачными попытками вспомогательных репродуктивных технологий составляет $6,5 \pm 0,6$ года с преобладанием вторичного бесплодия по сравнению с первичным – 58,0:42,0%.

У пациенток после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий суммарная частота патологии эндометрия составила 97,3%, причем в структуре преобладали аденомиоз (39,0%); полипы эндометрия (24,5%); хронический эндометрит (21,8%); и внутриматочные синехии (12,0%).

Отсутствие и/или понижение экспрессии рецепторов прогестерону и эстрадиола желез и стромы эндометрия у пациенток после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий имело место в 56,5% случаев, а в самом эндометрии – в 30,0% наблюдений.

Пациенток после неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий в зависимости от патологии эндометрия и результатов дополнительных методов исследований необходимо разделять на следующие подгруппы:

- пациентки с гиперпластическими процессами и полипами эндометрия;
- пациентки с хроническим эндометритом;
- пациентки с недостаточной секреторной трансформацией эндометрия.

Выбор программы вспомогательных репродуктивных технологий должен осуществляться в зависимости от предыдущих результатов неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий, с учетом чувствительности к гормональной терапии и овариальному резерву.

Суммарная эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток после неудачных предыдущих попыток составила 17,3%, причем при трубно-перитонеальном бесплодии – 19,0%; при эндометриозе – 16,7% и при эндокрином – 13,3% соответственно.

Оценка взаимосвязи позитивного эффекта вспомогательных репродуктивных технологий с гормональным фактором свидетельствует о наличии негативных связей умеренной силы с концентрацией фолликулостимулирующего гормона ($r=-0,42$) и с содержанием гормонов пролактина ($r=-0,39$) и трийодтиронина свободного ($r=-0,31$) в периферической крови. Связь наступления беременности с уровнем эстрадиола была достоверной, однако слабой ($r=0,28$).

Позитивный эффект вспомогательных репродуктивных технологий положительно коррелировал с уровнем экспрессии рецепторов прогестерона в строме эндометрия ($r=0,23$), однако корреляции со всеми другими показателями экспрессии рецепторов эндометрия к стероидным гормонам были прямыми и умеренной силы: с рецепторами прогестерона в эпителии - $r=0,42$, рецепторами эстрадиола в строме – $r=0,32$ и в эпителии эндометрия $r=0,40$.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать алгоритм ведения и лечения пациенток с бесплодием и неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий должен состоять из нескольких этапов:

I этап – комплексное клиничко-лабораторное и иммуногистохимическое обследование;

II этап – адекватная подготовка супружеской пары к реализации программ вспомогательных репродуктивных технологий; с выбором оптимальной программы стимуляции суперовуляции и получением достаточного количества зрелого ооцита; с обеспечением оптимальных условий дробления оплодотворенных яйцеклеток; адекватной гормональной подготовки эндометрия к нидации яйцеклетки и выбору времени переноса эмбриона;

III этап – поддержка лютеиновой фазы менструального цикла с ранних сроков беременности.

- повторные гистероскопии следует осуществлять после лечения диагностированной патологии матки и эндометрия:
- при атипичной гиперплазии – агонисты гонадотропинов;
- при аденомиозе – агонисты гонадотропинов и гестагены;
- при гипоплазии эндометрия – гомеопатическая терапия, витамины и биостимуляторы.
- с целью контроля за эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий необходимо использовать динамическое клиничко-эхографическое, эндокринологическое и иммуногистохимическое обследование.

ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ математически-статистических взаимосвязей позволил обнаружить наличие связей между результатом вспомогательных репродуктивных технологий и разными анамнестическими данными, уровнем рецепторов к половым гормонам, а также концентрациями гормонов в периферической крови. Полученные данные могут способствовать обоснованию критериев способности вживления эндометрия, и свидетельствуют о необходимости исследований динамики гормонального статуса пациенток, уровня рецепторов в слизистой оболочке эндометрия к стероидным гормонам. Очевидно, что учет этих факторов вместе с данными анамнеза должен осуществляться при проведении комплекса мероприятий по подготовке эндометрия в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

Патологія ендометрія – як причина невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

И.Е. Палига

В роботі було проаналізовано наявність зв'язків між результатом допоміжних репродуктивних технологій і різними анамнестичними даними, рівнем рецепторів до статевих гормонів, а також концентраціями гормонів в периферичній крові. Отримані дані можуть сприяти обґрунтуванню критеріїв здатності імплантації ендометрія і свідчать про необхідність досліджень динаміки гормонального статусу пацієнток, рівнів рецепторів в слизовій оболонці ендометрія до стероїдних гормонів. Облік цих чинників разом з даними анамнезу повинні здійснюватися при проведенні комплексу заходів по підготовці ендометрія в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

Ключові слова: жіноче безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, патологія порожнини матки.

Pathology of endometrium – as the reason of unsuccessful attempts auxiliary reproductive technologies

I.E. Palyga

The analysis of matematiko-statistical interrelations has allowed to reveal presence of communications between result auxiliary reproductive technologies and various anamnesis data, level of receptors to sexual hormones, and also their concentration in peripheral blood. On our

opinion the obtained data can serve me as a substantiation of criteria of ability of implantation of endometrium and testify to necessity of dynamic researches of the hormonal status of patients, levels of receptors in endometrium to sexual hormones. It is obvious, that comparison of these factors to anamnesis data should be carried out at carrying out of a complex of actions for preparation endometrium in the program auxiliary reproductive technologies.

Key words: *female barrenness, auxiliary reproductive technologies, a pathology of a cavity of a uterus.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. 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.
2. Генитальний ендометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судомо, О.А. Берестовой [и др.] // Вісн. акушерів-гінекологів України. – 2007. – № 2. – С. 24–34.
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, 2009. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Грищенко В.И. Иммуноморфологические нарушения имплантационного эндометрия в проблеме лечения эндокринного бесплодия у женщин / В.И. Грищенко, А.М. Феськов, И.А. Федькова // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 3. – С. 57–59.
5. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Сімейна медицина. – 2005. – № 1. – С. 10–13.
6. Дубоссарская З.М. Эндокринное бесплодие у женщин: патофизиологические механизмы и подходы к лечению / З.М. Дубоссарская // Лікування та діагностика. – 2006. – № 1. – С. 39–45.

УДК 618.3-056.52-036:618.177-089.888.11

Вплив надлишкової маси тіла і метаболічного синдрому на клінічний перебіг ранніх термінів вагітності після допоміжних репродуктивних технологій

В.О. Петропавловська

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

Результати проведених досліджень показали, що проблема невиношування вагітності після допоміжних репродуктивних технологій у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом є досить актуальною. Все вищевикладене свідчить про необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів з метою зниження частоти невиношування у жінок цієї групи.

Ключові слова: *метаболічний синдром, невиношування, допоміжні репродуктивні технології.*

Невиношування вагітності є однією з найбільш найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1–4]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота мимовільного переривання вагітності складає 5–10% [3, 4].

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, довіклля і багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольована симпатно-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилося [1–4].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають різні захворювання ендокринної системи, у тому числі і метаболічний синдром [3, 4]. Відомо, що зміни метаболізму негативно впливають на функцію центральної нервової системи (ЦНС), а також викликають порушення механізмів регуляції і функцій на рівні ЦНС, гіпоталамуса, гіпофіза і периферичних регуляторних механізмів [1]. У структурі всієї соматичної захворюваності у жінок репродуктивного віку метаболічний синдром складає 20–25%. Крім того, до чинників ризику відносять також і допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), частота яких зростає з року в рік.

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень у вітчизняній і зарубіжній літературі з проблеми невиношування і дисметаболічних порушень у

вагітних, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується невиношування в цій групі хворих, що свідчить про актуальність наукової роботи.

Все це в сукупності вказує на актуальність наукового питання, що вивчається, у вирішенні проблеми зниження перинатальної патології у жінок з метаболічним синдромом.

Мета дослідження: вивчення особливостей і невиношування після ДРТ у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом на основі вивчення клініко-ендокринологічних, функціональних і біохімічних особливостей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клініко-функціональне і лабораторне обстеження було проведено у 50 жінок з надлишковою масою тіла метаболічним синдромом і невиношуванням вагітності в анамнезі, вагітність в яких настала після ДРТ.

Всі пацієнтки з метаболічним синдромом спостерігалися спільно з лікарем-ендокринологом.

Контрольну групу склали 50 первородящих без акушерської і соматичної патології.

У комплекс проведених досліджень включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, імунологічні, функціональні і статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота повторного невиношування вагітності у жінок з метаболічним синдромом складає 18,0% при рівні загрози її переривання 26,0%. Найчастіше вагітність переривається до 8 тиж (44,4%) і виявляється матковою кровотечею за рахунок передчасного відшарування хоріону (55,6%); рідше в 10–12 (33,3%) і 14–16 тиж (22,2%) на тлі вагітності, що завмерла (44,4%).

Перебіг II половини вагітності і пологів у пацієнток з невиношуванням на тлі метаболічного синдрому характеризується високою частотою плацентарної недостатності (51,2%); прееклампсії (34,1%); гестаційної анемії (75,6%); передчасних пологів (29,3%); аномалій пологової діяльності (24,4%) і дистресу плода (26,8%).

Перинатальні результати розродження жінок з невиношуванням на тлі метаболічного синдрому характеризуються значним рівнем асфіксії новонароджених (29,3%); респіраторного дистрес-синдрому (24,4%) і інтраамніального інфікування (14,6%).

При аналізі додаткових методів дослідження були відзначені дисгормональні зміни (достовірне зниження вмісту естріолу, Прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену при одночасному підвищенні рівня кортизолу); порушення системного імунітету (достовірне зниження вмісту СД3+ і СД4+ при одночасному збільшенні рівня СД8+ і СД16+); зміни ліпідного обміну (достовірне збільшення вмісту загального холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїдів високої щільності при одночасному збільшенні рівня ліпопротеїдів низької щільності) і гіперкоагуляція.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень показали, що проблема невиношування вагітності після ДРТ у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом

є досить актуальною. Усе наведене вище свідчить про необхідність розроблення комплексу лікувально-профілактичних заходів з метою зниження частоти невиношування у жінок цієї групи.

Влияние избыточной массы тела и метаболического синдрома на клиническое течение ранних сроков беременности после вспомогательных репродуктивных технологий В.О. Петропавловская

Результаты проведенных исследований показали, что проблема невынашивания беременности после вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом является достаточно актуальной. Все изложенное выше свидетельствует о необходимости разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения частоты невынашивания у женщин этой группы.

Ключевые слова: метаболический синдром, невынашивание, вспомогательные репродуктивные технологии.

Influence of superfluous weight of a body and metabolic syndrome on a clinical current of early terms of pregnancy after auxiliary reproductive technologies V.O. Petropavlovskaya

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem non-prolongation pregnancy after auxiliary reproductive technologies at women with in superfluous weight of a body and metabolic syndrome is enough actual for which decision it is necessary to use the results received by us. All above-stated testifies to necessity of working out of a complex medical-profiakticheskikh actions for the purpose of frequency decrease non-prolongation at women with a metabolic syndrome.

Key words: a metabolic syndrome, non-prolongation, auxiliary reproductive technologies.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. – 2006. – V. 4, № 4. – P. 196–211.

Особливості лікування безпліддя у жінок з доброякісною патологією молочних залоз

О.А. Полюлях

Одеський національний медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при проведенні допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією молочних залоз.

Ключові слова: безпліддя, доброякісна патологія молочних залоз.

Актуальність даної наукової роботи обумовлена тим, що останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовують у пацієнток з різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1–3]. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, які можуть призвести до необхідності використання ДРТ виросла роль різних доброякісних захворювань молочних залоз [1–3]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшої високої частоти прогресу доброякісних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ).

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми ДРТ не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики проведення ДРТ у пацієнток з ДЗМЗ.

Усе наведене вище було підставою до проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

Мета дослідження: удосконалення алгоритму ДРТ у жінок з ДЗМЗ на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних і гемодинамічних особливостей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети в дослідження були включені 93 жінок, в яких були використані ДРТ.

Дослідження носили поетапний характер:

I етап – формування основної (n=61) і контрольної груп (n=32) залежно від наявності патології молочних залоз;

II етап – аналіз чинників ризику патології молочних залоз;

III етап – клініко-лабораторне обстеження жінок основної групи;

Розподіл пацієнток за віком

Вік	Контрольна група, n=32	1-а група, n=31	2-а група, n=30
До 30 років	25% (n=8)	19,4% (n=6)	20% (n=6)
31-38 років	56,3% (n=18)	48,4% (n=15)	43,3% (n=13)
Більше 38 років	18,8% (n=6)	32,3% (n=10)	36,7% (n=11)

Таблиця 2

Чинники безпліддя

Фактор безпліддя	Контрольна група, n=32	1-а група, n=31	2-а група, n=30
Ановуляція	28,1% (n=9)	48,4% (n=15)	40,0% (n=12)
Трубний/чоловічий	46,9% (n=15)	22,6% (n=7)	26,7% (n=8)
Поєднаний	25,0% (n=8)	29,0% (n=9)	33,3% (n=10)

IV етап – формування 1-ї (n=31) і 2-ї груп (n=30) відповідно з формою мастопатії – дифузна і вузлувата;

V етап – оцінювання впливу різних протоколів стимуляції супероуляції на стан молочних залоз.

Усім пацієнткам проведено повне клінічне обстеження згідно стандартам ВООЗ по обстеженню жінок з безпліддям, а також згідно наказу МЗ України № 771 від 23.12.2008 р. «Про затвердження інструкції по порядку вживання ДРТ».

Вік пацієнток коливався від 26 до 40 років (табл. 1).

При зверненні 93 жінок з безпліддям у 36 (37,9%) з них була діагностована ановуляція (табл. 2), у 32 пацієнток (34,4%) – менструальні цикли були овуляторними, але присутній трубний або чоловічий чинники безпліддя, а у 25 жінок (28,1%) – було поєднання декількох чинників (чоловічий + ендокринний, трубно-перитонеальний + ендокринний, чоловічий + трубно-перитонеальний + ендокринний).

Пацієнткам проводили стимуляцію супероуляції по короткому протоколу без десенситизації гіпофіза (табл. 3) і по довгому протоколу з попередньою десенситизацією гіпоталамо-гіпофізарної системи агоністами гонадотропін-рилізінг гормону.

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з доброякісною патологією молочних залоз основними причинами безпліддя є різні поєднані чинники (55,7%) і самостійна ановуляція (44,3%).

Таблиця 3

Розподіл пацієнток по протоколах стимуляції супероуляції

Протокол стимуляції супероуляції	Контрольна група, n=32	1-а група, n=31	2-а група, n=30
Короткий	50% (n=16)	48,4% (n=15)	50% (n=15)
Довгий	50,0% (n=16)	51,6% (n=16)	50,0% (n=15)

Дифузна форма мастопатії найчастіше (60,0%) зустрічається у пацієнок з поєднанням трубного і чоловічого чинників безпліддя (60,0%), а вузлувата – при ановуляції (13,8%).

Ендокринологічні і метаболічні порушення у пацієнок з безпліддям на тлі доброякісної патології молочних залоз характеризуються достовірним збільшенням вмісту естрадіолу ($p < 0,05$), пролактину ($p < 0,05$) і інсуліно-подібного чинника зростання ($p < 0,05$) при одночасному зниженні рівня Прогестерону ($p < 0,05$).

При використанні короткого протоколу стимуляції суперовуляції у жінок з вузлуватою формою мастопатії в 26,6% з'являються нові вузли або збільшення розмірів тих, що раніше існували. При вживанні довгого протоколу це відбувається набагато рідше – 5,5%.

У жінок з безпліддям на тлі дифузної форми мастопатії при використанні короткого протоколу в 12,5% спостережень з'являється вузлувата форма, а при вживанні довгого протоколу це ускладнення відсутнє.

Використання вдосконаленого алгоритму допоміжних репродуктивних технологій у жінок з доброякісною патологією молочних залоз дозволяє знизити частоту дифузної і вузлуватої форм мастопатії, а також підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо запропонувати наступні моменти:

- при використанні допоміжних репродуктивних технологій у жінок з доброякісною патологією молочних залоз необхідно враховувати форму мастопатії, характер дисгормональних і дисметаболічних порушень.

- при проведенні суперстимуляції овуляції у пацієнок з різними формами доброякісної патології молочних залоз необхідно віддавати перевагу довгому протоколу.

- з метою контролю за ефективністю допоміжних репродуктивних технологій необхідно проведенні динамічних мамографічних, ендокринологічних і гемодинамічних досліджень.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при проведенні допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією молочних залоз.

Особенности лечения бесплодия у женщин с доброкачественной патологией молочных желез

О.А. Полюлях

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости использования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при проведении вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с патологией молочных желез.

Ключевые слова: бесплодие, доброкачественная патология молочных желез.

Features of treatment of barrenness at women with a good-quality pathology of mammary glands O.A. Popjuljah

Results of the spent researches testify to necessity of use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us at carrying out of auxiliary reproductive technologies at women with a pathology of mammary glands.

Key words: barrenness, a good-quality pathology of mammary glands.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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.

УДК 618.145-007.415-06:616.71-009.7

Влияние генитального эндометриоза на преждевременное истощение яичников и развитие бесплодия

Ю.В. Страхова

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

Изучены особенности гормонального и иммунного статуса у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и гормональной недостаточностью яичников. Установлены новые аспекты патогенеза данной патологии и усовершенствованы методы коррекции дисгормональных нарушений после оперативного лечения. Полученные результаты могут найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: эндометриоз, яичники, гормональный статус, бесплодие.

Эндометриоз является одним из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста [1–14]. Частота этого заболевания, по различным данным, варьирует в достаточно широких пределах – от 7% до 50% [1, 3, 7]. Увеличение частоты встречаемости эндометриоза связано, с одной стороны, с возросшими диагностическими возможностями, и, с другой стороны – с ухудшением экологической обстановки, приводящим к повреждению эндокринной, иммунной и антиоксидантной систем [1, 10].

Сведения о сочетании эндометриоза и бесплодия противоречивы. Частота нарушений репродуктивной функции при генитальном эндометриозе колеблется от 30% до 40% [3, 6]. Принято считать, что одной из основных причин бесплодия при этом заболевании является гормональная недостаточность яичников, проявляющаяся ановуляцией или недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла [11]. При этом, одни авторы [6, 7] считают гормональную недостаточность яичников благоприятным фоном для развития эндометриоза, тогда как другие [9, 10] связывают овариальную недостаточность с патологическим влиянием эндометриоза на разные звенья стероидогенеза в яичниках. Вместе с тем, имеются данные [1, 3, 13] о том, что у большинства женщин с эндометриозом имеется неизменный двухфазный менструальный цикл.

К настоящему времени недостаточно изучена взаимосвязь между гормональной недостаточностью яичников и иммунной системой. Известно, что некоторые компоненты иммунной системы (интерферон-гамма, интерлейкин-2, фактора некроза опухолей и др.) вовлечены в процесс атрезии фолликула и регрессии желтого тела [12]. Существуют данные [13, 14], что интерферон-гамма

наряду с другими цитокинами тормозит синтез эстрадиола и прогестерона яичниками и снижает их чувствительность к гонадотропной стимуляции. В меньшей степени изучено влияние половых стероидных гормонов на иммунную систему. Так, по данным одних авторов [4, 5], эстрогены подавляют цитотоксическую активность естественных киллеров (НК-клеток). Другие авторы [1, 3] обнаружили стимулирующее действие эстрадиола на рост и активность НК-клеток, а по другим данным [9, 10] прогестерон понижает активность НК-клеток и тормозит синтез интерферонов.

Следовательно, сведения о влиянии половых стероидных гормонов на компоненты иммунной системы, участвующие в процессах пролиферации, недостаточны и противоречивы.

Цель исследования: изучение взаимных влияний эндокринной и иммунной систем в патогенезе эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 271 женщина с жалобами на нарушение менструального цикла и/или бесплодие (из них 200 больных с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ); 51 больная с нормогонадотропной недостаточностью яичников без эндометриоза и 20 больных с гипергонадотропной овариальной недостаточностью).

Возраст больных варьировал от 18 до 42 лет и в среднем составил $29,1 \pm 0,4$ года. Жалобы на бесплодие предъявляли 181 (91,0%) женщина, страдающая НГЭ, из них первичное бесплодие имело место у 102 (56,4%); вторичное – у 79 (43,6%) женщин. Длительность первичного бесплодия в среднем составила $6,4 \pm 0,4$ года, вторичного – $4,8 \pm 0,4$ года. У 13 (7,2%) больных в анамнезе было невынашивание беременности, у 49 (27,1%) были искусственные аборт и у 7 (3,9%) – внематочная беременность.

Жалобы на обильные и болезненные менструации предъявляли 62 (31,5%) и 81 (40,7%) больная соответственно. Возраст менархе варьировал от 10 до 13 лет и в среднем составил $13,1 \pm 0,1$ года и достоверно ($p < 0,01$) превышал этот показатель у здоровых женщин ($12,3 \pm 0,2$ года). Хронические воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе имели место у 103 (51,8%) женщин; полостным операциям по поводу гинекологических заболеваний была подвергнута 41 (20,6%) больная, причем резекция яичников была у 23 (11,6%) пациенток. Частые простудные заболевания в анамнезе отмечены у 133 (66,8%) обследованных; заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдали 20 (10,1%) и аутоиммунные заболевания имели место у 26 (13,1%) больных.

В группу сравнения вошла 51 женщин с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью яичников без НГЭ, проявляющейся у 21 больной ановуляцией и у 30 – недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Все больные из группы сравнения предъявляли жалобы на бесплодие в течение $5,2 \pm 0,5$ года. Все 20 женщин с первично-овариальной недостаточностью предъявляли жалобы на вторичную аменорею длительностью более 1 года и бесплодие. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом и сохраненной фертильностью.

Наряду с общепринятыми клиническими, гинекологическими, лабораторными (оценка эндокринологического и интерферонового статуса, функциональная активность НК-клеток) и и эхографическими методами обследования по показаниям проводилось исследование глазного дна и полей зрения, обзорная рентгенография черепа, прицельная – турецкого седла, а также компьютерная томография гипофиза. Ни у одной больной не было выявлено рентгенологических или офтальмологических признаков объемного процесса гипоталамо-гипофизарной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наружный генитальный эндометриоз у 84,5% больных сочетается с нормогонадотропной недостаточностью яичников, проявляющейся ановуляцией (30,8%) или недостаточностью лютеиновой фазы цикла (69,2%). В крови женщин с ановуляцией и недостаточностью лютеиновой фазы при наружном генитальном эндометриозе определяется более высокое содержание эстрадиола, чем у больных с овариальной недостаточностью, не связанной с эндометриозом. При этом имеет место прямая корреляционная зависимость между уровнем эстрадиола в крови и степенью тяжести заболевания, которая отрицательно коррелирует с уровнем прогестерона в крови во вторую фазу менструального цикла.

В периферической крови и перитонеальной жидкости больных наружным генитальным эндометриозом, сочетающимся с овариальной недостаточностью, определяются сниженные показатели цитотоксической активности НК-клеток и интерферонового статуса по сравнению с этими показателями у больных с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью, не связанной с наружным генитальным эндометриозом. Способность лейкоцитов периферической крови продуцировать различные виды интерферона (альфа, бета и гамма) и цитотоксическая активность НК-клеток у больных с эндометриозом зависит от степени тяжести заболевания и типа гормональной недостаточности яичников. При этом имеет место достоверная положительная корреляция между уровнем прогестерона и активностью НК-клеток в периферической крови и в перитонеальной жидкости и обратная зависимость между уровнем эстрадиола и способностью лейкоцитов к продукции гамма-интерферона. В крови больных с гипергонадотропной недостаточностью яичников определяется повышенная цитотоксическая активность НК-клеток.

Заместительная гормональная терапия половыми стероидными гормонами оказывает влияние на показатели интерферонового статуса и активность НК-клеток у больных с первично-овариальной недостаточностью: эстрогены способствуют снижению токсической активности НК-клеток и продукции лейкоцитами интерферонов, прогестерон стимулирует активность НК-клеток и продукцию лейкоцитами всех видов интерферона.

Восстановление полноценного овуляторного цикла у больных с наружным генитальным эндометриозом после удаления эндометриодных гетеротопий зависит от типа овариальной недостаточности. У 62,2% больных с данной патологией в сочетании с недостаточностью лютеиновой фазы и у 34,6% больных с ановуляцией удаление эндометриодных гетеротопий приводит к восстановлению овуляторной функции яичников.

ВЫВОДЫ

Таким образом, патогенез наружного генитального эндометриоза связан с особенностями стероидогенеза в яичниках и зависит от активности антипролиферативных факторов иммунной системы. Установленные в нашем исследовании связи между уровнем половых стероидных гормонов и антипролиферативными компонентами иммунной системы (интерфероновый статус, индекс цитотоксической активности НЛ-клеток) свидетельствуют о взаимном влиянии эндокринной и иммунной систем. Снижение способности естественных киллеров элиминировать эктопический эндометрий в брюшную полость, вероятно, связано с патологическим влиянием эстрогенов и является важным моментом в развитии наружного генитального эндометриоза. Вместе с тем, наличие в брюшной полости эктопического эндометрия, как хронического антигенного стимулятора, способно приводить к истощению резервных возможностей иммунной системы. Наружный генитальный эндометриоз способен вызывать овариальную недостаточность, влияя как на процесс созревания доминантного фолликула, так и на процесс овуляции.

Вплив генітального ендометріозу на передчасне виснаження яєчників і розвиток безпліддя Ю.В. Страховецька

Вивчені особливості гормонального і імунного статусу у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом і гормональною недостатністю яєчників. Встановлені нові аспекти патогенезу даної патології і вдосконалені методи корекції дисгормональних порушень після оперативного лікування. Отримані результати можуть знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: ендометріоз, яєчники, гормональний статус, безпліддя.

Influence genital endometriosis on a premature exhaustion ovariums and barrenness development J.V. Strahovetskaja

Features of the hormonal and immune status at patients with external genital an endometriosis and hormonal insufficiency ovaries are investigated. New aspects patoreneza the given pathology are established and methods of correction dysgormonal infringements after operative treatment are advanced. The received results can find wide application in practical public health services.

Key words: an endometriosis, ovaries, the hormonal status, barrenness.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2010. – 317 с.
3. Аншина М.Б. История и эволюция методов лечения бесплодия // Проблемы репродукции. – 2009. – № 1. – С. 9–14.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.

5. Баскаков П.М., Літвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
6. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2007. – 544 с.
7. Волков Н.И., Беспалова Ж.В., Базанов П.А. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Журн. акуш. и женских болезней. – 2011. – Т. L, вып. III. – С. 25–27.
8. Гладчук І.З. Ендоскопія в діагностиці та лікуванні жіночої безплідності // Укр. часопис малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2009. – Т. 3, № 1. – С. 29–31.
9. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.
10. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
11. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
12. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
13. Badawy S.Z., Cuenca V., Freliech H. Endometrial antibodies in srum snd peritoneal fluid of infertility patients with and without endometriosis // Fertil. Steril. – 2009. – V. 53. – P. 930–932.
14. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618+378.14

Морально-етичні аспекти викладання акушерства та гінекології

П.Р. Волосовський

Івано-Франківський національний медичний університет

У викладанні акушерства та гінекології актуальними є морально-етичні аспекти як складові компоненти успішної професійної діяльності лікарів. В навчальному процесі важливою задачею викладачів є формування у студентів високих моральних якостей, відповідальності, прагнення до удосконалення знань та вмінь. Впровадження принципу індивідуального підходу до пацієнтів потребує від лікаря володіння не тільки професійними, але й юридичними знаннями, що регламентують взаємовідносини лікаря та пацієнта. Враховуючи законодавство України про охорону здоров'я розширення прав пацієнтів, з метою оптимізації навчального процесу на кафедрі акушерства та гінекології при вивченні багатьох розділів дисципліни широко застосовуються сучасні фантоми.

Ключові слова: морально-етичні аспекти, акушерство, гінекологія.

Найбільш важливим морально-етичним принципом медицини, що визначає гуманізм професії лікаря, є постійна готовність здійснювати медичну допомогу та уважно відноситись до пацієнта. Лікар несе високу моральну відповідальність за успішний результат своєї діяльності. Це важливо за умов міцних знань та високого рівня професійної майстерності. Для досягнення успіхів в лікуванні необхідно враховувати індивідуальний підхід до пацієнтів.

Обов'язковою складовою підготовки майбутніх лікарів є удосконалення знань з проблем медичної етики та деонтології. Найважливішою цінністю для кожної людини є здоров'я. В полі зору діяльності лікаря акушера-гінеколога знаходяться мати та її майбутня дитина. Це підвищує відповідальність та етичні вимоги до виховання лікаря.

Базова програма з дисципліни «Акушерство та гінекологія» розподілена на чотири модулі, що включають вивчення фізіологічного і патологічного акушерства та гінекології. Тематичні плани лекцій, семінарів та виробничої практики для студентів старших курсів поєднують сучасні досягнення фундаментальних наук з професійною підготовкою майбутніх лікарів.

При викладанні всіх розділів дисципліни викладачі прагнуть привити студентам знання з етики професійної діяльності лікаря. Взаємовідносини лікаря та пацієнта є основою ефективного лікування [1]. Актуальність цього положення значно підвищується в сфері специфічної діяльності лікаря, яка торкається інтимних сторін життя людини. Без достовірних відносин між лікарем та пацієнтом не можна розраховувати на успішну співпрацю та успіх в лікувальному процесі. Зміст авторитету, за словами А.С. Макаренка, в тому і полягає, що він не потребує ніяких доказів, що він сприймається як безсумнівна гідність, як його сила і цінність [2].

Керуючись цим положенням, викладачі кафедри постійно приділяють належну увагу питанням морально-етичного характеру. Значимість цієї роботи підвищується з кожним наступним роком навчання студентів та опануванням ними основ акушерства та гінекології.

Дуже важливим положенням акушерсько-гінекологічної деонтології є врахування природженої сором'язливості жінки, лабільність її психіки, обумовленої фазами менструального циклу. Тому культура ставлення до жінки, а тим паче хворої, має бути на щонайвищому рівні. Чуйність, увага, доброзичливість до хворої – невід'ємні компоненти деонтології всіх медичних працівників.

В наш час зросли вимоги не тільки до професійних знань та вмінь лікаря, але і до його психотерапевтичного впливу на пацієнта. Тільки за таких умов формується ширість та довіра у взаємовідносинах. Цьому не можна навчити студента на одному чи декількох заняттях. Ця складна задача вирішується впродовж всього періоду навчання шляхом поєднання лікувально-профілактичних та морально-етичних аспектів навчального процесу.

Особливістю професійної діяльності лікарів-акушерів-гінекологів є спілкування з членами родини пацієнтів, що потребує вміння встановлювати контакт, проявляти колегіальність, терпіння, витримку і такт. Формування особистості лікаря вимагає постійного удосконалення професійних знань та вмінь, культурного рівня, ознайомлення з юридичними та правовими аспектами роботи.

Не можна не враховувати особливості гуманізму сучасної медицини та розширення прав пацієнта, зокрема, право вибору пацієнтом лікаря та лікувального закладу. Основи законодавства України про охорону здоров'я ґрунтуються на Європейській конвенції, яка полягає у повазі гідності та свободи людини. Без згоди пацієнта втручання у його право на особисту недоторканість неприпустимо. Зіни в медичній сфері вимагають також від медиків знання юридичних аспектів в охороні здоров'я [3]. Викладачі кафедри завжди проявляють делікатність у взаємовідносинах з пацієнтом, погоджуючи з ним можливість участі студентів у обстеженні та проведенні лікувальних маніпуляцій. Але інколи можуть зустрітися ситуації, коли пацієнт не дає згоди на проведення студентами необхідних втручань. Саме тому викладачі кафедри при проведенні занять широко використовують фантоми, на яких опрацьовують практичні навички та вміння. На кафедрі існує фантомний клас з встановленими сучасними акушерськими фантомами, на яких студенти можуть проводити навчання та здавати практичну частину комплексного державного іспиту. Сучасні фантоми дозволяють глибоко засвоїти основні та додаткові методи досліджень в акушерстві та гінекології, вивчити біомеханізми пологів, провести деякі оперативні втручання та реанімаційні заходи у дорослих та новонароджених. Акушерський стимулятор пологів дозволяє імітувати фізіологічні та патологічні пологи, проводити прийоми зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження, внутрішньоматкові маніпуляції, акушерські повороти.

Останні роки інтенсивно розвиваються нові хірургічні технології, серед яких важливе місце займає малоінвазивна хірургія, яка дозволяє знизити травматичність операції, частоту ускладнень та строки реабілітації хворого. Проведення занять з використанням фантомів для ендоскопічних втручань дозволяє набути та удосконалити засвоєння ендоскопічних навичок роботи в гінекології.

ВИСНОВКИ

Таким чином, важливим складником в системі підготовки лікаря є оволодіння етичними принципами та впровадженням їх в практичну діяльність з урахуванням особливостей медичної допомоги в сфері акушерства та гінекології, що забезпечує успіх в лікувальній справі.

Морально-этические аспекты преподавания акушерства и гинекологии П.Р. Волосовский

В преподавании акушерства и гинекологии актуальными являются морально-этические аспекты как составные компоненты успешной профессиональной деятельности врачей. В учебном процессе важной задачей преподавателей является формирование у студентов высоких моральных качеств, ответственности, стремления к совершенствованию знаний и умений. Внедрение принципа индивидуального подхода к пациентам нуждается от врача во владении не только профессиональными, но и юридическими знаниями, регламентирующих взаимоотношения врача и пациента. Учитывая законодательство Украины о здравоохранении расширения прав пациентов, с целью оптимизации учебного процесса на кафедре акушерства и гинекологии при изучении многих разделов дисциплины широко применяются современные фантомы.

Ключевые слова: морально-этические аспекты, акушерство, гинекология.

Moral and ethical aspects of teaching obstetrics and gynecology P.R. Volosovsky

In teaching obstetric and gynecology moral and ethical aspects are important components of the successful professional activity of the doctor. An important task of teachers is bringing forward high moral characteristics, responsibility and striving for improvement of knowledge and skills in students. Introduction of the principle of individual approach to patients obliges the doctor to acquire knowledge about legal aspects of interactions of doctors and patients as well as professional expertise. Modern phantoms are used in the teaching of many chapters of the study subject in order to optimize teaching the course in the department of obstetric and gynecology and to comply to the registration of Ukraine on protection of health and extension of patient rights.

Key words: moral and ethical aspects, obstetric, gynecology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Степанов Ю.М. Взаємовідносини лікаря та пацієнта – основа ефективного лікування / Ю.М. Степанов, І.М. Кононов, А.В. Латфуліна, Л.М. Шендрік // Медична освіта. – 2011. – № 1. – С. 80–81.
2. Назаров В.Н. Разум сердца. Мир нравственности в высказываниях и афоризмах / В.Н. Назаров, Г.П. Сидоров. – М.: ИПЛ, 1990. – 605 с.
3. Маланчук Л.М. Сучасні підходи до викладання окремих питань акушерства та гінекології / Л.М. Маланчук, З.М. Кучма, І.М. Маланчін та ін. // Медична освіта. – 2012. – № 1. – С. 93–95.

Обтяжений репродуктивний анамнез: медико-соціальні і психологічні аспекти

А.А. Довгань

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгіївського

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей структури, термінів і механізму переривання вагітності, змін медико-соціального портрета і стану репродуктивного здоров'я пацієнток, страждаючих невиношуванням вагітності. У механізмі мимовільного переривання вагітності переважає інфекційно-запальний генез. Достовірно зменшилася доля пацієнток раннього і пізнього репродуктивного віку, що зайняті на промисловому виробництві і вчать-ся, збільшилася кількість домогосподарок, жінок, що мають сексуальний дебют до 18 років, хронічні запальні захворювання статевих органів, генітальну мікоплазменну і герпетичну інфекцію, пухлиноподібні утворення яєчників. Реалізації мимовільного абортів сприяють наступні чинники: соціальні – некомфортні житлові умови; низький рівень доходу сім'ї; виробничі – виробничі шкідливості, переважно психоемоційна напруга в процесі повсякденної трудової діяльності; дія продуктів промислового виробництва; невиконання рекомендацій лікаря унаслідок фінансового неблагополуччя або недостатньої компетентності цих рекомендацій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: мимовільний аборт, медико-соціальні аспекти.

Проблема невиношування вагітності (НВ) продовжує зберігати свою актуальність і пріоритетність у сучасному акушерстві. Обумовлено це, перш за все, тим, що НВ є однією з головних складових репродуктивних втрат [1–6]. Так, від 15 до 25% всіх зареєстрованих вагітностей мимоволі уриваються, при цьому 5–20% припадає на частку звичного НВ, а 80% вагітностей перериваються до 12 тиж [3–6].

Останнім часом спостерігається збільшення частоти мимовільних абортів (МА) [1–6]. Крім того, кожен епізод МА посилює наявні порушення репродуктивного здоров'я (РЗ) жінки [5, 6]. В той же час збереження і відновлення РЗ населення – найважливіший напрям державної політики в області поліпшення демографічної ситуації в країні. При цьому першим завданням залишається підвищення якості і доступності медичної допомоги жінкам і дітям.

Проблемі НВ присвячено багато фундаментальних досліджень [1–6]. Проте ціла низка запитань до цих пір залишається невирішеною. Так, недостатньо вивчені медико-соціальні і психологічні особливості РЗ жінок з МА в анамнезі, що і з'явилося метою справжнього наукового дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети для вивчення медико-соціальних чинників пацієнток, що сприяють реалізації мимовільних абортів (МА), використовували соціологічний метод у формі стандартизованого інтерв'ю. З метою визначення медико-соціальних і психологічних чинників, сприяючих втраті вагітності, проводили аналіз матеріалів анкетування 228 пацієнток, що мають МА, за допомогою спеціальних розроблених авторами стандартизованих анкет (1-а група). Для порівняння на питання анкет відповіли 132 жінки з вагітністю, що нормально протікала і закінчилася народженням живої доношеної дитини (2-а група).

Критерії виключення: пацієнтки з важкою екстрагенітальною патологією з протипоказанням для настання і пролонгації вагітності; що мають вагітність після допоміжних репродуктивних технологій, не дали інформованої згоди на участь в дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-статистичний аналіз історій хвороби жінок з мимовільним перериванням вагітності строком до 22 тиж, що спостерігалися в 1998–2000 рр. і 2008–2010 рр., виявив наступні особливості.

Середній вік пацієнток, що страждають на НВ, складає сьогодні 27,96–28,85 року, достовірно рідше зустрічаються жінки раннього і пізнього репродуктивного віку. Зазнав зміни і соціальний статус пацієнток з НВ. Достовірно зменшилося число жінок, що зайняті на промисловому виробництві і вчать-ся, достовірно збільшилася кількість домогосподарок, неістотно зросла кількість жінок, зайнятих приватною підприємницькою діяльністю. Дві третини пацієнток мають хронічну соматичну патологію, часто поєднану, структура якої за останніх 10 років не змінилася. Сьогодні в 1,4% досліджуваного контингенту зареєстрована ВІЛ-інфекція. Не дивлячись на деяке зменшення середнього віку менархе, у 9,4% пацієнток менструація починається пізніше 16 років, що достовірно частіше, ніж в минулому десятилітті ($p=0,050$).

Якщо в останньому десятилітті минулого століття кожна третя пацієнтка з НВ мала сексуальний дебют до 18 років і поза шлюбом, то сьогодні в такій ситуації знаходиться практично кожна друга. У подальшому кожна четверта пацієнтка з НВ має незареєстрований шлюб. Особливості статевої поведінки призводять до неухильного зростання гінекологічних захворювань. Сьогодні 60,3% жінок, страждаючих НВ, вказують на наявність хронічних захворювань в анамнезі, 70,4% – на перенесені ІПСШ. Достовірно збільшилася частота хронічних запальних захворювань статевих органів, ВПГ 1-го, 2-го типу, ЦМВ-інфекцій, пухлиноподібних утворень яєчників.

Намітилися позитивні тенденції відносно використання засобів контрацепції: сьогодні їх використовує кожна друга пацієнтка з НВ, тоді як 10 років тому – лише кожна четверта ($p=0,000$). При цьому сьогодні в 2 рази частіше пацієнток віддають перевагу гормональній контрацепції, достовірно рідше застосовують внутрішньоматкові контрацептиви, в 4 рази частіше використовують бар'єрні методи запобігання небажаної вагітності.

На сучасному етапі, не дивлячись на безперечне збільшення числа жінок, що використовують різні методи контрацепції, як і в попередньому десятилітті, кожна четверта пацієнтка з НВ перериває першу вагітність шляхом хірургічного аборту. В той

же час реєструється достовірне зниження частоти повторних хірургічних абортів. Є тенденція до збільшення частоти мимовільного переривання першої вагітності, до зменшення частоти звичного НВ, достовірно рідше зустрічаються пацієнтки з трьома і більш МА. Мабуть, це пов'язано з вдосконаленням методів діагностики причин НВ, предгравідарної підготовки і плануванням подальшої вагітності. Частота МА після здалоного первинного безпліддя достовірно знизилася, вочевидь, за рахунок сучасних профілактичних і лікувальних заходів при настанні вагітності.

На сучасному етапі у 51,5% жінок МА відбувається в термін 5–8 тиж, що достовірно частіше в порівнянні з попереднім періодом дослідження ($p=0,000$). Лише в 10,2% спостерігаються пізні МА (у 2 рази рідше, ніж в попереднє десятиліття).

Сьогодні ми спостерігаємо зміну структури МА: достовірно збільшення частоти вагітності, що не розвивається, до 67,3% (проти 25,1% в попередній період дослідження, $p=0,007$), що, можливо, пов'язано з особливостями статевої поведінки пацієнток.

При патоморфологічному дослідженні абортного матеріалу в 98,9% реєструються запальні зміни хоріальної тканини, децидуальної оболонки, ендометрія, що достовірно частіше, ніж в попередньому десятилітті ($p=0,000$). Це дозволяє укласти, що в механізмі мимовільного переривання вагітності на сучасному етапі переважає інфекційно-запальний генез.

Проведене дослідження дозволило встановити, що реалізації МА сприяють наступні чинники: соціальні – некомфортні житлові умови; низький рівень доходу сім'ї; виробничі – виробничі шкідливості, переважно психоемоційна напруга в процесі повсякденної трудової діяльності; дія продуктів промислового виробництва (загазованість, електромагнітне випромінювання, вібрація, радіаційний чинник); психологічні – сильні переживання з приводу рядових конфліктних ситуацій в сім'ї; зняття стресу шляхом паління, необхідність денного сну; гігієнічні – відсутність регулярного чотирьохразового харчування; зневага гарячою їжею домашнього приготування; низька фізична активність і паління до настання даної вагітності; байдуже відношення до паління чоловіка і колег по роботі; медичні – незапланована вагітність, відсутність предгравідарної підготовки; невиконання рекомендацій лікаря унаслідок фінансового неблагополуччя або недостатньої комплаєнтності цих рекомендацій.

Аналіз матеріалів анкетування показав, що жінки, які перенесли МА, мають психосоціальні особливості. Вони достовірно частіше відзначають загальну слабкість, зниження працездатності, поганий настрій ($p=0,000$), відчуття знесилення ($p=0,003$) і змученості ($p=0,000$), тривогу за своє здоров'я ($p=0,045$), потребу в спілкуванні з лікарем ($p=0,006$), ніж пацієнтки з вагітністю без патологій. Жінки, що страждають НВ, значно рідше відчують себе бадьорими і повними сил. Все перераховане вище різко обмежує їх звичний круг спілкування ($p=0,038$).

Під час порівняння показників у жінок з вагітністю, що один раз перервалася, та із звичним НВ, виявлені наступні особливості. Пацієнток з кількома викиднями в анамнезі більшою мірою непокоять загальна слабкість, швидка стомлюваність, зниження працездатності ($p=0,042$) і настрою, ослаблення пам'яті ($p=0,014$), відчуття змученості. В даній категорії жінок достовірно частіше виникають сварки з друзями і чоловіком ($p=0,024$), вище оцінюється потреба в спілкуванні з лікарем. Звертає на себе увагу низький показник фізичної активності цих пацієнток, виражені труднощі при виконанні звичної роботи ($p=0,045$), що значно обтяжує цих жінок. Відмічено зни-

ження професійних можливостей ($p=0,050$), при цьому частина опитаних вказує на необхідність професійного перепрофілювання.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей структури, термінів і механізму переривання вагітності, змін медико-соціального портрета і стану репродуктивного здоров'я пацієнток, страждаючих невиношуванням вагітності. У структурі мимовільних абортів спостерігається достовірно збільшення частки вагітності, що не розвивається, викиднів на термінах 5–8 тиж і зменшення частоти пізніх викиднів. Є тенденція до збільшення частоти мимовільного переривання першої вагітності, до зменшення частоти звичного невиношування вагітності, достовірно рідше зустрічаються пацієнтки з трьома і більш викиднями, а також з мимовільним абортom після подолання первинного безпліддя. У механізмі мимовільного переривання вагітності переважає інфекційно-запальний генез. Достовірно зменшилася частка пацієнток раннього і пізнього репродуктивного віку, що зайняті на промисловому виробництві і вчать, збільшилася кількість домогосподарок, жінок, що мають сексуальний дебют до 18 років, хронічні запальні захворювання статевих органів, генітальну мікоплазменну і герпетичну інфекцію, пухлиноподібні утворення яєчників. Достовірно частіше пацієнтки використовують контрацепцію, рідше удаються до повторних хірургічних абортів. Реалізації мимовільного аборту сприяють наступні чинники: соціальні – некомфортні житлові умови; низький рівень доходу сім'ї; виробничі – виробничі шкідливості, переважно психоемоційна напруга в процесі повсякденної трудової діяльності; дія продуктів промислового виробництва (загазованість, електромагнітне випромінювання, вібрація, радіаційний чинник); психологічні – сильні переживання з приводу рядових конфліктних ситуацій в сім'ї; зняття стресу шляхом паління, необхідність денного сну; гігієнічні – відсутність регулярного чотирьохразового харчування; зневага гарячою їжею домашнього приготування; низька фізична активність і паління до настання даної вагітності; байдуже відношення до паління чоловіка і колег по роботі; медичні – незапланована вагітність, відсутність предгравідарної підготовки; невиконання рекомендацій лікаря унаслідок фінансового неблагополуччя або недостатньої компетентності цих рекомендацій. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Отягощенный репродуктивный анамнез: медико-социальные и психологические аспекты А.А. Довгань

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей структуры, сроков и механизма прерывания беременности, изменений медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья пациенток, страдающих невынашиванием беременности. В механизме самопроизвольного прерывания беременности преобладает инфекционно-воспалительный генез. Достоверно уменьшилась доля пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста, занятых на промышленном производстве и учащихся, увеличилось количество домохозяек, женщин, имеющих сексуальный дебют до 18 лет, хронические воспалительные заболевания половых органов, генитальную микоплазменную и

герпетическую инфекцию, опухолевидные образования яичников. Реализации самопроизвольного абортa способствуют следующие факторы: социальные – некомфортные жилищные условия; низкий уровень дохода семьи; производственные – производственные вредности, преимущественно психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности; воздействие продуктов промышленного производства; невыполнение рекомендаций врача вследствие финансового неблагополучия или недостаточной компетентности этих рекомендаций. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: самопроизвольный аборт, медико-социальные аспекты.

The burdened reproductive anamnesis: medical-social and psychological aspects A.A. Dovgan

Results of the spent researches testify to presence of features of structure, terms and the mechanism of interruption of pregnancy, changes of medical-social portrait and a condition of reproductive health of the patients suffering incompetent of pregnancy. In the mechanism of spontaneous interruption of pregnancy prevails infectious-inflammatory genesis. The share of patients of the early and late reproductive age occupied on industrial production and pupils has authentically decreased, the quantity of housewives, the women having a sexual debut till 18 years, chronic inflammatory diseases of genitals, genital micoplasma and virus-herpes infection, tumors formations of ovariums has increased. Realisations of spontaneous abortion promote following factors: social – not comfortable living conditions; low level of the income of a family; Industrial – industrial harm, mainly a psychoemotional pressure in the course of daily labour activity; influence of products of industrial production; default of recommendations of the doctor owing to financial trouble or insufficient competence of these recommendations. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: spontaneous abortion, medical-social aspects.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения / Т.Ю. Пестрикова. – М.: Литтерра, 2008. – 208 с.
2. Подзолкова Н.М. Клинические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности / Н.М. Подзолкова, В.Г. Истратов, Т.В. Золотухина и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 40–44.
3. Радзинский В.Е. Аборт – проблема национальной безопасности страны. Охрана репродуктивного здоровья – будущее России / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, И.А. Чакчурина // Мат-лы Всероссийской конференции с международным участием, посвященные 10-летию кафедры акушерства и гинекологии мед. факультета Белгородского гос. университета. – Белгород, 2010. – С. 165–167.
4. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майсова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 196 с.
5. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом-триместре прогестагенами / В. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Мионов // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 35–37.
6. Радзинский В.Е. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического абортa / В.Е. Радзинский, С.М. Семятов // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 5–9.

УДК 378.147

Досвід викладання дисципліни «Акушерство та гінекологія»

П.Р. Волосовський

Івано-Франківський національний медичний університет

У статті розглянуто переваги використання технологій дистанційного навчання для викладання практично орієнтованої дисципліни «Акушерство та гінекологія» іноземним студентам. Зроблено висновок про необхідність більш широкого запровадження сучасних інформаційних технологій для підвищення професійного рівня студентів – іноземних громадян, які навчаються у вищих медичних навчальних закладах України.

Ключові слова: інформаційні технології, акушерство, гінекологія.

Навчальний процес потребує широкого запровадження інформаційних технологій. Це, в першу чергу, пояснюється вимогами до кваліфікованого фахівця, який повинен володіти не лише професійними знаннями та навичками, а й мати достатній рівень комп'ютерної грамотності. Зокрема, лікар зобов'язаний регулярно підвищувати свій професійний рівень, а для цього в умовах сучасності йому необхідно долучатися до професійний спільнот в мережі Internet, брати участь в конференціях з телемедицини та проведенні он-лайн заходів. Також нерідко комунікація лікаря та пацієнта відбувається за допомогою Internet-технологій, особливо це стосується отримання результатів обстежень.

Розглядаючи вплив новітніх технологій безпосередньо на навчальний процес, зазначимо, що дистанційне навчання сприяє підвищенню самодисципліни студента, творчому засвоєнню матеріалу, а також заохочує до самостійного пошуку інформації за темою заняття. Система з дистанційного навчання дає змогу не тільки ознайомитися з матеріалом заняття, але і переглянути відеофільм, презентацію лекції з даної тематики, дізнатися про сучасні медичні препарати, що використовуються для лікування певної патології, вивчити нормативні документи, які регламентують дії лікаря при певній патології або невідкладних станах, проглянути перелік сучасних літературних джерел. Створена система дозволяє провести комп'ютерне тестування з будь-якої тематики навчання і оцінити якість знань майбутнього лікаря.

Навчання іноземних студентів, порівняно з вітчизняними, має ряд особливостей, що пов'язані як з мовними та культурними відмінностями між країнами, так і з питаннями мотивації та дисципліни осіб, що навчаються. Крім того, студенту-іноземцю легше скористатися системою дистанційної освіти, аніж бібліотекою, особливо враховуючи брак сучасної англійської навчальної літератури в українських медичних вишах.

Акушерство та гінекологія, як клінічна дисципліна, має свою специфіку, яка потребує для студента наполегливе оволодіння практичними навичками. Проте не завжди тривалість заняття дозволяє відпрацювати практичну навичку на належному рівні з кожним студентом, оскільки викладач повинен також проконтролювати засвоєння теоретичного матеріалу, а кількість годин, виділених на акушерство та гінекологію, є порівняно невеликою. Не слід також ігнорувати і деонтологічні аспекти, адже далеко не всі жінки-пацієнтки погоджуються бути оглянутими студентами, як вітчизняними, так і іноземними; крім того, не завжди на це дають згоду родичі пацієнтів, присутність яких заохочується в сучасних акушерських клініках. Раціональний вихід ми бачимо в розміщенні на серверах навчальних відеоматеріалів, за допомогою яких студент може ознайомитися з практичними навичками, як от: огляд в дзеркалах, взяття мазків зі статевих шляхів, бімануальне обстеження тощо. Це дозволяє суттєво зберегти час заняття, так як викладач більше незмушений пояснювати кожну навичку в деталях, а лише відповісти на питання студентів та переконатися що матеріал засвоєно. Для студента корисно також переглянути відеофільм, присвячений цікавому клінічному випадку, з коментарями викладача. Тому в подальшому в системі дистанційного навчання планується розробка і створення електронних навчальних посібників.

Система дає можливість викладацькому складу контролювати якість підготовки та знань студентів в межах кредитно-модульної системи. Крім того, створюються позитивні умови для підготовки студентів до написання тестових завдань «Крок». Результатом цього є, наприклад, успішне складання тестових ліцензійних іспитів «Крок-2» в 2012 році всіма іноземними студентами-випускниками. Також адміністрацією та колективом університету проводиться робота зі створення електронних навчальних курсів, присвячених ліцензійним іспитам в тих країнах, звідки студенти родом. Адже відсоток студентів-іноземців, які успішно підтверджують отриманий в Україні лікарський диплом, є дуже важливим показником конкурентоспроможності як окремого вищого медичного навчального закладу, так і країни в цілому, на сучасному глобальному ринку освітніх послуг.

ВИСНОВОК

Отже, для покращення професійного рівня студентів-іноземних громадян, які навчаються в вищих медичних навчальних закладах України, необхідними є широке впровадження в практику освіти електронних навчальних курсів.

Опыт преподавания дисциплины «Акушерство и гинекология» П.Р. Волосовский

В статье рассмотрены преимущества использования технологий дистанционной учебы для преподавания практически ориентированной дисциплины «Акушерство и гинекология» иностранным студентам. Сделан вывод о необходимости более широкого внедрения современных информационных технологий для повышения профессионального уровня студентов – иностранных граждан, которые учатся в высших медицинских учебных заведениях Украины.

Ключевые слова: информационные технологии, акушерство, гинекология.

Experience of teaching of obstetrics and gynecology P.R. Volosovsky

The advantages of usage of technologies of distant education for teaching of Obstetrics and Gynecology for foreign students have been discussed in paper. The conclusion has been reached that the modern informational technologies have to be implemented more widely in educational process of medical foreign student who study in higher medical educational institutions in Ukraine.

Key words: informational technologies, Obstetrics, Gynecology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бербець А.М., Юзько О.М., Бакун О.В. Актуальні питання викладання дисципліни «Акушерство та гінекологія» англійською мовою іноземним студентам / Матеріали навчально-методичної конференції викладачів БДМУ «Актуальні питання підготовки медичних та фармацевтичних фахівців у контексті європейської освітньої інтеграції». – Чернівці. – 2011. – С. 148.
2. Приймак С.Г. Позитивні і негативні сторони Болонського процесу. Погляд студента / Матеріали конференції «Актуальні питання вищої медичної та фармацевтичної освіти: досвід, проблеми, інновації та сучасні технології». – Чернівці. – 2012. – С. 67.

Актуальні аспекти клінічної характеристики пацієнток з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом на прегравідарному етапі

С.М. Сергієнко, О.А Лезникова

Луганський державний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень показали, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює з ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з I ступенем ожиріння складає 18,4%; з II ступенем – 29,3% і з III ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з III ступенем ожиріння; з II ступенем – в 48,8% і з I ступенем – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Ключові слова: прегравідарний період, метаболічний синдром.

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

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

У дослідженнях акушерів [1–3] значне число робіт присвячено впливу ожиріння на перебіг вагітності та пологів, але вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому. Враховуючи, що ожиріння, особливо вісцелярна форма,

відіграє велику роль в патогенезі метаболічного синдрому, метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічної характеристики жінок з метаболічним синдромом на прегравідарному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 120 вагітних жінок з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями вагітності. Причому раніше у зв'язку з ожирінням жінки не обстежилися і не лікувалися.

З приводу вагітності всі жінки перебували на обліку в жіночій консультації з моменту постановки на облік. При цьому до 12 тиж вагітності стали на облік 89 пацієнток (74,2%) і в пізніші терміни – 31 (25,8%).

З метою проведення порівняльного аналізу контрольну групу склали 45 вагітних без порушення жирового обміну.

Критеріями включення у дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них склав > 30 кг/м².

Критеріями виключення були:

- ендокринний генез ожиріння (консультація і обстеження ендокринологом);
 - хронічна серцева недостатність;
 - цукровий діабет;
 - захворювання щитоподібної залози;
 - використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.
- 120 вагітних були розподілені на три групи залежно від ступеня ожиріння:
- 1-а група – 49 вагітних з I ступенем ожиріння;
 - 2-а група – 41 вагітна з II ступенем ожиріння;
 - 3-я група – 30 вагітних з III ступенем ожиріння.

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

- ожиріння – ІМТ > 30 кг/м²;
- артеріальна гіпертонія – тиск систоли > 140 мм рт.ст. і діастола – > 90 мм рт.ст.
- гіпердисліпідемія – рівень в сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – понад 2 ммоль/л; загальний холестерин (ЗХ) – понад 5 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л;
- інсулінорезистентність – показник індексу Саго $< 0,33$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики обстежених жінок, найбільше їх число в основних і контрольній групах було у віці 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше в групі вагітних з ожирінням 3-го ступеня.

Під час вивчення соціального статусу було встановлено, що кожна друга жінка має зв'язок із харчовою промисловістю, сюди ж увійшли жінки, що працюють у сфері харчових підприємств (кафе, ресторани, продовольчі магазини). Далі по частоті були державні службовці і домогосподарки. Це пояснюється,

мабуть, тим, що причиною ожиріння жінок з одного боку є доступність їжі і переїдання, а з іншого – неправильною організацією харчування.

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

Під час аналізу анамнестичних даних звертало на себе увагу, що у 46 жінок (38,3%), тобто більш ніж в кожній третій ожирінням страждали батьки.

Були виявлені особливості харчування у жінок з ожирінням. Так, найбільша кількість жінок – 93 (77,5%) не дотримували режим харчування, приймали їжу двічі в день, а останній прийом був рясним і після 20.00 годин, або їли бутерброди. 76 жінок (69,3%) мали пристрасть до жирної їжі, вживали масло, вуглеводи – головним чином картоплю, а 93% виявилися любителями солодкого і різного вигляду випічок.

Із анамнестичних даних звертає на себе увагу той факт, що кожна друга жінка (48,3%) пов'язана з виробництвом продуктів харчування або з їх продажем. При опитуванні 76 жінок (63,3%) з'ясувалося, що вони ведуть малорухливий спосіб життя.

Це підтверджують і дані анамнезу жінок контрольної групи, серед яких було значне число домогосподарок, з організованим режимом харчування, але малорухливим способом життя.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, звертало на себе увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); шлунково-кишкового тракту (14,3%), частота яких була майже однаковою у всіх 3 групах жінок з ожирінням. Захворювання шлунково-кишкового тракту були представлені в основному гастритами і гастродуоденітами, а серцево-судинної системи – недостатністю мітрального клапана. Висока частота варикозної хвороби і синдрому обструктивного апное, мабуть пов'язана з надлишковою масою тіла у обстежених пацієнток.

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

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

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

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

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності складає 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює з ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з I ступенем ожиріння складає 18,4%; з II ступенем – 29,3% і з III ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з III ступенем ожиріння; з II ступенем – в 48,8% і з I ступенем – лише в 18,4% обстежених. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Актуальные аспекты клинической характеристики пациенток с избыточной массой тела и метаболическим синдромом на прегравидарном этапе С.Н. Сергиенко, О.А. Лезникова

Результаты проведенных исследований показали, что частота метаболического синдрома у женщин с ожирением еще до беременности составляет 89,2%, а число компонентов метаболического синдрома коррелирует со степенью ожирения. Частота инсулинорезистентности у пациенток с I степенью ожирения составляет 18,4%; со II степенью – 29,3% и с III степенью – 70,0%. Полный метаболический синдром – сочетание четырех основных компонентов метаболического синдрома в 70,0% наблюдается обнаруживается у женщин с III степенью ожирения; со II степенью – у 48,8% и с I степенью – только у 18,4% обследованных. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения пациенток на прегравидарном этапе, а также во время гестационного периода и родоразрешения.

Ключевые слова: прегравидарный период, метаболический синдром.

Actual aspects of clinical characteristic of patients with superfluous weight of body and a metabolic syndrome on pregravidare stage. S.N. Sergienco, O.A. Leznikova

Results of the lead researches have shown, that frequency of a metabolic syndrome at women with adiposity up to pregnancy makes 89,2 %, and the number of components of

a metabolic syndrome correlates with a degree of adiposity. Frequency insulinresistance at patients with 1 degree of adiposity makes 18,4 %; with 2 degree – 29,3 % and with 3 degree – 70,0 %. The full metabolic syndrome – a combination of four basic components of a metabolic syndrome in 70,0 % of supervision is found out in women with 3 degree of adiposity; with 2 degree – at 48,8 % and with 1 degree – only at 18,4 % surveyed. The received results are necessary for taking into account by development of tactics of conducting patients on pregravidare stage, and also during time gestation period and delivery.

Key words: *pregravidare period, a metabolic syndrome.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аржанова О.Н. Нарушение механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 4. – С. 48–51.
2. Каюшева И.В., Панова Л.Ю. Течение беременности и родов у женщин, перенесших гипоталамический синдром в период полового созревания // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 64–65.
3. Стрижова Н.В., Гавриленко А.С., Саркисова А.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 27–31.

УДК 378.146:618.2].001.76-057.875

Вдосконалення підготовки студентів з акушерства і гінекології на засадах кредитно-модульної системи

П.Р. Волосовський

Івано-Франківський національний медичний університет

Підготовка майбутніх лікарів на медичних факультетах завжди була одним із важливих напрямів в системі вищої освіти в Україні. Повноцінна і всебічна підготовка лікарів передбачає розумне поєднання теоретичних знань та розвитку практичних навичок. Саме пошук розумного балансу між двома цими компонентами і є найбільш складним питанням при організації навчального процесу на засадах кредитно-модульної системи.

Ключові слова: *кредитно-модульна система, підготовка лікарів, акушерство, гінекологія.*

Впровадження кредитно-модельної системи організації навчального процесу (КМСОНП) в медичних університетах України не могло спричинити за собою необхідність її глибокого реформування, в тому числі і на клінічних кафедрах. Саме тому, будучи основою реформування, кредитно-модульна система в університетах медичного профілю вимагає постійного удосконалення з урахуванням специфіки підготовки майбутніх лікарів.

Колективом кафедри ретельно проаналізована типова програма, й з урахуванням особливостей підготовки фахівців за різними напрямками створені робочі програми дисципліни акушерства та гінекології, які як і типова програма структуровані на 4 модулі та 10 змістових модулів. Згідно зі структурою навчальної дисципліни кафедрою відпрацьовані тематичні плани лекцій, тематичні плани практичних занять, визначені обсяги самостійної роботи студентів та розподіл балів для оцінки навчальної діяльності студентів, побудованих на принципах КМСОНП. Ця робота виконувалась співробітниками кафедри на протязі останніх навчальних років з урахуванням наказів МОЗ України та з урахуванням особливостей підготовки студентів на кафедрі акушерства та гінекології протягом 4, 5 та 6 курсів навчання.

На нашу думку якісне впровадження КМСОНП, особливо на клінічних кафедрах вимагає вирішення декількох проблем. Однією з таких проблем є необхідність оптимізації організаційно-методичних підходів до оцінювання поточної щоденної успішності студентів та проведення підсумкового модульного контролю (ПМК). Формальний підхід до цього питання призводить до того, що лівову частину поточного оцінювання знань студентів займає щоденне написання, а потім перевірка тестових завдань. З урахуванням обмеженого часу,

виділеного для практичних занять, це суттєво скорочує можливості викладача щодо відпрацювання конкретних клінічних задач та роботу по відпрацюванню практичних навичок у ліжка пацієнтки, у маніпуляційному кабінеті та операційній. Побідна проблема спостерігається і при проведенні ПМК.

Враховуючи вищезазначене, на думку співробітників кафедри, при оцінюванні поточної успішності письмовий тестовий контроль слід розглядати лише як один з елементів контролю знань і не обов'язково його застосування на кожному практичному занятті, насамперед, на клінічних кафедрах. З нашої точки зору, найсуттєвіше значення в оцінці поточних знань з обов'язковим закріпленням матеріалу у конкретній клінічній ситуації з відпрацюванням практичних навичок. Щодо підсумкового модульного контролю, то його проведення повинне складатися теж з 3 частин: складання тестів, захист історії хвороби та складання практичних навичок у ліжка пацієнтки.

Особливістю нашої дисципліни є той момент, що студенти вивчають акушерство та гінекологію протягом трьох років, практичні заняття проводяться різними викладачами та на різних клінічних базах. Підхід до оцінювання знань студентів у різних викладачів може істотно відрізнятися. Студенти з приблизно однаковим ступенем підготовки отримують різні оцінки у різних викладачів, що в кінцевому результаті при перерахуванні у бали за системою ECTS знижує рівень об'єктивності в їх оцінюванні. Враховуючи це, протягом 2012-2013 навчального року у відповідності до типових програм на нашій кафедрі використовувалась система оцінки поточних знань за традиційною шкалою, з послідовним підрахунком середньо-арифметичного значення та його проведенням в підсумковий бал за системою ECTS. Досвід використання цього методу протягом останнього навчального року дозволяє зробити попередній висновок о підвищенні критеріїв об'єктивності при оцінці рівня поточних знань з використанням цієї методики.

В умовах впровадження КМСОНП зростає обсяг самостійної роботи студентів, яка виконується за програмою навчальної дисципліни з розділів за темами модулів, розділів самоконтролю, атестації з отриманням об'єктивної оцінки, науково-дослідної роботи тощо. Саме тому методичні матеріали кафедри повинні забезпечити якісно нові можливості для вирішення професійно-орієнтованих умінь майбутніх лікарів самостійно аналізувати і оцінювати конкретну клінічну ситуацію, інтерпретувати данні методичних матеріалів з визначенням власної точки зору, обґрунтувати альтернативні шляхи вирішення завдань та знаходити їх оптимальні варіанти. Важливе значення в цьому напрямі роботи кафедри надається забезпеченню студентів під час самостійної роботи усім необхідним, як для опрацювання практичних навичок, так і для теоретичної підготовки з використанням комп'ютерних технологій. З цієї метою за активної участі співробітників кафедри на території студентського містечка створений між кафедральний фантомний клас для відпрацювання практичних навичок під час самостійної підготовки.

Одним з суттєвих факторів якісної підготовки фахівців є рівень їх практичної підготовки та вміння застосувати теоретичні знання в конкретних ситуаціях. В цьому напрямі кафедра завжди приділяла значну увагу організації

чергувань студентів на клінічних базах кафедри у вільний час та організації літньої практики студентів. Зважаючи на значне зменшення кількості навчальних годин під час виробничої практики (до 1 тижня на кожному курсі) задача колективу кафедри полягає у тому, щоб за менший термін і при меншому рівні практичної підготовки студентів забезпечити якісне проведення літньої виробничої практики. Важливим в умовах КМСОНП є і відпрацювання системи оцінки виробничої практики. Зрозуміло, що кафедра не має можливості виділити для кожної академічної групи викладача-куратора практики. Хоча, з нашої точки зору, саме такий підхід надав би можливості щоденно оцінювати рівень підготовки студентів та визначити його за традиційною шкалою та шкалою ECTS. Разом з тим кафедра підтримує методику визначення якості підготовки студентів під час лікарської практики, запропоновану авторами типових програм дисципліни з практики, і вважає, що при певних умовах ця оцінка може бути достатньо об'єктивною. Як варіант об'єктивізації контролю практики, кафедрою впроваджено проведення після її закінчення комплексного тестового іспиту з усіх дисциплін практики, з вирішенням завдань в обсязі 200 тестів, що відповідає шкалі ECTS.

ВИСНОВКИ

Досвід підготовки фахівців на клінічних кафедрах медичних університетів за КМСОНП свідчить про деяке зниження рівня їх практичної підготовки, що вимагає внесення коректив в систему організації навчального процесу, насамперед, в бік виділення більшої кількості часу на його практично-орієнтовану частину.

Совершенствование подготовки студентов по акушерству и гинекологии на принципах кредитно-модульной системы

П.Р. Волосовский

Подготовка будущих врачей на медицинских факультетах всегда была одним из важных направлений в системе высшего образования в Украине. Полноценная и всесторонняя подготовка врачей предусматривает разумное сочетание теоретических знаний и развитие практических навыков. Именно поиск разумного баланса между двумя этими компонентами и является наиболее сложным вопросом при организации учебного процесса на принципах кредитно-модульной системы.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, подготовка студентов, акушерство, гинекология.

Improvement the training of students in obstetrics and gynecology at the basis of credit-module system

P.R. Volosovsky

Training of the Faculty of Medicine has been one of the most important trends in higher education in Ukraine. The complete and comprehensive training of doctors provides reasonable combination of theoretical knowledge and development of practical skills. Just find a reasonable balance between these two components are the most difficult in the educational process at the basis of credit-module system.

Key words: credit-module system, training of doctors, obstetrics, gynecology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вакарчук І. Вища освіта України – Європейський вимір: стан, проблеми, перспективи. Вища школа. – № 3. – 2008. – С. 3–9.
2. Волосовець О.П. питання освіти у контексті впровадження Болонської декларації у вищій медичній школі. Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 9–16.
3. Ковальчук Л.Є. Удосконалення самостійної роботи студентів – необхідна умова реалізації ідей Болонського процесу. Галицький лікар. віс. 2008. – Т. 15, № 1. – С. 79–81.
4. Моїсеєнко Р.О., Вороненко В.В., Фещенко І.І., Волосовець О.П., Пятницький Ю.С., Чернищенко Т.І. Завдання вищої медичної освіти в контексті реформування галузі. – Ваше здоров'я. – 2011. – № 31.
5. Суліма Е. Невідкладні завдання системи вищої освіти на новому етапі Болонського процесу. Вища школа. – 2010. – № 1. – С. 5–13.
6. Наказ МОЗ України від 02.12.2009 № 92У (зі змінами, внесеними наказом МОЗ України від 08.07.2010 р. № 541).
7. Типова програма з акушерства і гінекології для студентів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації. – К., 2008.

Материалы научно-практического симпозиума с международным участием

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО»

16-17 мая 2013 года, г.Винница

Сучасні діагностичні можливості оцінювання цитокинового статусу при інфекційно-запальних захворюваннях піхви

Г.А. Барановська

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей цитокинового статусу при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви. Результати проведених досліджень свідчать, що оцінювання якісного і кількісного складу мікрофлори вагінального біотопа, заснована на екологічних принципах, і використання оригінальних індексів відносної різноманітності і домінування облигатних і транзиторних видів мікроорганізмів забезпечує велику стандартність і об'єктивність обліку результатів бактеріологічного дослідження.

При виникненні і розвитку патологічних процесів в піхві істотне значення має рН вагінального секрету, рівень якого може впливати і на стан мікрофлори, і на фармакологічні властивості вживаних препаратів. У нормі рН вагінального середовища 3,8–4,2, що стримує зростання і розмноження «небажаних» транзиторних видів мікроорганізмів, що рееструються у вагінальному біотопі. Порушення у складі мікрофлори, пов'язані з надлишковим зростанням аеробних і факультативно анаеробних бактерій, таких, що виявляються, як правило, клінікою неспецифічного вагініту, супроводжується зміною рН в лужну сторону. Ще більш виражене зсув у лужну сторону наголошується в піхві при інтенсивному розмноженні анаеробних бактерій, що асоціюються з БВ, що призводить не лише до зміни властивостей *C. albicans*, але і впливає на антимікотичну дію препаратів, як безпосередньо (за рахунок зміни їх фунгіцидній активності), так і опосередковано (через зміну морфо-функціонального стану клітин збудника). Результати проведених

досліджень свідчать про істотну роль цитокинового статусу при оцінці стану місцевих чинників захисту у пацієнок з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Корекції якості життя у пацієнок з остеопорозом менопаузи з використанням замісної гормональної терапії

І. Т. Кишакевич

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

У сучасній медицині важливе місце займає уявлення про вплив остеопорозу (ОП) на якість життя (ЯЖ) жінок в періоді постменопаузи.

Метою роботи було вивчити роль замісної гормональної терапії в корекції якості життя у пацієнок з остеопорозом постменопаузи. Результати проведених досліджень свідчать про необхідність оцінювання якості життя і ступінь вираженості остеопорозу у жінок як з природною менопаузою, так і при розвитку клімактеричного синдрому, у тому числі і після хірургічної менопаузи. Отримані дані довели поліпшення всіх складових якості життя хворих, страждаючих остеопорозом постменопаузи, під впливом етіотропної замісної гормональної терапії. Отримані результати дозволяють розробити ефективні діагностичні і лікувально-профілактичні заходи для поліпшення якості життя жінок в періоді постменопаузи, а також для профілактики остеопорозу менопаузи.

Поєднання аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку: діагностика і тактика лікування

Г. В. Колесник

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

Останніми роками наголошується закономірне ушкодження матки всіма типами гіперпластичних процесів – аденоміоз, лейоміома, гіперплазія ендометрія – особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого тазу, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів. Метою справжнього наукового дослідження є вивчення клінічних особливостей поєднання аденоміозу з патологічними процесами ендометрія. У справжнє дослідження були включені 153 хворі аденоміозом у поєднанні з патологічними процесами ендометрія.

Результати проведених досліджень свідчать, що генетична схильність, стан відносної або абсолютної гіперестрогенії унаслідок гіпофункція яєчників, метаболічного синдрому, захворювань печінки, хронічні запальні захворювання (генітальні і екстрагенітальні), сприяючи зниженню місцевого і загального імунітету, що призводить до місцевого порушення підтримки постійності клітинного

складу тканин матки, зміни рецепції естрогену і Прогестерону, є найбільш значимими чинниками ризику розвитку гіперпластичних процесів органів репродукції. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Сучасні можливості прогнозування нетримання сечі у жінок під час вагітності і після пологів

А. Л. Костюк

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

Надзвичайно висока частота симптомів нетримання сечі (НМ) під час вагітності і після пологів з подальшим стійким НМ у жінок репродуктивного віку з'явилася підставою для справжнього дослідження і визначила його мету – вивчити можливості прогнозування нетримання сечі у жінок під час вагітності. Для вирішення поставленої мети був проведений попередній опит, за результатами якого було виділено 51 пацієнтку із скаргами на НМ, які склали основну групу. Верифікація діагнозу, визначення типу НМ проводилися на підставі заповнення урогінекологічного опитувальника, щоденників сечовипускання, результатів функціональних проб, ультрасонографії нижніх відділів сечовивідних шляхів. Групу порівняння склали 50 жінок, що народили, без ознак НМ. Нами розроблена шкала ступеня ризику розвитку НМ під час вагітності і після пологів, що відображає значення інтегрованого показника ризику і значення оцінки в балах при низькому, середньому і високому ступені ризику. Сукупність анамнестичних і об'єктивних даних дозволяє виділити найбільш прогностично значимі чинники і сформувати групи ризику щодо розвитку нетримання сечі у жінок під час вагітності і після пологів. Пропонований алгоритм є доступним і може знайти широке використання в практичній охороні здоров'я.

Сучасні аспекти морфологічних змін аномально розташованої плаценти

С. А. Куріцина

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

Багато питань етіології, патогенезу, перебігу вагітності і пологів, стан плода і новонародженого при аномально розташованій плаценті (АРП) залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими. На нашу думку, на особливу увагу заслуговують морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу при АРП, чому і присвячено справжнє наукове дослідження. Проспективно спостерігалися 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти (АРП). Низька плацентация виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно класифікації аномалій плацентации і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнок в основну групу було розташування плаценти (у

14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. Як контрольна група обстежене 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією. Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що варіант плацентарної дисфункції і затримки розвитку плода залежать від локалізації плаценти і можливості її міграції під час вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Профілактика непланованої вагітності у пацієнок з аутоімунним тиреоїдитом з використанням сучасних методів контрацепції

Д.С. Ледін

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

Аналіз літературних даних свідчить про відсутність досліджень, присвячених впливу різних методів контрацепції на перебіг аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) у жінок. До теперішнього часу не вивчений вплив гормональної контрацепції на клінічний перебіг АІТ, на стан різних ланок імунітету. Не вивчені особливості репродуктивного здоров'я жінок з АІТ, ефективність і прийнятність гормональних контрацептивів у них. Не визначена тактика ведення пацієнок з АІТ в процесі контрацепції. Метою дослідження є вивчення можливості використання гормональної контрацепції у пацієнок з АІТ. У відповідність з поставленою метою після детального обстеження нами було відібрано 30 жінок репродуктивного віку (від 18 до 49 років) з АІТ (1 основна група) і 20 здоровими жінками (2 контрольна група), що не мали протипоказань до призначення гормонального методу контрацепції у відповідності критеріями прийнятності і безпеки ВООЗ (2008). Результати нашого дослідження показали, що гестагени є високоефективними контрацептивними препаратами, що володіють лікувальним ефектом для жінок з аутоімунним тиреоїдитом і що 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 щитовидної залози. Отримані результати дозволяють рекомендувати гестагенні препарати з метою контрацепції у пацієнок з аутоімунним тиреоїдитом.

Лейоміома матки і тиреоїдна патологія: діагностика і тактика лікування

О.О. Літвак

Державне управління справами

Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини

Проведене наукове дослідження присвячене вивченню впливу тиреоїдної патології на розвиток і клінічний перебіг лейоміоми матки. Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 32 жінок з різною тиреоїдною патологією

і лейоміомою матки – основна група. Контрольну групу склали 20 здорових жінок у віці $38,1 \pm 1,2$ року. Отримані результати свідчать, що у пацієнок з лейоміомою матки і тиреоїдною патологією були виявлені наступні особливості: найбільш поширеною тиреоїдною патологією є вузлуватий зоб, вік пацієнок старше 40 років, часте поєднання із захворюваннями центральної нервової системи і периферичних нервів. Порушення репродуктивного здоров'я при лейоміомі матки і тиреоїдній патології виражалося в переважанні поєднаної патології, а також порушенні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції функції яєчників, підвищенні рівня пролактину на тлі зниження функціональної активності щитовидної залози. Рівень вільного трийодтироніну є об'єктивним показником функції щитовидної залози при лейоміомі матки з тиреоїдною патологією. На тлі зниження функціональної активності щитовидної залози виникає дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи, підвищення рівня пролактину, що може з'явитися причиною поєднаної патології. Отримані результати необхідно враховувати в практичній охороні здоров'я при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Хірургічне лікування ендометріозу – використання сучасних ендоскопічних технологій

Б.М. Лисенко

Державне управління справами

Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини

Серед основних спірних і невирішених питань проблеми генітального ендометріозу особливе значення надають найближчим і віддаленим наслідкам хірургічного лікування ендометріозу. Метою роботи було вивчення найближчих і віддалених наслідків хірургічного лікування хворих з ендометріозом. Клінічні дослідження були виконані у 90 жінок з поширеними формами ендометріозу, яких було розподілено на три групи. До 1-ї групи входили 30 жінок з ускладненим ендометріозом яєчників, матки, очеревини малого тазу і маткових труб; 2-у групу склали 30 жінок з аденоміозом і ретроцервікальним ендометріозом; до 3-ї групи включено 30 жінок з поєднаними формами ендометріозу. Отримані результати свідчать, що хворі з поширеними формами ендометріозу представляють складний контингент для хірургічного лікування. Оптимальна діагностична тактика дозволяє виявити характер і ступінь ураження ендометріозом і визначити вибір доступу і об'єму хірургічного втручання. Поєднані форми ендометріозу хвороби вимагають участі в операції хірурга і уролога. З врахуванням можливих інтра- і післяопераційних ускладнень. Ця категорія хворих підлягає ретельному моніторингу в ранньому післяопераційному періоді і проведенню протирецидивного лікування.

Сучасні аспекти патогенезу плацентарної дисфункції у вагітних з варикозною хворобою

Л.В. Манжула

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

Симптомокомплекс «плацентарна дисфункція» (ПД) сьогодні займає найбільш високу питому вагу в структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених. Розроблення нових методів діагностики і лікування ПД представляється одним з перспективних наукових напрямів сучасного акушерства і перинатології, оскільки порушення функції плаценти є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі.

Метою нашого дослідження з'явилося вивчення особливості вмісту фібрoneктину і гомоцистеїну при варикозній хворобі (ВХ) у вагітних без і за наявності ПД. Згідно поставленої мети нами було проспективно обстежено в термінах 10–41 тиж вагітності, в пологах і в ранній післяпологовий період 100 пацієнток зі ВХ. Контрольну групу склали 50 пацієнток з неускладненим перебігом вагітності і пологів. Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з варикозною хворобою з оцінкою вмісту фібрoneктину і гомоцистеїну. Алгоритм діагностичних заходів при даній екстрагенітальній патології повинен включати окрім результатів оцінки гормональної функції плаценти і найбільш інформативні показники системного гемостазу – вміст фібрoneктину і гомоцистеїну. Такий підхід дозволяє своєчасно поставити діагноз плацентарної дисфункції і ефективно корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів, а також тактику ведення вагітності і пологів.

Клінічні аспекти зниження частоти невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій

І.Е. Палига

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

Клініка репродуктології «Альтернатива», м. Львів

Методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є найбільш ефективними в подоланні різних форм чоловічого і жіночого безпліддя. Вони розвиваються і удосконалюються, з їх допомогою в світі народилися понад 2 млн дітей. Проте не дивлячись на всі досягнення, частота розвитку вагітності все ще залишається порівняно низькою і складає 25–30% на цикл лікування, причому за останніх 10 років цей показник значно не змінився. Метою справжнього наукового дослідження є підвищення ефективності ДРТ на основі проведення клінічного аналізу їх неефективних спроб. Відповідно до мети дослідження була виділена основна група з жіночими чинниками безпліддя (100 подружніх пар з невда-

лими спробами ДРТ в анамнезі). При цьому в основній групі були виділені наступні підгрупи: трубно-перитонеальне безпліддя; ендокринне безпліддя; ендометріоз і поєднані чинники безпліддя. Групу порівняння склали 50 жінок без порушень фертильності. У цих жінок була підтверджена нормальна структура ендометрія. Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб ДРТ є: тривале безпліддя, неодноразові оперативні втручання на органах малого тазу, велике число внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безпліддя само по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику сприяють зриву адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що, у свою чергу, знижує репродуктивний потенціал пацієнток і сприяє невдалим спробам ДРТ.

Роль поєднаної патології матки в постменопаузі в розвитку вегетативних і психологічних порушень

В.А. Шамрай

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

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей вегетативних і психологічних порушень у жінок з поєднаною патологією матки в постменопаузі. Для вирішення поставленої мети 80 пацієнток було розділено на дві групи: основна – жінки з поєднаною патологією матки (ППМ) і явищами метаболічного синдрому (50 обстежених) і контрольна – жінки з поєднаною патологією матки без метаболічного синдрому (30 пацієнток). У поняття ППМ ми об'єднали патологію ендометрія: патологія ендометрія у поєднанні з лейоміомою матки (ЛМ), патологія ендометрія і аденоміоз (АМ), АМ і ЛМ, а також всі три патології одночасні. У поняття патологія ендометрія були включені: гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ) залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) і атипія ендометрія (АЕ) (за умови наявності метроррагії). Отримані результати свідчать, що у жінок віку постменопаузи, що мають метаболічний синдром (МС), були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку ряду систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієнток без наявності МС. Крім того, можна констатувати достовірне переважаюче тривожі в актуальному психічному стані, а також тривожності як особової характеристики у жінок з проявами МС. Частка високотривожних осіб (сумарний бал вище 46) серед жінок із ППМ і МС склали 67,50±6,10%, значно відрізняючись від жінок періоду постменопаузи без МС – 47,62±4,89% (p<0,01). Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Репродуктивне здоров'я жінок – медичних працівників

О.С. Шелигін

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

Метою справжнього дослідження є оцінка репродуктивного здоров'я жінок – медичних працівників. На первинному етапі з метою виявлення основних особливостей професійної захворюваності жінок медичних працівників нами була проведена комплексна клініко-лабораторна і функціональна оцінка стану здоров'я, у тому числі і гінекологічної захворюваності, у 100 жінок лікарів різних спеціальностей і у 100 жінок середніх медичних працівників. У дослідження були включені відділення різного профілю: терапевтичні, хірургічні, інтенсивної терапії і реанімації, офтальмологічні, кардіологічні, пульмонологічні, інфекційні, лабораторно-діагностичні функціонально-діагностичне і фізіотерапевтичні, рентгенологічне, акушерсько-гінекологічне і стоматологічне. 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.

Сучасні критерії «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину

І.М. Шлапак

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми кесарева розтину, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані імуногістохімічних особливостей рубця на матці після операції кесарева розтину. Метою справжнього наукового дослідження є вивчення клініко-функціональних і імуногістохімічних критеріїв «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 120 пацієнток, госпіталізованих для підготовки до абдомінального розродження в акушерське відділення клінічного пологового будинку № 1 м. Сімферополя в період з 2008 по 2012 рр.: 60 пацієнток з рубцем на матці після операції кесарева розтину були розроджені абдомінальним шляхом повторно, у 60 вагітних операція кесарева розтину була виконана вперше. Результати проведених клініко-функціональних і імуногістохімічних досліджень дозволяють виділити найбільш інформативні критерії «неспроможності» рубця на матці після операції кесарева розтину. Отримані нами результати дозволяють передбачити, що виявлені особливості експресії колагену I і III типів в нижньому матковому сегменті обумовлені травматизацією грубоволокнистої рубцевої тканини, не здібної до розтягування, під час вагітності. Виникаючі мікророзриви супроводжуються розвитком асептичної запальної реакції з міграцією кліток лейкоцитарного ряду, в першу чергу, ней-

трофільних гранулоцитів і лімфоцитів, з подальшою появою клітин фібробластичного ряду, що активно продукують колаген III типу. Отже, поява ділянок експресії колагену III типу і підвищеної експресії колагену IV типу в стінці судин можливо розглядати як критерії «неспроможності» рубця на матці. Отримані результати необхідно використовувати для вироблення алгоритму розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

Вплив гнійно-запальних захворювань придатків матки на морфологічні зміни органів репродуктивної системи

В.С. Страховецький

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

До теперішнього часу не систематизовані питання залежності розвитку ускладненого перебігу гнійно-запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ) на тлі внутрішньоматкової контрацепції (ВМК) від стану імунітету. Значні труднощі представляє вибір раціональної етіотропної та патогенетичної терапії в цієї категорії хворих. Не вивчені також морфологічні особливості видалених макропрепаратів при даній патології. Все наведене вище визначило мету справжнього дослідження – вивчення морфологічних особливостей ГЗЗПМ.

Основну групу досліджуваних склали 363 жінки з ГЗЗПМ у віці від 18 до 49 років (34,4±9,3 року). Контрольна група складалася з 40 здорових жінок, порівнянних за віком з пацієнтками основної групи. Виявлені нами особливості морфологічних змін при ГЗЗПМ на фоні ВМК і без ВМК дозволили обґрунтувати об'єм оперативного втручання при наданні медичної допомоги даним пацієнткам. Результати проведених досліджень свідчать, що об'єм оперативного втручання при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки залежить від патогенетичного варіанту даної патології, тобто від наявності внутрішньоматкового контрацептиву і термінів його знаходження в порожнині матки. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки.

Сучасні аспекти патогенезу дискоординованої пологової діяльності

С.Я. Ткачик

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

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливості концентрації метаболітів стероїдних гормонів при дискоординованій пологовій діяльності. На підставі проведених досліджень можна передбачити, що достовірно нижчі концентрації метаболітів Прогестерону пов'язані з фізіологічним припиненням синтезу Прогестерону перед початком пологів та 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 розробки тактики ведення жінок з аномаліями пологової діяльності.

Сучасні аспекти прогнозування ускладнень після гінекологічних ендоскопічних операцій

О.А. Волошин

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

Метою справжнього наукового дослідження з'явилося вивчення основних особливостей лапароскопічних операцій за наявності у пацієток з різним числом черворозтинів в анамнезі для визначення прогностичних чинників ризику розвитку спайкової хвороби черевної порожнини. Для вирішення поставленої мети обстежено і проведено хірургічне лікування лапароскопічним доступом у 304 пацієток, що перенесли раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза. Отримані результати дозволили визначити прогностичні чинники ризику виникнення спайкового процесу в черевній порожнині у пацієток з черворозтинями в анамнезі. До них відносяться: повторні черворозтини, особливо у поєднанні з верхньосерединною лапаротомією; несприятливий перебіг післяопераційного періоду; оперативні втручання з приводу перитоніту. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики виконання лапароскопічних операцій і ведення післяопераційного періоду.

Пути повышения эффективности вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия

М.М. Адамов

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

Целью исследования было повышение эффективности лечения нарушений репродуктивной функции при мужском факторе бесплодия на основе усовершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при проведении вспомогательных репродуктивных технологий. В исследование было включено 168 пар с мужским бесплодием, при этом применение программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для лечения бесплодия было обусловлено состоянием репродуктивного здоровья мужчин. С целью контроля за эффективностью разных вариантов вспомогательных репродуктивных технологий при мужском бесплодии необходимо использовать медико-генетическое консультирование, оценку эндокринологического статуса и учитывать наличие хронического инфицирования генитальной и экстрагенитальной локализации. Результаты про-

веденных исследований свидетельствуют об эффективности использования дифференцированного подхода для проведения различных программ ВРТ при мужском факторе бесплодия. При этом использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить частоту не только наступления беременности, но и рождение живого здорового ребенка.

Можливості використання гормональних рилізінг-систем і їх вплив на стан молочних залоз і шийки матки

Н.В. Адамчук

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

В даний час прогрес в області гормональної контрацепції привів до створення не лише ряду пероральних засобів, але і принципово нових – гормональних рилізінг-систем (ГРС) пролонгованої дії з різними способами введення (черезшкірний, вагінальний, внутрішньоматковий), що істотно розширило можливості контрацепції. Метою справжнього наукового дослідження з'явилося вивчення впливу ГРС на стан молочних залоз і шийки матки. Для вирішення поставленої мети нами були відібрані 150 фертильних жінок репродуктивного віку від 18 до 40 років (середній вік $31,2 \pm 0,6$ року), що не мають протипоказань до вживання контрацептивних рилізінг-систем відповідно до критеріїв ВООЗ (2008). Результати проведених досліджень свідчать про високу контрацептивну ефективність гормональних рилізінг-систем, низький рівень різних побічних ефектів, а також про відсутність негативного впливу гормональних рилізінг-систем на стан молочних залоз і шийки матки.

Аномалії пологової діяльності у жінок, які багато народжують

М.Х. Алаа Хафажа

Медичний інститут Сумського державного університету

Патологія скоротливої діяльності матки залишається однією з основних проблем акушерства і виявляється аномаліями пологової діяльності, матковими кровотечами і іншими ускладненнями в пологах і післяпологовому періоді. До групи високого ризику щодо розвитку даної патології відносяться жінки, які багато народжують, вагітність і пологи в яких активно вивчаються впродовж останнім часом. Метою справжнього наукового дослідження з'явилося вивчення основних особливостей скоротливої діяльності матки у жінок, які багато народжують. Для вирішення поставленої мети було вивчено клінічний перебіг вагітності і пологів у 190 жінок, яких було розподілено на три групи: у 1-у групу увійшли 63 (33,1%) породіль, пологи в яких закінчилися через природні пологові шляхи без слабкості пологової діяльності; у 2-у групу включено 60 (31,6%) жінок, прооперованих в плановому порядку без пологової діяльності і в 3-ю групу – 67 (35,3%) породіль, проопе-

рованих в екстремому порядку з приводу слабкості пологової діяльності. Із загального числа жінок 65 (34,2%) були первородящими; 64 (33,7%) – повторно – і 61 (32,1%) – такими, які багато народжують. Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику порушень скоротливої діяльності матки у жінок, які багато народжують, є: вік старше за 34 роки, гестаційна анемія, ожиріння, серцево-судинна патологія, хронічний пієлонефрит, поєднані форми прееклампсії, плацентарна дисфункція і передчасний розрив плодових оболонок. Для зниження частоти і ступеня вираженості аномалій пологової діяльності у жінок, які багато народжують, необхідно розробити комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Воспалительные заболевания половых органов в постменопаузе

Ф.Б. Алиева

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

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе вырос 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, нарушение контроля мочеиспускания, а также патологии шейки матки.

Целью работы было изучение сочетания нейроэндокринных и урогенитальных расстройств, а также воспалительных заболеваний шейки матки в периоде постменопаузы. В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 150 женщин, которые были распределены на две группы: 1-я группа – 50 женщин с воспалительными заболеваниями шейки матки, урогенитальными и климактерическими расстройствами; контрольная группа – 50 женщин такого же возраста без патологии шейки матки и урогенитальных расстройств при климактерическом синдроме. Все женщины 1-й группы предъявляли специфические жалобы: сухость, зуд во влагалище, диспареуния, рецидивирующие влагалищные выделения, частые, болезненные мочеиспускания в дневное и ночное время, недержание мочи при напряжении и др. Результаты нашей работы свидетельствуют, что выраженность климактерических нарушений у женщин с патологией шейки матки и урогенитальными расстройствами имеет свои специфические особенности. В первую очередь, они заключаются в преобладании суммарной частоты основных климактерических нарушений, а также существенных расхождений со стороны вегетативных нарушений. Это позволяет сделать вывод о неблагоприятном влиянии патологии шейки матки и урогенитальных расстройств на клиническое течение климактерического синдрома и выделить этих женщин в самостоятельную группу для решения актуального задания современной гинекологии.

Важка форма плацентарної дисфункції – сучасні принципи діагностики

В.В. Артеменко

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Дані сучасної наукової літератури свідчать, що встановлення причини і провідних патогенетичних ланок плацентарної дисфункції (ПД) з врахуванням концепції про роль адаптивних і компенсаторно-захисних механізмів формування реактивності жіночого організму, готовності його до виконання репродуктивної функції і здібності до адекватної функціонально-структурної перебудови в процесі вагітності є ключовим методологічним підходом в розробці науково-обґрунтованої системи прогнозування, діагностики і профілактики важких форм ПД.

Мета дослідження – розробити сучасну методіку ранньої діагностики важких форм ПД. Для реалізації поставленого завдання, з врахуванням розробленої на першому етапі дослідження прогностичної шкали важких форм ПН, була сформована група спостереження, що складається з 100 вагітних жінок, яким в терміни 18–24 тиж і 28–38 тиж гестації проведено визначення в крові вмісту сучасних маркерів дисадаптації. Результати проведених досліджень свідчать, що розроблено на основі оцінної діагностичної шкали (ультразвукове і лабораторне тестування) клінічний алгоритм ведення вагітних жінок групи ризику підвищує точність діагностики плацентарної дисфункції на 26,1%, її важких форм на 39,5%, сприяє вибору адекватної акушерської тактики, поліпшенню перинатальних результатів при важких формах плацентарної дисфункції на 60%. Отримані результати дозволяють рекомендувати методіку ранньої діагностики важких форм плацентарної дисфункції в практичну охорону здоров'я.

Перший медичний аборт в анамнезі – чинник ризику акушерських і перинатальних ускладнень

С.М. Бакшєєв

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

Особливий ризик для репродуктивної функції жінки виникає при перериванні саме першої вагітності. Серед ранніх ускладнень штучного аборту найчастішими є запальні захворювання (ендометрит, сальпінгоофорит).

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення клінічних особливостей перебігу подальшої вагітності у жінок з першим медичним абортom в анамнезі. Відповідно до мети дослідження нами проведено вивчення клінічного перебігу вагітності у 119 жінок. До основної групи увійшли 67 повторно вагітних первородящих жінок, що перервали першу вагітність медичним абортom в першому триместрі. Групу порівняння склали 52 першовагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з першим медичним абортom в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку ускладнень

при подальшій вагітності. При цьому основними варіантами гестаційних ускладнень є загроза переривання вагітності, гестаційна анемія, преeklampsія і плацентарна дисфункція. Частота наведених вище ускладнень значно вище у жінок з ускладненим варіантом першого медичного аборту. Отримані результати свідчать про необхідність розробки алгоритму вагітності у пацієнток даної групи високого ризику.

Індукована вагітність у жінок з безпліддям на тлі тиреоїдної дисфункції

Д.Ю. Берая

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

Одним з найбільш невіршених питань даного наукового напрямку є вивчення особливостей перебігу індукованої вагітності (ІВ) у жінок з аутоімунною патологією щитовидної залози (ЩЗ), що і є метою справжнього наукового дослідження. Для вирішення поставленої мети нами проведена порівняльна оцінка особливостей функціонування ЩЗ в динаміці ІВ у жінок з різним початковим станом ЩЗ (у 25 жінок без патології ЩЗ (I група), у 20 пацієнток з носійством антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО) (II група), у 25 пацієнток з компенсованим гіпотиреозом (III група) і у 20 жінок із спонтанною вагітністю без патології ЩЗ (IV група). При цьому були використані клініко-функціональні і лабораторні методи дослідження. Результати проведених досліджень свідчать, що у всіх жінок з індукованою вагітністю має місце підвищена стимуляція ЩЗ в ранні терміни, проте, більшою мірою – у жінок з ознаками аутоімунного тиреоїдиту без порушення функції ЩЗ і у вагітних з гіпотиреозом в порівнянні із здоровими жінками в групах з індукованою і спонтанною вагітністю. Особливо виражені зміни функції ЩЗ відмічені при важкій формі синдрому гіперстимуляції яєчників, коли у 30% жінок без початкової патології ЩЗ в I триместрі індукованої вагітності відмічений субклінічний гіпотиреоз. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Партнерські пологи в умовах типового міського пологового будинку

С.Ю. Вдовиченко

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

В даний час не викликає сумнівів той факт, що унаслідок ліберально-демократичних змін етико-правового регулювання медичної діяльності, що сталися став також активно підніматися питання про необхідність гуманізації вітчизняного акушерства і як один із способів досягнення цього пропонуються так звані партнерські пологи, коли на пологах присутній і бере участь в них близький породіллі родич, як

правило, чоловік. Вочевидь, що за наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка народжуючої жінки доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги породіллі. Партнерські пологи – досить нова в Україні і мало апробована соціальна практика, яка потребує різностороннього аналізу, що і визначає актуальність сьогодення дослідження.

Метою справжнього наукового дослідження є вивчення актуальних аспектів партнерських пологів в умовах типового міського пологового будинку. Результати проведених досліджень свідчать, що отримані дані (показники материнського травматизму, частоти і характеру оперативного втручання і здоров'я новонароджених) дозволяють зробити висновок про те, що партнерські пологи є серйозним резервом в зниженні частоти акушерської і перинатальної патології. В той же час, виникає більше число дискусійних питань, вирішенню яких необхідно присвятити ще не одне наукове дослідження. Це диктує необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямі.

Вплив генітального ендометріозу на функціональний стан яєчників

А.В. Єжова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Частота порушень репродуктивної функції при генітальному ендометріозі коливається від 30 до 40%. Прийнято вважати, що однією з основних причин безпліддя при цьому захворюванні є гормональна недостатність яєчників, що виявляється ановуляцією або недостатністю лютеїнової фази менструального циклу. Вивчення взаємних впливів ендокринної і імунної систем в патогенезі ендометріозу є важливим і актуальним науковим завданням і визначає мету справжнього дослідження. Для вирішення поставленої мети було обстежено 271 жінка із скаргами на порушення менструального циклу і безпліддя (з них 200 хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ); 51 хвора з нормогонадотропною недостатністю яєчників без ендометріозу і 20 хворих з гіпергонадотропною оваріальною недостатністю). Результати проведених досліджень свідчать, що патогенез ЗГЕ пов'язаний з особливостями стероїдогенезу в яєчниках і залежить від активності антипроліферативних чинників імунної системи. Встановлені в нашому дослідженні зв'язки між рівнем статевих стероїдних гормонів і антипроліферативними компонентами імунної системи (інтерфероновий статус, індекс цитотоксичної активності NЛ-клітин) свідчать про взаємний вплив ендокринної і імунної систем. Зниження здатності природних кілерів елімінують ектопічний ендометрій в черевну порожнину, ймовірно, пов'язано з патологічним впливом естрогену і є важливим моментом в розвитку ЗГЕ. В той же час, наявність в черевній порожнині ектопічного ендометрія, як хронічного антигенного стимулятора, здатна призводити до виснаження резервних можливостей імунної системи. ЗГЕ здатний викликати оваріальну недостатність, впливаючи як на процес дозрівання домінуючого фолікула, так і на процес овуляції.

Плацентарна дисфункція при різних варіантах вірусної інфекції

Ю.П. Івахнюк

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень в сучасній літературі з проблеми герпетичної інфекції в акушерстві і перинатології, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Так, на нашу думку, одним з найменш вирішених наукових завдань в даному напрямі є вплив різних форм герпетичної інфекції на розвиток плацентарної дисфункції і перинатальної патології. Метою справжнього наукового дослідження було вивчення ролі латентної і рецидивуючої герпетичної інфекції в розвитку плацентарної і перинатальної патології. Клінічні дослідження були проведені у вагітних, розподілених на три групи: 1 група – 30 вагітних з латентною формою герпетичної інфекції; 2 група – 30 вагітних з рецидивуючою формою герпетичної інфекції; 3 група – 30 акушерськи і соматично здорових первородящих (контрольна група). Результати проведених досліджень свідчать, що герпетична інфекція відіграє істотну роль в розвитку плацентарної дисфункції. При розродженні це виявляється високою частотою асфіксії новонароджених і макроскопічними ознаками внутрішньоутробного інфікування. Період постнатальної адаптації характеризується істотним рівнем запальних захворювань герпетичної етіології. У порівняльному аспекті у формуванні перинатальної патології найменш сприятливою формою герпетичної інфекції є рецидивуюча і клінічними проявами ще до вагітності. Отримані результати свідчать про необхідність пошуку нових діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок цієї групи.

Порівняльні аспекти різних методів лікування генітального ендометріозу

Т.Н. Колесникова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

В даний час ендометріоз є одним з поширених захворювань жінок репродуктивного віку. Частота цього захворювання, за різними даними, варіює в досить широкі межі – від 7% до 50%. Метою справжнього наукового дослідження було вивчення порівняльних аспектів різних методів лікування генітального ендометріозу. Для вирішення поставленої мети було обстежено 175 хворих з генітальним ендометріозом різної локалізації і ступеня вираженості, яких було розподілено на дві групи залежно від використовуваних методів лікування: 1 група – 64 пацієнтки, що отримувала різні варіанти консервативного лікування до 6 міс (гестагени, аналоги лютеїнізуючого рилізінг-гормону) і 2 група – 111 хворих, що перенесли різні варіанти оперативного лікування (від односторонньої аднексектомії до ексцизації матки з придатками). Результати проведених досліджень свідчать, що використання різних методів лікування ендометріозу призводить до зміни частоти і ступеня вираженості основних клінічних проявів даної патології, причому для

кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з врахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування ендометріозу.

Повторна плацентарна дисфункція: діагностика і тактика ведення пацієнток

О.М. Лопатка

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Проблема плацентарної дисфункції є однією з найбільш актуальних в сучасному акушерстві. Не дивлячись на те, що багато наукових колективів нашої країни і за кордоном працюють над вирішенням даної проблеми, частота порушень в системі мати–плацента–плід зростає з року в рік і на сьогоднішній день досягає 60–70%. Не дивлячись на багаточисельні наукові дослідження з проблеми плацентарної дисфункції, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується розробки критеріїв профілактики перинатальної патології у жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації.

Метою справжнього наукового дослідження було зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації на основі вивчення клініко-ехографічних особливостей, функціонального стану вегетативної нервової системи, психоемоційного статусу, вмісту гормонів і білків плацентарних, а також мікробіологічних особливостей і удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

Відповідно до поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 150 жінок, з яких: контрольна група – 50 акушерськи і соматично здорових повторнородящих, розроджених через природні пологові шляхи; I група – 50 жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації, проведених по загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходах і II група – 50 жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації, проведених по запропонованій нами методиці.

Результати проведених досліджень свідчать, що розродження жінок з плацентарною дисфункцією при попередній гестації супроводжується високою частотою перинатальної патології унаслідок значного рівня порушень в системі мати–плацента–плід, причому поєднаного генезу. У зв'язку з недостатньою ефективністю загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції плацентарної дисфункції для жінок цієї групи. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, мікробіологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Особенности контрацепции у женщин с избыточной массой тела на этапе подготовки к вспомогательным репродуктивным технологиям

В.О. Петропавловская

Национальная медицинская академия последидипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Изучение особенностей контрацепции, ее приемлемости и частоты побочных реакций препаратами нового поколения у женщин с разным ИМТ и липидным спектром крови позволит более целеустремленно подойти к обследованию и ведению пациенток до и в процессе контрацепции. Целью настоящего научного исследования было снижение частоты непланируемой беременности и побочных реакций контрацепции у женщин с разным ИМТ на основе обоснования принципов контрацепции в зависимости от их приемлемости и особенностей влияния препаратов на липидный обмен. Были обследованы 126 пациенток в возрасте от 18 до 30 лет, из которых отобрано 96 пациенток, которые не имели противопоказаний к назначению гормонального метода контрацепции. Эти пациентки были распределены на 2 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). Полученные данные дают возможность рекомендовать исследование липидного спектра крови не только с целью определить противопоказание для гормональной контрацепции, но и с целью прогноза возможного развития побочных реакций. Проведенные исследования показали, что благодаря оптимальному балансу эстрогенного и гестагенного компонентов в исследуемых препаратах они не предоставляют негативного атерогенного действия на липидный спектр крови, как у женщин с изначально нормальными, так и повышенными показателями в процессе подготовки к вспомогательным репродуктивным технологиям.

Фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз у жінок репродуктивного віку: клініко-лабораторні аспекти

О.А. Полюлях

Одесский национальный медицинский университет МОЗ Украины

В данный час наголошується підвищений інтерес до вивчення різних аспектів розвитку патології молочних залоз, обумовлений зростанням частоти доброякісних і злоякісних захворювань даної локалізації. Фіброзно-кістозна хвороба (ФКХ) є лідером по частоті виникнення і спостерігається у 20–80% жінок репродуктивного віку. Метою справжнього наукового дослідження є вивчення особливостей клінічної симптоматики у пациенток з доброякісною патологією молочних залоз. На підставі комплексного підходу проведено вивчення гормональних, біометричних і функціональних чинників, що впливають на інтенсивність масталгії у хворих з ФКХ. Візуально-аналогова оцінка її інтенсивності виконана у 277 пациенток з даним захворюванням. Результати проведених досліджень свідчать, що у пациенток з ФКХ має місце залежність больового синдрому від віку хворих, по-

казників гормональної функції яєчників, розвитку паренхіми і ступеня її циклічної трансформації. Основними чинниками, що впливають на інтенсивність масталгії, є товщина паренхіми і рівень естрадіолу в сироватці крові в другу фазу менструального циклу. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Вплив допоміжних репродуктивних технологій на клінічний перебіг вагітності

Я.А. Рубан

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

Акушерсько-гінекологічна клініка «Ісида», м. Київ

Настання вагітності в програмах екстракорпорального запліднення є лише першим етапом, після якого не менш важливими є завдання виношування вагітності і народження здорової дитини («take home baby»). Отже, сповна законмірне збільшення кількості робіт, що досліджують особливості перебігу і результатів вагітності після ДТР. Проте, не дивлячись на постійну увагу до проблеми ведення і перебігу вагітності після екстракорпорального запліднення, залишаються невирішеними багато питань. Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти клінічного перебігу вагітності у жінок з ДРТ при безплідді різного генезу в анамнезі. Було обстежено 160 пацієнток з безпліддям в анамнезі, вагітність в яких настала в результаті екстракорпорального запліднення. Результати проведених досліджень свідчать, що ранні терміни вагітності є «критичними» для пацієнток з безпліддям в анамнезі, незалежно від його причини і характеризуються вищою частотою репродуктивних втрат і загрози переривання в порівнянні з II і III триместрами вагітності. Ризик несприятливого результату підвищується при розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Сучасні аспекти діагностики аномалій розвитку матки і піхви

А.П. Садовий

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

Природжені аномалії розвитку (ПАР) матки і піхви серед дівчаток з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання. Клінічні прояви ПАР матки і піхви залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовими болями. Метою справжнього на-

укового дослідження було вивчення можливостей ехографічної діагностики ПАР матки і піхви. Відповідно до поставленої мети було обстежено 91 дівчинку і дівчину у віці 10–18 років з ПАР матки і піхви. Результати проведених досліджень свідчать, що ультразвукова ехографія дозволила виявити ПАР матки і піхви в 89,4%, встановити форму ПАР у 51,8% дівчаток-підлітків. Найчастіше встановлена часткова аплазія піхви при функціонуючій матці і повна аплазія матки і піхви (82,1%), подвоєння матки і піхви (79,2%), рідше – однорога матка з додатковим рудиментарним рогом (40,0%). Великі труднощі виникли в диференціальній діагностиці між внутрішньоматковою перегородкою і дворогою маткою. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Вплив ургентних гінекологічних ендоскопічних операцій на репродуктивну функцію жінок

А.М. Сулима

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгіївського

Останніми роками відмічено значне зростання ургентних станів в гінекології, тому вдосконалення невідкладної допомоги є одним з пріоритетних завдань сучасної медицини. Важливість проблеми обумовлена особливостями клінічного перебігу, труднощами ранньої діагностики, недостатньо високою ефективністю традиційних методів лікування, вживанням неадекватних, а у ряді випадків і небезпечних оперативних втручань з розвитком післяопераційних ускладнень, що призводить до зниження репродуктивного здоров'я жінок, їх інвалідизації, а деколи і до летального результату. У зв'язку з цим особливу актуальність представляє вивчення порівняльних аспектів лапароскопічних операцій в ургентній гінекології за наявності спайкової хвороби в малому тазу, що і є метою справжнього наукового дослідження. Нами проведений ретроспективний аналіз 723 історії хвороби жінок з гострими гінекологічними захворюваннями. Проспективне обстеження проведене у 200 жінок: 50 пацієнток з гострими запальними захворюваннями органів малого тазу (ЗЗОМТ); 50 – з матковими кровотечами; 50 – з внутрішньочеревними кровотечами і 50 – з порушенням кровопостачання пухлин матки і придатків. У всіх 200 пацієнток були ознаки спайкової хвороби малого тазу. Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі ургентних гінекологічних захворювань найбільшу питому вагу займають гострі ЗЗОМТ (41,4%), маткові (31,6%) і внутрішньочеревні кровотечі (20,8%), а також порушення кровопостачання пухлин внутрішніх статевих органів (6,2% випадків). Тактика передопераційної підготовки, оперативного втручання і ведення післяопераційного періоду залежить від конкретного варіанту генітальної патології. Отримані результати необхідно враховувати при веденні пацієнток з ургентною гінекологічною патологією.

Особливості менструальної функції при фіброзно-кістозній хворобі молочних залоз

С.П. Усачова

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

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування фіброзно-кістозної хвороби (ФКХ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частині пацієнток розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їх життя; по-друге, проліферативні форми ФКХ є чинниками ризику для розвитку раку молочної залози. Метою дослідження було вивчення особливостей менструальної функції яєчників при фіброзно-кістозній хворобі молочних залоз. Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнток з діагностикою ФКХ. Згідно з отриманими даними, в патогенезі проліферативних форм ФКХ у всіх вікових групах лежить загальний механізм, що полягає в недостатньому впливі на тканині молочних залоз Прогестерону і надлишкової дії естрадіолу, що володіє мітотичним ефектом на епітелій, стимулюючим впливом на строму і кровопостачання органу, сприяючий дуктектазії і формуванню кіст. Отримані результати дозволили встановити хронологічні особливості морфогенезу фіброзно-кістозних змін. Так, із збільшенням віку хворих спостерігається наростання вираженості морфологічних змін тканин молочних залоз, що полягає в зростанні частоти важких мір гіперплазії епітелію з формуванням його солідних проліферативів, кістоутворення і фіброзуванні внутрішньочасточкової стромы. Отримані результати необхідно використовувати при розробці комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Корекція нейроендокринних порушень у жінок після оперативного лікування межових новоутворень яєчників

Р.Р. Чуприна

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

Зараз пухлині яєчників є однією з провідних патологій в структурі гінекологічної захворюваності. Основним методом лікування даної патології є оперативний, причому об'єм оперативного втручання залежить від цілого ряду чинників, у тому числі можливості як онконастороженості, так і можливості збереження репродуктивної функції. Серед різних показань до тотальної овариоектомії у жінок репродуктивного віку особливе місце займають межові новоутворення яєчників, частота яких збільшується щорік. Метою роботи було зниження частоти і ступеня тяжкості порушень менопауз у жінок, прооперованих з приводу межових пухлин яєчників на підставі вивчення основних ендокринологічних змін і гомеостазу, а також удосконалення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів. Відповідно поставленій меті і завданням нами було обстежено 90 жінок, роз-

поділених на три групи: I група – 30 жінок, прооперованих з приводу межових новоутворень яєчників, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи; II група – 30 жінок, прооперованих з приводу межових новоутворень яєчників, що отримували запропоновану нами методику профілактики порушень менопауз. Контрольну групу склали 30 жінок такого ж віку без патологічного клімактеричного синдрому. Результати проведених досліджень, для ефективної корекції порушень менопауз у жінок, прооперованих з приводу межових пухлин яєчників, можливе використання антигомотоксичної терапії по запропонованій нами методиці. Такий підхід дозволяє істотним чином знизити частоту і ступінь виразності вегетативних і психоемоційних порушень на тлі одночасної зміни ендокринологічного статусу і порушень гомеостазу. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Перинатальні результати розродження при різній патології пуповини
В.Ю. Яблуновська
Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства є антенатальна профілактика і зниження перинатальної захворюваності і смертності, що на тлі низької народжуваності за останніх 10 років залишається досить високою. Обвинання пуповини є найчастішим і в той же час одним з найбільш несприятливих в плані прогнозування наслідку вагітності і пологів для плода, а також патологічних станів. Метою даного наукового дослідження було вивчення клінічного значення ультразвукового дослідження пуповини в нормі і при патології. Для вирішення поставленої мети нами обстежено 200 вагітних жінок в терміні 28–40 тиж. При цьому, 150 з них мали патологічні значення біометричних показників пуповини і ознаки внутрішньоутробного страждання плода, всі вони були розділені на три підгрупи залежно від особливостей будови пуповини. Результати проведення досліджень свідчать, що комплексна ультразвукова діагностика патології пуповини у поєднанні з імпульсною доплерометрією дозволяє виявляти внутрішньоутробне страждання плода і прогнозувати стан новонародженого. Біометрія пуповини і обчислення індексу звивистості судин пуповини при антенатальному дослідженні плода в режимі сірої шкали є доступним додатковим методом діагностики хронічної гіпоксії плода, що особливо коштовно при роботі на приладах середнього класу, які не мають блоку для кольорового доплерівського картування. У поєднанні з дослідженнями гормональної функції плаценти ультразвукова ознака виснаженої пуповини має бути розцінена як маркер плацентарної дисфункції. Гіперзвивистість судин пуповини також може бути додатковою ознакою фетоплацентарної недостатності і внутрішньоутробного страждання плода. Гіпозвивистість судин пуповини і незвивиста її форма – непрямим маркером обвиття пуповиною частин плода і прогностична ознака інтранатального страждання плода і новонародженого.

Наукове видання
ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ
НМАПО імені П.Л. ШУПИКА

Випуск 22, 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

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg. Друк офсетний.
Обл. видав. арк. – 38,16. Ум.-друк.арк. – 24,64.
Друк ТОВ «Медичний видавничий дім «Професіонал»»
Тел./факс: (044) 220-15-66