



# **НМАПО**

**ім. П.Л. Шупика  
МОЗ України**

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

УДК: [616-073.916+616-056.3] (061)  
ББК: [53.6+54.1] з-41

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика  
Київ, 2013 р. – 430 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. Вепюгнева** - 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. Мамчиц** - 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 №9 від 13.11.13 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 2)*

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; 430 p.**

The 22<sup>st</sup> collected transactions appear in 5 books. The 5<sup>d</sup> book deals with the topical questions of assisted reproductive technologies in treating infertility, obstetrics and gynecology.

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

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

**Scientific editor:** 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 № 9, 13.11.2013

**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 2)*

Kyiv – 2013

# ЗМІСТ

## АКУШЕРСТВО

<b>Влияние йододефицита на патогенез анемии беременных</b> <i>А.В. Беневский</i> .....	11
<b>Особенности развития плацентарной дисфункции в зависимости от возраста беременной</b> <i>В.И. Бойко, М.А. Болотна</i> .....	19
<b>Тактика ведения многорожавших женщин с нарушениями менструальной функции в климактерическом периоде</b> <i>Е.А. Бунятова</i> .....	24
<b>Медико-социальные особенности пациенток с преждевременными родами в анамнезе</b> <i>В.И. Бойко, О.И. Бутенко</i> .....	30
<b>Шляхи зниження репродуктивних втрат при багатоплідній вагітності</b> <i>В.Р. Василичина</i> .....	36
<b>Порівняльні аспекти партнерських пологів в умовах типового міського пологового будинку і центральної районної лікарні</b> <i>С.Ю. Вдовиченко</i> .....	41
<b>Вплив рубця на матці після кесарева розтину на перинатальні результати розродження</b> <i>В.І. Гузь</i> .....	45
<b>Комплексная профилактика и лечение анемии беременных</b> <i>И.В. Дорошенко</i> .....	49
<b>Клинические аспекты беременности у женщин с бесплодием на фоне эндометриоза</b> <i>В.И. Бойко, А.В. Ежова</i> .....	53
<b>Особливості патогенезу плацентарної дисфункції у вагітних з варикозною хворобою</b> <i>О.М. Іщак</i> .....	57
<b>Современные аспекты прогнозирования аномалий родовой деятельности</b> <i>В.И. Бойко, Н.А. Кобылецкая</i> .....	62
<b>Нетримання сечі під час вагітності – як наслідок недиференційованої дисплазії сполучної тканини</b> <i>А.Л. Костюк</i> .....	67
<b>Вплив розташування плаценти на клінічний перебіг пологів</b> <i>С.А. Куріцина</i> .....	71
<b>Особенности патогенеза анемического синдрома у беременных</b> <i>С.Н. Сергиенко, О.А. Лезникова</i> .....	76
<b>Тактика ведения вагітності у жінок з варикозною хворобою</b> <i>Л.В. Манжула</i> .....	81
<b>Особливості розродження жінок після допоміжних репродуктивних технологій</b> <i>Д.М. Масло</i> .....	87
<b>Пути снижения недонашивания беременности у многорожающих женщин</b> <i>Е. Набхан</i> .....	91

<b>Кесарів розтин при партнерських пологах в умовах типового міського пологового будинку</b> <i>І.П. Нецкарь</i> .....	97
<b>Порівняльні аспекти акушерської патології у жінок після допоміжних репродуктивних технологій</b> <i>Я.А. Рубан</i> .....	101
<b>Влияние аномалий развития матки на клиническое течение беременности</b> <i>М.О. Сазонова</i> .....	105
<b>Профилактика невынашивания и плацентарной дисфункции у женщин с синдромом поликистозных яичников и гиперандрогенией</b> <i>А.А. Степур</i> .....	109
<b>Порівняльні аспекти причин розвитку і варіантів міграції аномального розташування плаценти</b> <i>В.І. Бойко, С.А. Ткаченко</i> .....	114
<b>Дискоординована пологова діяльність в аспекті морфологічних змін</b> <i>С.Я. Ткачик</i> .....	118
<b>Современные факторы риска внематочной беременности</b> <i>А.Я. Шевага</i> .....	122
<b>Вплив багаторазового обвиття пуповиною шиї плода на перинатальні результати розродження</b> <i>В.І. Бойко, В.Ю. Яблуновська</i> .....	128
<b>Особенности функционального состояния системы мать–плацента–плод у первородящих позднего репродуктивного возраста</b> <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, В.В. Шелудченко</i> .....	132
<b>Профилактика невынашивания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста</b> <i>И.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов</i> .....	136
<b>Особливості клінічного перебігу вагітності у первородящих пізнього репродуктивного віку</b> <i>І.О. Фортуна, Л.В. Мних</i> .....	140
<b>Особливості змін гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів первородящих пізнього репродуктивного віку</b> <i>І.О. Фортуна, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов</i> .....	144
<b>ГИНЕКОЛОГИЯ</b>	
<b>Влияние различных методов лечения генитального эндометриоза на психологические аспекты болевого синдрома</b> <i>Абугали Алаа</i> .....	148
<b>Зміни якості життя пацієнток при різних термінах використання гормональних рилізінг-систем</b> <i>Н.В. Адамчук</i> .....	152
<b>Особенности диагностики и лечения патологии шейки матки в климактерический период</b> <i>Ф.Б. Алиева</i> .....	160

<b>Вплив різних методів переривання вагітності в I триместрі на порушення репродуктивної функції жінок</b> <i>С.М. Бакшєєв</i> .....	165
<b>Відновлення репродуктивної функції і тактика ведення гестації після позаматкової вагітності</b> <i>П.Р. Волосовський</i> .....	177
<b>Профилактика послеоперационных осложнений при эндоскопическом лечении сочетанной патологии матки и яичников</b> <i>А.А. Волошин</i> .....	182
<b>Вплив анамнестичних особливостей на перебіг гіперпластичних процесів ендометрія</b> <i>Д.М. Гаврюшов</i> .....	186
<b>Тактика консервативної терапії аденоміозу на тлі гіперпластичних процесів матки</b> <i>І.П. Гнип</i> .....	195
<b>Репродуктивні аспекти хірургічного лікування лейоміоми матки</b> <i>С.В. Грідчин</i> .....	200
<b>Порівняльні аспекти клінічних проявів аномалій матки і піхви</b> <i>А.В. Заболотін</i> .....	205
<b>Нарушения репродуктивной функции у женщин с лейомиомой матки различной локализации</b> <i>Е.В. Заевская</i> .....	212
<b>Влияние нарушений микробиоценоза половых путей на развитие интраамниального инфицирования</b> <i>В.И. Бойко, Ю.П. Ивахнюк</i> .....	219
<b>Роль эффективной терапии патологии шейки матки в профилактике невинашивания беременности</b> <i>Е.В. Игонина</i> .....	223
<b>Особливості поєднаної патології матки у жінок репродуктивного віку з позицій морфологічних змін</b> <i>Г.В. Колесник</i> .....	228
<b>Особливості клінічного перебіг генітального ендометріозу за наявності супутньої гіпофункції щитоподібної залози</b> <i>В.І. Бойко, Т.Н. Колесникова</i> .....	237
<b>Вплив перенесених операцій на придатках матки на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій</b> <i>С.М. Кукурудз</i> .....	243
<b>Диагностическое значение оценки рецепторного аппарата утеромиоцитов у больных с лейомиомой матки</b> <i>Е.О. Литвак</i> .....	248
<b>Корекція плацентарної дисфункції у жінок з чинниками ризику</b> <i>В.І. Бойко, О.М. Лопатка</i> .....	255
<b>Порівняльні аспекти клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу за наявності і відсутності тиреоїдної патології</b> <i>Б.М. Лисенко</i> .....	259

<b>Особливості гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з різним числом пологів в анамнезі</b> <i>Н.П. Михайлів</i> .....	265
<b>Роль нереализованной репродуктивной функции в генезе рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки</b> <i>С.Н. Николишин</i> .....	270
<b>Коррекция преждевременной инволюции яичников у женщин с генитальным эндометриозом</b> <i>А.А. Трушкевич, А.Д. Мысенко</i> .....	274
<b>Особенности клиники фиброзно-кистозной мастопатии при нарушениях менструальной функции</b> <i>О.О. Трушкевич, И.М. Платонова</i> .....	279
<b>Особливості клініки фіброзно-кістозної мастопатії при порушеннях менструальної функції</b> <i>О.О. Трушкевич, І.М. Платонова</i> .....	283
<b>Вплив фіброзно-кістозної хвороби молочних залоз на стан вегетативної нервової системи</b> <i>О.А. Полюлях</i> .....	287
<b>Взаємозв'язок вегетативних порушень і клініки аденоміозу</b> <i>П.М. Прудніков</i> .....	294
<b>Вплив різної локалізації лейоміоми матки на частоту невиношування вагітності</b> <i>О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда</i> .....	298
<b>Пути снижения самопроизвольного прерывания беременности у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом</b> <i>С.Г. Русалкина</i> .....	303
<b>Роль аномалій розвитку матки в генезі порушень репродуктивної функції</b> <i>А.П. Садовий</i> .....	308
<b>Корекція психологічних і вегетативних розладів в клімактеричному періоді</b> <i>О.В. Горбунова, О.Г. Саченко</i> .....	312
<b>Шляхи зниження плацентарної дисфункції у жінок із хронічною патологією печінки на тлі глістової інвазії</b> <i>М.І. Соколова</i> .....	315
<b>Диагностические аспекты патологии молочных желез у женщин с бесплодием на фоне генитального эндометриоза</b> <i>Ю.В. Страховецкая</i> .....	319
<b>Оптимізація діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки</b> <i>В.С. Страховецький</i> .....	324
<b>Поєднана патологія матки: діагностика і порівняльні аспекти лікування</b> <i>В.І. Бойко, В.А. Терехов</i> .....	332
<b>Порівняльні аспекти стану шийки матки при використанні місцевої контрацепції у дівчаток-підлітків</b> <i>А.Ю. Тітенко</i> .....	336
<b>Функціональний стан молочних залоз із врахуванням фази менструального циклу</b> <i>С.П. Усачова</i> .....	339

<b>Влияние сочетанной патологии яичников и молочных желез на клиническое течение климактерического синдрома</b> <i>Р.Р. Чуприна</i> .....	344
<b>Диференційована тактика хірургічного лікування поєднаної патології матки</b> <i>В.А. Шамрай</i> .....	349
<b>Вплив генітальної патології жінок – медичних працівників на стан сексуального здоров'я</b> <i>О.С. Шелигін</i> .....	355
<b>Роль гистероскопии в оценке состояния рубца на матке после операции кесарева сечения</b> <i>И.М. Шлапак</i> .....	358
<b>Особливості гемостазіологічних порушень після оперативного лікування гінекологічних хворих старших вікових груп</b> <i>В.В. Яцентюк</i> .....	364
<b>Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя з урахуванням імунологічного чинника</b> <i>М.М. Адамов</i> .....	368
<b>БЕСПЛОДИЕ</b>	
<b>Особливості лікування безпліддя у жінок з тиреоїдною патологією</b> <i>Д.Ю. Берая</i> .....	373
<b>Сучасні аспекти ведення жінок з безпліддям на фоні гіперандрогенії поєданого генезу</b> <i>І.П. Бульваренко</i> .....	377
<b>Клінічне значення корекції психологічного статусу при чоловічому чиннику безпліддя</b> <i>О.С. Дарій</i> .....	383
<b>Прогнозирование репродуктивных потерь у женщин с отягощенным анамнезом</b> <i>А.А. Довгань</i> .....	389
<b>Неудачные попытки вспомогательных репродуктивных технологий с точки зрения корреляционного анализа дополнительных методов исследований</b> <i>И.Е. Палыга</i> .....	394
<b>Тактика проведения вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с гиперпролактинемией в анамнезе</b> <i>В.О. Петропавловская</i> .....	401
<b>Диагностика и лечение патологии эндометрия в аспекте повышения эффективности лечения бесплодия и профилактики невынашивания</b> <i>В.И. Бойко, В.Ю. Радько</i> .....	406
<b>МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО СИМПОЗИУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО»</b> <i>16-17 мая 2013 года, г.Винница</i> .....	411

УДК 618.3-06:616.155.194:612.392.4

## Влияние йододефицита на патогенез анемии беременных

**А.В. Беневский**

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

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

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

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

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

**Цель исследования:** изучение особенностей анемии беременных в условиях йодного дисбаланса.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

Для постановки диагноза анемических состояний были использованы диагностические программы:

- 1) минимальная (скрининговая): анамнез, клинический анализ крови;
- 2) максимальная (эритроцитометрия, определение Fe, общая железосвязыва-

вающая способность ферритина, процент насыщения трансферрина в сыворотке крови);

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

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

1. Группа сравнения (контрольная) – все показатели соответствовали норме.
2. Латентное анемическое состояние (преанемия с нормальными показателями ферродинамики) – ЛАС.
3. Сидерохрестическая анемия (железонасыщенная) – САА.
4. Скрытый, латентный дефицит железа (преанемия) – ЛДЖ.
5. Железодефицитная анемия – ЖДА.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

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

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

Среди обследованных женщин патология ЩЖ в целом выявлена у 29,6% беременных. Среди патологии ЩЖ преобладал зоб (в 68,3% случаев), преимущественно 1–2 степени, у 6,7% человек определялась гипотрофия ЩЖ. Диффузные изменения были характерны для 75,6% случаев, узловые – для 15,6%, кистозные – для 4,4% беременных и в 2,2% случаев изменения носили смешанный характер. У 1 из обследованных женщин была резекция кисты ЩЖ. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) обнаружили у 11,3% беременных.

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

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

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

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

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

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

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

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

Полученные результаты свидетельствуют о наличии связей преимущественно средней степени силы между исследуемыми показателями у беременных женщин группы сравнения. У них интенсивность свободно-радикальных

процессов коррелировала с количеством дискоцитов при действии *in vitro* свинца ( $r=-0,37$ ), переходных форм эритроцитов при действии цинка ( $r=+0,31$ ), никеля ( $r=+0,3$ ), свинца ( $r=+0,33$ ), с индексом трансформации с данными металлами: цинком ( $r=+0,35$ ), никелем ( $r=+0,38$ ), свинцом ( $r=+0,43$ ). Обратная достоверная связь отмечена с содержанием в сыворотке лития ( $r=-0,31$ ), йода в цельной крови ( $r=-0,31$ ), прямая связь с содержанием сывороточного марганца ( $r=+0,28$ ). Скорость образования и накопления перекисных радикалов достоверно взаимосвязана подобными коэффициентами корреляции, что и предыдущий показатель, как по силе связей, так и по направленности. Возможное влияние содержания гидроперекисей липидов, подтвержденное корреляционным анализом, на состоянии клеточных мембран эритроцитов по индексу трансформации представлено достоверными прямыми связями при дополнительном воздействии металлов: цинка ( $r=+0,3$ ), никелем ( $r=+0,3$ ), свинцом ( $r=+0,3$ ), а также содержанием лития в сыворотке ( $r=-0,33$ ) и форменных элементах крови ( $r=+0,3$ ). Величина, характеризующая антиоксидантную активность, находилась во взаимоотношениях с индексами трансформации определяемых металлов в достоверной прямой связи средней интенсивности.

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

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

Проведенный корреляционный анализ в группе женщин с ЛДЖ также характеризуется меньшим количеством связей, чем в группе сравнения. Появились связи средней степени тесноты *S sp* и *S ind 2* с количеством эритроцитов

( $r=+0,38$ ), *S ind 2* и *Hb* ( $r=+0,39$ ). Скорость образования и накопления радикалов перекисного характера коррелировала с количеством дискоцитов, переходными формами и индексом трансформации при воздействии *in vitro* *Zn* ( $p=0,39$ ,  $r=+0,41$ ,  $r=+0,38$  соответственно). Связь между активностью гидроперекисей липидов и ВЛ-протеидами подтверждается коэффициентом корреляции ( $r=-0,39$ ). Определены взаимоотношения между перекисной резистентностью и количеством сфероцитов при воздействии *Zn* ( $r=-0,36$ ), деструктивными формами эритроцитов при влиянии *Ni* ( $r=+0,38$ ), содержанием ВЛ-протеидов ( $r=-0,44$ ), соотношением лития в форменных элементах и сыворотке ( $r=-0,82$ ), концентрацией восстановленного глутатиона ( $r=-0,4$ ). По данным корреляции активность антиоксидантной антирадикальной защиты находится в прямой сильной зависимости от содержания селена в сыворотке крови ( $r=+0,99$ ), соотношения свинца в сыворотке и форменных элементах ( $r=+0,98$ ), марганца в сыворотке крови ( $r=+0,47$ ), а также соотношения в сыворотке и форменных элементах марганца ( $r=+0,46$ ) и кобальта ( $r=+0,55$ ).

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

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



восстановленного  $22,68 \pm 0,87$  мг% ( $p > 0,05$ ) и окисленного  $5,44 \pm 0,38$  мг% ( $p > 0,05$ ) глутатиона.

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

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

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

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

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

При САА общий глутатион коррелирует с коэффициентом чувствительности мембран эритроцитов к марганцу ( $r = +0,63$ ) и количеством дегенератив-

ных форм при воздействии марганца *in vitro* ( $r = -0,64$ ), с ОЖСС ( $r = +0,36$ ), содержанием протеидов ( $r = +0,4$ ), уровнем меди ( $r = +0,46$ ) и свинца ( $r = +0,68$ ) в форменных элементах крови. Отмечена прямая средней силы связь показателя восстановленного глутатиона с числом сфероидов ( $r = +0,52$ ), деструктивных форм эритроцитов ( $r = +0,55$ ) при воздействии никеля и свинца ( $r = +0,59$ ), концентрацией меди ( $r = +0,46$ ) и свинца ( $r = +0,69$ ) в форменных элементах крови, сильная обратная связь с соотношением лития в форменных элементах и сыворотке крови ( $r = -0,89$ ). Определены коэффициенты корреляции данных окисленного глутатиона и показателей трансформации эритроцитов: количества стоматоцитов ( $r = +0,49$ ), эхиоцитов при воздействии никеля ( $r = +0,52$ ), деструктивных форм эритроцитов при воздействии никеля ( $r = -0,56$ ) и свинца ( $r = -0,68$ ).

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

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

## ВЫВОДЫ

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

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

**Вплив йоддефіциту на патогенез анемії вагітних  
А.В. Беневський**

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

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

**Influence ioddeficiency on patogenesis of anemias  
of pregnant women  
A. V. Benevskij**

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

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

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

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

УДК 618.36-008.6

**Особенности развития плацентарной  
дисфункции в зависимости от возраста  
беременной**

**В.И. Бойко, М.А. Болотна**

Медицинский институт Сумского государственного университета  
МОН Украины

Юные и возрастные 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.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, возраст женщин.

Современная демографическая ситуация свидетельствует о необходимости проведения комплексных медико-социальных и организационных мероприятий на всех уровнях здравоохранения [1–5]. Среди основных показателей, которые отражают состояние медицины в нашем обществе, основной является материнская и детская смертность, по уровню которых судят о качестве проведенных реформ. Не вызывает сомнений тот факт, что основу детской смертности и заболеваемости составляет перинатальная патология. Среди ее основных факторов риска выделяют как медицинские (преждевременные роды, преэклампсия, анемия беременных, плацентарная дисфункция), так и социальные (ухудшение материально-технического обеспечения родовспомогательных учреждений, изменение экономической и экологической ситуации, высокий уровень интеллектуального труда) [1–5].

В то же время, в последние годы повышен интерес многих исследователей к изучению особенностей беременности и родов в периоды становления и угасания репродуктивной функции женщины [2]. При этом отмечено, что в этих возрастных группах значительно чаще развиваются тяжелые формы преэклампсии, анемия беременных, аномалии родовой деятельности, а также у них выше уровень кесарева сечения и послеродовой инфекции [3–5]. Кроме медицинских аспектов, актуальность обсуждаемой проблемы обусловлена и рядом социальных факторов. Так, раннее начало половой жизни и непланируемая беременность у девочек-подростков ведут к социальной дизадаптации в обществе, а также не позволяют получить последующее образование и получить удовлетворительное материальное состояние [1–5]. Вместе с этим, благодаря широкому внедрению современных репродук-

тивных технологий и контрацепции у женщин репродуктивного возраста появляется реальная возможность планировать рождение ребенка на более поздний срок.

Несмотря на значительное число научных публикаций в данном направлении, одним из наиболее нерешенных вопросов является возрастной аспект развития нарушений в системе мать–плацента–плод.

**Цель исследования:** изучить возрастные аспекты плацентарной дисфункции.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью данного научного исследования было проведено клинико-функциональное обследование 90 первородящих, которые были разделены на такие группы:

- контрольная группа – 30 первородящих в возрасте 20–25 лет без акушерской и соматической патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути;
- I группа – 30 первородящих в возрасте 13–18 лет;
- II группа – 30 первородящих старше 30 лет.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, лабораторные и статистические.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя основные особенности клинического течения II половины беременности у юных и возрастных первородящих следует отметить, что по сравнению с контрольной группой, в I и II достоверно выше была частота плацентарной дисфункции (66,7% и 83,3% в сравнении с 13,3%;  $p < 0,001$ ), анемии беременных (63,3% и 60,0% против 33,3%;  $p < 0,01$ ) и преэклампсии (43,3% и 40,0% в сравнении с 10,0%;  $p < 0,01$ ). В сравнительном аспекте у первородящих старше 30 лет чаще встречались нарушения в системе мать–плацента–плод (на 16,7%), а среди других показателей достоверных расхождений не было.

Структура плацентарной дисфункции, практически, не отличалась в зависимости от возрастных особенностей женщин с явным преобладанием ЗВРП по асимметричному варианту (50,0% и 46,7%;  $p > 0,05$ ); хронической гипоксии плода (53,3% и 56,7%;  $p > 0,05$ ) и различных сочетанных форм (60,0% и 56,7%;  $p > 0,05$ ). Кроме того, у первородящих до 18 лет несколько чаще мало место маловодье (26,7% против 13,3%;  $p < 0,01$ ), а у возрастных - многоводье (26,7% против 20,0%;  $p < 0,05$ ).

В сравнении с этим, сроки развития нарушений в системе мать–плацента–плод существенно отличались в зависимости от возраста беременных. Так, если у юных первородящих данное осложнение развивалось чаще после 33 нед (73,3%), а у возрастных – до 28 нед (63,3%). Полученные данные, безусловно, стоит учитывать при разработке комплекса лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты нарушений в системе мать–плацента–плод.

Как свидетельствуют полученные данные частота основных осложнений в родах была достоверно выше у женщин I и II групп. Наиболее наглядно это просматривалось при оценке уровня преждевременного разрыва плодовых оболочек (36,7% и 43,3% в сравнении с 13,3%;  $p < 0,01$ ); патологического прелиминарного периода (30,0% и 40,0% против 6,7%;  $p < 0,01$ ) и аномалий родовой деятельности (26,7% и 36,7% в сравнении с 3,3%;  $p < 0,001$ ).

В свою очередь, это отразилось и на структуре родов в виде существенных значений удельного веса преждевременных (13,3% и 16,7%) и запоздавших родов (3,3% и 6,7% соответственно). Рассматривая частоту разных вариантов родоразрешения обращает на себя внимание высокий уровень кесаревых сечений как в I (26,7%), так и во II группе (43,3%). При этом в структуре основных показателей чаще всего имели место дистресс-плода и неэффективное лечение аномалий родовой деятельности. Сравнивая между собой полученные результаты у юных и возрастных первородящих необходимо отметить незначительное преобладание во II группе патологического прелиминарного периода и аномалий родовой деятельности (на 10,0%), а также кесаревых сечений – почти в 2 раза.

При оценке состояния новорожденных можно выделить незначительное преимущество у возрастных первородящих легкой и среднетяжелой асфиксии (на 6,7%). Более существенные расхождения имели место при оценке частоты ЗВРП, что чаще встречалась (на 20,0%) у первородящих старше 30 лет. Перинатальные потери составили по 66,7% в каждой группе (по два случая).

Среди пуэрперальных осложнений необходимо отметить существенную частоту раневой инфекции (13,3% и 16,7%); нарушений сократительной активности матки (13,3% и 16,7%) и эндометрита (6,7% и 10,0%), причем одним из основных объяснений здесь является высокая частота абдоминального родоразрешения в I и II группах.

Следовательно, как показали результаты клинических исследований, основными осложнениями во время беременности у юных и возрастных первородящих является плацентарная дисфункция, которая развивается раньше (до 28 нед) и чаще (на 16,7%) у первородящих старше 30 лет. В последующем, это приводит к высокому уровню аномалий родовой деятельности и кесареву сечению, причем только у возрастных первородящих. Это диктует необходимость изучения функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Для оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса нами использован методологический подход, в соответствии с которым проведен анализ эхографических, фетометрических, доплерометрических, кардиотокографических и эндокринологических показателей.

Полученные данные свидетельствуют, что в 28–29 нед у возрастных первородящих гиперэхогенные включения в структуре плаценты встречались в 2 раза чаще, ее гипотрофия в 3 раза и гипертрофия – в 5 раз чаще. Результаты следующих исследований указывают, что в 32–33 нед эти расхождения носили менее выраженный характер – увеличение всех значений в 1,5–1,8 раза. Перед родоразрешением у первородящих старше 30 лет более чем в половине случаев (66,7%) имели место гиперэхогенные включения в структуре плаценты и в каждом третьем случае ее гипотрофия (36,7%) или гипертрофия (30,0%). В отличие от этого, у юных первородящих данные показатели были достоверно ниже ( $p < 0,05$ ).

Анализируя полученные фетометрические показатели, обращает на себя внимание тот факт, что до 28 нед достоверных расхождений между контрольной и основной группами не наблюдалось ( $p > 0,05$ ). Данные указывают на одну общую тенденцию: у юных первородящих наблюдалось достоверное снижение полученных показателей только в 32–33 нед ( $p < 0,05$ ), что в дальнейшем прогрессировало, и перед родоразрешением коэффициент достоверности снизился до 0,01. У возрастных первородящих до-

полнительно к этому наблюдались достоверные расхождения уже в 28–29 нед ( $p < 0,05$ ). Больше всего выраженные изменения можно было наблюдать при оценке таких показателей, как бипариетальный размер головки (-13,2% и -13,5%); диаметр живота (-11,2% и -11,3%); средний размер грудной клетки (-11,3% и -11,4%) и длина бедренной кости (-11,6% и -11,7% соответственно).

Учитывая перечисленные выше особенности был проведен анализ основных доплерометрических показателей, начиная с 28–29-й недели беременности. Как свидетельствуют полученные показатели нами не установлено достоверных расхождений между контрольной и I группами ( $p > 0,05$ ). В сравнении с этим, у возрастных первородящих мало место повышение СДО КСК артерии пуповины (+34,2%) и маточных артериях (+29,4%) на фоне одновременного снижения этого показателя в средней мозговой артерии плода (-19,7%). Аналогичную закономерность можно было наблюдать и со стороны ИР: увеличение в артерии пуповины (+75,0%) и уменьшения в средней мозговой артерии плода (-37,5%). В 32–33 нед изменения у юных и возрастных первородящих между собой достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ) и были аналогичными перечисленным выше в III группе в 28–29 нед ( $p < 0,05$ ). Перед родоразрешением у беременных I группы изменения гемодинамики в системе мать–плацента–плод были такие, как и в 32–33 нед ( $p < 0,05$ ). В отличие от этого, у первородящих старше 30 лет они стали носить более выраженный характер: СДО КСК повышалось в артерии пуповины (+94,7%) и в маточных артериях (+88,2%) и снижалось в средней мозговой артерии (-48,5%); маточных сосудах (+125,0%) и уменьшалось в средней мозговой артерии (-62,5%).

Наглядными были и изменения степени нарушений гемодинамики в меру развития гестационного процесса. Так, в 28–29 нед у возрастных первородящих преобладания III степени составило +10,0%, а II – +6,7%. В 32–33 нед эти значения были соответственно +13,3% в каждом случае, а перед родоразрешением – +16,7% при III степени, +13,3% – при II степени нарушений гемодинамики.

Результаты проведенных кардиотокографических исследований выделяют два больше всего информативных показателя: амплитуда моторно-кардиального рефлекса (МКР) и амплитуда осцилляций. В 28–29 нед расхождений между контрольной и I группами, практически не было. У возрастных первородящих наблюдалось снижение амплитуды МКР (-21,8%) и осцилляций (-17,8%). В 32–33 нед появились расхождения и у юных первородящих (-14,6% и -9,9%), а в III группе стали выраженнее (-24,9% и -21,8% соответственно). Непосредственно в канун родоразрешения как у юных, так и у возрастных первородящих наблюдалось снижение амплитуды МКР (-22,9% и -30,3%) и осцилляций (-10,9% и -23,8% соответственно).

Как показали результаты проведенных эндокринологических исследований у юных первородящих в 28–29 нед отсутствуют достоверные расхождения относительно контрольной группы ( $p > 0,05$ ). В 32–33 нед имело место достоверное снижение эстриола (до  $30,4 \pm 2,4$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), хорионического гонадотропина (до  $224,7 \pm 18,1$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), а перед родоразрешением дополнительно к этому присоединялось уменьшение уровня прогестерона (до  $542,4 \pm 18,2$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), пролактина (до  $4431,5 \pm 321,4$  мМЕ/л;  $p < 0,05$ ) и плацентарного лактогена (до  $210,2 \pm 14,5$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) при одновременном повышении кортизола (до  $901,5 \pm 23,4$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). У первородящих свыше 30 лет вышеописанные расхождения начинались значительно раньше (28–29 нед), а до 37–38 нед носили более вы-

раженный характер, о чем наглядно свидетельствует снижение коэффициента достоверности до 0,01.

## ВЫВОДЫ

Юные и возрастные 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 в сравнении с юными женщинами. Характерной чертой развития плацентарной дисфункции в этих возрастных группах является преобладание гемодинамических нарушений, в среднем, на 2–3 нед, в сравнении с эхографическими, фетометрическими, кардиотокографическими и эндокринологическими.

### Особливості розвитку плацентарної дисфункції залежно від віку вагітної Бойко В.І., Болотна М.А.

Юні і вікові 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 раніш у порівнянні 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.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, вік жінок.

### Features of development of placental dysfunction depending on age of the pregnant woman 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, carditocografical and endocrinological.

**Key words:** placental dysfunction, age of women.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богдашкин Н.Г. Осложнение беременности у юных первородящих как причина операции кесарева сечения // 36. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Сімферополь, 2005. – С. 30–31.
2. Брюхина Е.В. Беременность и роды у подростков // Вестн. акушера-гинеколога. – 2011. – № 1. – С. 10–14.
3. Бунин А.Т., Федорова М.В. Синдром задержки развития плода: патогенез, клиника, диагностика и лечение // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 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, 2011. – С. 130–135.
5. Дубосарська З.М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плоду // В зб. Функціональні методи дослідження в акушерстві та гінекології. – Донецьк, 2012. – С. 69.

## Тактика ведения многорожавших женщин с нарушениями менструальной функции в климактерическом периоде

**Е.А. Бунятова**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что коррекция климактерических нарушений у многорожавших женщин является самостоятельной научной задачей, для решения которой необходим усовершенствованный подход при использовании медикаментозной терапии, включая заместительную гормональную терапию. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** климактерические нарушения, многорожавшие женщины.

В настоящее время в Украине увеличивается число женщин старших возрастных групп, что требует повышенного внимания к состоянию их здоровья и диктует необходимость формирования у них активного способа жизни [1–3]. Среди различных проблем современной гинекологии одно из главных мест занимает климактерический синдром (КС), частота которого остается достаточно высокой, а кроме того происходит его омоложение и изменения степени выраженности основных клинических проявлений [1–3].

Основные научные исследования по проблеме климактерических нарушений посвящено изучению эндокринологических особенностей, а также влиянию данной патологии на сердечно-сосудистую систему и опорно-двигательный аппарат [1–3]. В связи с этим определенным интерес представляет изучение взаимосвязи особенностей репродуктивной функции (число родов в анамнезе) и развитием климактерических нарушений, особенно в плане влияния значительного числа беременностей и родов на состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой активности. Кроме того, у многорожавших женщин отмечается высокий уровень сопутствующей соматической патологии и дисметаболических нарушений [1–3].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме КС нельзя считать все вопросы данной проблемы полностью решенными. По нашему мнению, прежде всего это касается особенностей клинического течения климактерических нарушений у многорожавших женщин и возможности их адекватной коррекции. Все это, безусловно, свидетельствует об актуальности выбранного научного направления.

**Цель исследования:** снижение частоты и степени выраженности климактерических нарушений у многорожавших женщин на основе изучения основных кли-

нико-функциональных, биохимических, эндокринологических и микробиологических изменений, а также усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью определения частоты климактерических расстройств у женщин с различным паритетом были изучены амбулаторные карты и анкеты-опросники 200 женщин (100 – многорожавших и 100 – с 1–2 родами в анамнезе) в пери- и постменопаузе.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что климактерический синдром (КС) с характерными вегето-сосудистыми проявлениями наблюдался на момент опроса или в анамнезе у 69,0% многорожавших и у 46,0% – остальных пациенток. Жалобы, обусловленные урогенитальными расстройствами, предъявляли соответственно 72,0% и 54,0% женщин. При этом для многорожавших характерным было появление климактерических расстройств еще в пременопаузе. Однако поводом обращения к врачу подобные симптомы послужили только у 14,0% пациенток. Низкая обращаемость к специалисту в данной ситуации связана как с «долготерпением» женщин, так и с отсутствием позитивных знаний в отношении заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

После тщательного определения показаний и противопоказаний к ЗГТ под наблюдение были взяты 120 женщин периода пери- и постменопаузы, имевших климактерические расстройства от ранневременных до поздневременных, которым после обследования были назначены с заместительной целью различные гормональные препараты. Не включали в исследование женщин с хроническими декомпенсированными заболеваниями печени, почек, сердечно-сосудистой системы, имевших в анамнезе тромбоэмболические состояния, злокачественные опухоли, метаболический синдром. Обязательным условием было согласие женщины на проведение ЗГТ после разъяснений врача.

При определении периода постменопаузы придерживались современных представлений, по которым женщину можно отнести к постменопаузальному возрасту при отсутствии менструации не менее года либо 0,5 года в сочетании с высоким уровнем ФСГ.

В соответствии с количеством родов, имевших в анамнезе пациентки были разделены на две группы, а с учетом периода пери- или постменопаузы каждая группа еще на две подгруппы.

1 (основную) группу составили 60 многорожавших женщин (в анамнезе 3 и более родов), из которых 30 были в перименопаузе (подгруппа 1.1.) и 30 – в постменопаузе (подгруппа 1.2.).

2 (контрольную) группу составили 60 женщин (в анамнезе 1–2 родов), которые были также разделены на две подгруппы (2.1. и 2.2.) по 30 пациенток.

На момент обследования все пациентки предъявляли те или иные жалобы, характерные для климактерических расстройств. Средний возраст женщин обеих групп достоверно не отличался и составил  $50,8 \pm 3,2$  года.

Данные анамнеза свидетельствуют, что многорожавшие женщины начинали раньше менструировать и вести половую жизнь. Число беременностей, закончив-

шихся родами у многорожавших пациенток было достоверно больше –  $4,8 \pm 0,4$  (в контрольной группе –  $1,8 \pm 0,2$ ;  $p < 0,01$ ). Поэтому женщин основной группы имели суммарно более длительные периоды гестации –  $3,9 \pm 0,3$  года и лактации –  $7,8 \pm 0,6$  года (в контрольной группе соответственно  $1,6 \pm 0,2$  и  $1,8 \pm 0,2$  года). Менопауза у многорожавших наступала раньше, в среднем в  $47,3 \pm 2,4$  года против  $49,8 \pm 3,3$  года в контрольной группе. Продолжительность периода менопаузы колебалась в обеих группах от 1 до 4 лет, постменопаузы – от 1 до 12 лет, составляя в среднем  $3,5 \pm 0,3$  года в основной группе и  $3,3 \pm 0,4$  года – в контрольной.

У пациенток, находившихся в периоде перименопаузы на момент обследования (подгруппы 1.1. и 2.1.) менструации были умеренными по количеству, регулярными, их продолжительность не превышала 7 дней. У пациенток в постменопаузе кровянистых выделений из половых путей от наступления менопаузы до момента обследования не было.

При анализе экстрагенитальной патологии обнаружено, что многорожавшие женщины соматически более отягощены. Это подтверждается более высокой частотой сердечно-сосудистых заболеваний (1 группа – 53,3% и 2 – 36,7%); ожирения I–II ст. (1 группа – 53,3% и 2 – 43,3%); патологии опорно-двигательного аппарата (1 группа – 50,0% и 2 – 26,7%) и заболеваний мочевыделительной системы (1 группа – 46,7% и 2 – 23,3%). Все остальные варианты экстрагенитальной патологии встречается реже, однако их частота также была выше у многорожавших женщин.

Вместе с тем, об истинной частоте соматической патологии среди обследованных пациенток судить нельзя, так как женщины были отобраны с учетом противопоказаний к ЗГТ.

Гинекологическая патология у обследованных женщин изучалась в двух аспектах: по данным анамнеза и по результатам обследования пациенток на момент обследования.

Полученные данные свидетельствуют, что гинекологические заболевания чаще встречались у многорожавших женщин. При этом можно выделить существенный уровень патологических изменений шейки матки (1 группа – 26,7% и 2 – 20,0%) и опущений половых органов (1 группа – 20,0% и 2 – 6,7%). На момент обследования у пациенток преобладали нарушения микробиотоза половых путей (1 группа – 30,0% и 2 – 26,7%) и опущения половых органов (1 группа – 30,0% и 2 – 13,3%). Высокая частота нарушений микробиотоза половых путей в обеих группах была связана с возрастными изменениями стенки влагалища, эпителия, изменения кислотности, снижения способности к поддержанию биотоза влагалища.

Все пациентки были обследованы перед назначением препаратов ЗГТ. Проведены исследования по безопасности – гинекологическое исследование, расширенная кольпоскопия, Пап-тест (цитологическое исследование), УЗИ органов малого таза, аспирационная биопсия эндометрия, маммография, биохимическое исследование крови, сахар крови, протромбиновый индекс, общий анализ мочи. Помимо этого проведены и специальные методы исследования – определение карнопикнотического индекса, рН-метрия влагалищного отделяемого, исследование гормонального статуса, липидного спектра, рентгенография позвоночника и лучезапястного сустава, определение модифицированного менопаузального индекса и индекса массы тела.

После обследования еще раз проводили индивидуальную оценку показаний и противопоказаний к ЗГТ у каждой больной. Противопоказания к ЗГТ отмечали при остром тромбозе, декомпенсированном расширении вен, тромбозе легочной артерии в анамнезе, доброкачественных и злокачественных опухолях молочных желез, кровотечениях из половых путей невыясненной этиологии, печеночной недостаточности, тяжелом сахарном диабете, эпилепсии, длительном постельном режиме и почечной недостаточности.

Назначение препарата производили с учетом индивидуального спектра климатерических расстройств и соматической патологии. Предпочтение отдавали следующим препаратам:

- тиболон – 2,5 мг;
- эстрадиола валерат – 2 мг;
- вагинальные свечи, содержащие 0,5 мг эстриола.

Перед назначением ЗГТ и конкретного препарата с каждой пациенткой проводилась беседа с разъяснением цели терапии, ожидаемых положительных результатов, возможных осложнений и побочных эффектах. Каждая обследованная имела возможность задавать вопросы врачу и получала информацию о возможности прекращения терапии в любой момент по желанию женщины.

Все получающие ЗГТ находились под динамическим наблюдением с контрольными осмотрами через 1, 3, 6, 12 и более месяцев. Соблюдение режима лечения контролировали по возврату пустых упаковок препаратов. При динамическом наблюдении производили общее и гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, взвешивание, оценку менопаузальных индексов, исследование гормонов и липидного спектра, карнопикнотический индекс и рН-метрию. Через 6 и 12 мес осуществляли расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков с шейки матки и аспирационную биопсию эндометрия, через 12–18 мес – рентгенографию позвоночника. Минимальная длительность периода наблюдения составила 12 мес, а максимальная – 4 года.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основные проявления климактерических нарушений: приливы, потливость, колебания настроения, сухость слизистых, недержание мочи, суставная боль, снижение трудоспособности у многорожавших женщин появляются на  $2,1 \pm 0,2$  года раньше по сравнению с общей популяцией женщин.

Суммарная частота климактерических нарушений у многорожавших женщин составляет 69,0% с преобладанием нейровегетативной симптоматики (86,7%); обменно-эндокринных (76,7%) и психоэмоциональных нарушений (70,0%). Среди различных форм климактерических нарушений чаще встречается осложненная (56,7%) по сравнению с неосложненной (33,3%) и атипичной (10,0%).

В структуре климактерических нарушений у многорожавших женщин отмечается преобладание средне-тяжелых проявлений (нейро-вегетативные нарушения – 50,0%, обменно-эндокринные – 40,0% и психоэмоциональные – 36,7%) по сравнению с легкими (нейровегетативные нарушения – 30,0%, обменно-эндокринные – 33,3% и психоэмоциональные нарушения – 36,7%) и тяжелыми проявлениями

(нейровегетативные нарушения – 20,0%, обменно-эндокринные – 26,7% и психоэмоциональные – 6,7%).

В сравнительном аспекте частота жалоб у многорожавших женщин выше, особенно такие как повышенное АД (в 1,2 раза чаще 1–2 раза); зябкость и ознобы (в 1,2 раза); парестезии (в 2 раза), сухость кожи (в 1,4 раза); быстрая утомляемость (в 2 раза); избыточная масса тела (в 1,1 раза); мышечная и суставная боль (в 1,4 раза); сухость и жжение во влагалище (в 1,2 раза); невнимательность и ослабление памяти (в 2,1 раза).

Урогенитальные расстройства у многорожавших женщин встречаются в 76,7% случаев с преобладанием цисталгии и дизурии (40,0%); полакиурии и никтурии (36,7%); недержания мочи при напряжении (50,0%); наличие сильных позывов при напряжении (3,3%); позывы к мочеиспусканию при ненаполненном мочевом пузыре (гиперрефлексия – 36,7%) и неполное опорожнение мочевого пузыря (13,3%).

Климактерические нарушения у многорожавших женщин развиваются на фоне выраженного снижения Е2 и увеличения ФСГ и ЛГ. Дисметаболические нарушения характеризуются повышением ОХ, ЛПНП, ТГ, общим понижением ЛПВП.

Использование усовершенствованной методики коррекции климактерических нарушений у многорожавших женщин позволяет через 3 мес значительно улучшить общее самочувствие, настроение, повысить жизненный тонус, изменить эмоциональное состояние с формированием позитивных реакций на происходящие события, улучшить качество жизни, снизить частоту нейровегетативных и урогенитальных нарушений, а также повысить трудоспособность. Через 6 и больше месяцев улучшается состояние кожи (повышается эластичность и тургор), цвет лица и состояние молочных желез (уменьшается дряблость и нормализуется форма желез).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований коррекция климактерических нарушений у многорожавших женщин является самостоятельной научной задачей, для решения которой необходим усовершенствованный подход при использовании медикаментозной терапии, включая заместительную гормональную терапию. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Тактика ведення жінок, що багато народжують, з порушеннями менструальної функції в клімактеричному періоді

**О.А. Бунятова**

Результати проведених досліджень свідчать, що корекція клімактеричних порушень у жінок, що багато народжують, є самостійним науковим завданням, для вирішення якого необхідний вдосконалений підхід при використанні медикаментозної терапії, включаючи замісну гормональну терапію. Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** клімактеричні порушення, жінки, що багато народжують.

### Tactics of conducting multigiving birth women with infringements menstrual functions in climacteric period

**E.A. Bunjatova**

Results of the spent researches testify, that correction of climacteric infringements at multigiving birth women is an independent scientific problem for which the advanced campaign is necessary for the decision at use of medicamentous therapy, including replaceable hormonal therapy. The results received by us allow recomend an advanced technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** the climacteric infringements, multigiving birth women.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балан В.Е. Эпидемиология климактерического периода // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 3. – С. 5–9.
2. Матяш А.Н. Особенности климактерических нарушений у женщин, проживающих на загрязненной радионуклидами территории и их коррекция // Здоровье женщины. – 2002. – № 1. – С. 48–53.
3. Сметник В.П., Балан В.Е. Клиника, диагностика и лечение урогенитальных расстройств в климактерии // Проблемы репродукции. – 2001. – № 3. – С. 50–54.

УДК 618.39-06-07-084

## Медико-социальные особенности пациенток с преждевременными родами в анамнезе

**В.И. Бойко, О.И. Бутенко**

Медицинский институт Сумского государственного университета  
МОН Украины

Результаты комплексного медико-социального обследования женщин с преждевременными родами в анамнезе свидетельствуют об особенностях показателей социально-экономического состояния, соматической и инфекционной патологии, а также связанных с ними нарушениями репродуктивной функции женщин. Женщины с преждевременными родами в анамнезе составляют группу риска по развитию осложнений беременности и родов, а поэтому требуют особого внимания акушеров-гинекологов. Проведенная комплексная медико-социальная характеристика, по нашему мнению, будет способствовать разработке основных направлений профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с преждевременными родами в анамнезе.

**Ключевые слова:** *недонашивание беременности, преждевременные роды.*

Преждевременные роды являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Это не только медицинская, но и важная социальная и демографическая проблема, которая предопределена низким уровнем рождаемости и относительно стабильными показателями недонашивания беременности как в нашей стране, так и за рубежом.

Согласно современных данных каждая десятая беременная рождает преждевременно, то есть до завершения 37 нед беременности [1, 7, 9]. Выяснения факторов, которые формируют недонашивание беременности остается актуальным заданием акушерства. Наличие у женщины в анамнезе поздних выкидышей и/или преждевременных родов нуждается в тщательном обследовании вне беременности с целью выявления причин недонашивания и их устранения или коррекции. После пересмотра и анализа литературы можно считать, что исследований, посвященных медико-социальным аспектам женщин с преждевременными родами в анамнезе еще недостаточно.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ 120 случаев недонашивания беременности на основании данных обменных карт и историй родов. Применен метод статистического анализа. Проанализированы показатели социального статуса женщин с преждевременными родами, ход беременности и родов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По возрасту женщины исследуемой группы распределялись следующим образом: до 18 лет было 10,8% (13 женщин), в возрасте 19–25 лет – 51,7% (62 женщины), в возрасте 26 и больше лет – 37,5% (45 женщин). Таким образом, основную часть (62,5%) составляли женщины юного и молодого возраста. Процент недонашивания более высок у молодых матерей. Даже у женщин с возрастом свыше 30 лет и больше степень риска недонашивания ниже, чем у тех, которые стали матерями до 20 лет [5].

Для благоприятного течения беременности важное значение имеют оптимальные социально-экономические факторы. К наиболее весомым неблагоприятным факторам, которые имеют прямую связь с недонашиванием в целом ряду статистик, отнесены недостаточные материальные условия и сравнительно низкое социальное положение беременных женщин. Объясняется это тем, что малоудовлетворительные условия обитания, неполноценное питание, низкий уровень образования накладывают негативный отпечаток на физическое и психическое развитие девочек, которые впоследствии, во время беременности и родов формируют группы высокого риска материнской и перинатальной смертности [1, 5, 8]. В нашем исследовании среди беременных с преждевременными родами весомой была часть работающих женщин, которые составляли 33,3% (40 женщин). Работницы предприятий составляли 27,5% (33 женщины), служащие – 23,3% (28 женщин), ученики и студенты – 10,8% (13 женщин). Незамужние женщины составляли 7,5% (9 женщин) среди беременных с преждевременными родами. Таким образом, около 35% женщин с преждевременными родами в анамнезе имели достаточно ограниченную прибыль, а следовательно и возможности для обеспечения своих самых необходимых жизненных потребностей.

Анализируя полученные данные, заметно, что среди женщин с преждевременными родами в анамнезе почти половину составляют безработные, ученическая и студенческая молодежь. Это может иметь определено прогностическое значение, поскольку среди них обнаружено 7,5% незамужних женщин. Среди беременных с недонашиванием большое количество работниц, которые для выполнения своих профессиональных обязанностей, невзирая на беременность, вынуждены порой тратить избыточные физические усилия. Таким образом, физический труд женщины во время беременности с относительно неудовлетворительными социальными условиями и бедностью может быть еще одним возможным причинным механизмом невынашивания и недонашивания беременности.

Проведенный ретроспективный анализ преморбидного фона, хода предыдущих беременностей и репродуктивных последствий у 120 женщин с недонашиванием в анамнезе обнаружил свои особенности. Привлекает внимание высокий уровень соматической заболеваемости у женщин с преждевременными родами в анамнезе, который отвечает современным представлениям о значении экстрагенитальной патологии в этиопатогенезе недонашивания беременности [3, 7]. При этом чаще всего наблюдались болезни сердечно-сосудистой системы (51,7%), анемии (37,5%), патология мочевыделительной системы (23,3%) и эндокринные заболевания (33,3%). К последней, осложненной недонашиванием, беременности вирусные заболевания (ветряная оспа, краснуха, корь, паротит) случались в анамнезе в 7,5% женщин.



При анализе гинекологической патологии женщин исследуемой группы привлекает внимание значительный показатель воспалительных болезней органов малого таза, который составлял 25,0%, что в дальнейшем коррелировало с особенностями прерывание беременности: преждевременным излитием околоплодной жидкости на фоне манифестации восходящей инфекции и наличия хориоамнионита. Эрозии шейки матки и хронический цервицит обнаружены в анамнезе 13,3% беременных с преждевременными родами. Согласно современных данных чаще всего причиной хронического цервицита является инфицирование хламидиями, микоплазмой 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 доношивания беременности.

Следовательно, одной из особенностей соматического и гинекологического анамнеза женщин с преждевременными родами является высокая частота инфекционных заболеваний. Это может свидетельствовать об особенностях их социального поведения, а также о снижении функциональных возможностей иммунной системы, которое развивается еще до беременности, осложненной преждевременными родами.

Общая репродуктивная способность женщины находит свое действительное отображение в ее акушерском анамнезе. У исследованных женщин средний возраст начала месячных –  $3,41 \pm 0,32$  года. Расстройства менструальной функции в виде нарушения их цикличности наблюдали в 16,7% (20 женщин), на болезненных месячных жаловалось 7,5% (9) женщин с преждевременными родами в анамнезе.

Согласно полученных данных женщины исследуемой группы начинали половую жизнь в возрасте  $18,30 \pm 0,3$  года. В среднем период от начала половой жизни к первой беременности длился  $3,09 \pm 0,34$  года.

Всего среди женщин с преждевременными родами было 56,6% (68) первобеременных, у 43,4% женщин беременность, осложненная преждевременными родами, была повторной. У повторнобеременных согласно данным анамнеза последствия предыдущих беременностей были следующими: своевременными родами закончилось всего 27,5%, преждевременными родами – 10,8%, самопроизвольными ранними и поздними выкидышами – 56,6% и внематочной беременностью – 0,8% предыдущих беременностей. Артифициальные аборт были в анамнезе у 4,2% с повторнобеременных женщин с недоношиванием. Согласно данным анамнеза у женщин с преждевременными родами после предыдущих беременностей погибло 10,52% детей. Таким образом, из предыдущих беременностей около 70% репродуктивных циклов у таких женщин закончились неблагоприятно. Полученные результаты совпадали с данными литературы о том, что с увеличением количества случаев преждевременного прерывания предыдущих беременностей, шансы на благоприятное завершение следующей беременности пропорционально уменьшаются [5, 7]. Согласно некоторых исследователей у женщин, в анамнезе которых одни преждевременные роды, риск преждевременного родоразрешения при следующей беременности составляет около 20%. Если женщина имела два преждевременных родоразрешения, то риск недоношивания составляет почти 50% [9]. Высокая частота спонтанных абортов у женщин с преждевременными родами в анамнезе свидетельству-

ет о недостаточном решении вопроса профилактики и лечение привычного невынашивания беременности у таких женщин.

Во время беременности среди женщин с преждевременными родами госпитализировалось 37,5% всех женщин. Согласно полученных данных угроза раннего непроизвольного выкидыша была показанием к лечению в стационаре в 24,2% женщин исследуемой группы, по поводу угрозы позднего непроизвольного выкидыша госпитализировалось 37,5% женщин. Угроза преждевременных родов была причиной стационарного лечения в 30,0% случаев всех госпитализаций во время беременности женщин с недоношиванием.

Следовательно, в группе женщин с преждевременными родами угроза невынашивания в разные сроки беременности обуславливала 61,7% от всех случаев их дородового пребывания в стационаре. Полученные данные указывают на то, что существующие системы профилактики недоношивания беременности даже у обнаруженных женщин группы риска не всегда позволяют предупредить у них преждевременное прерывание беременности и требуют усовершенствования. У беременных исследуемой группы не во всех случаях учитывалось прогностическое значение проявлений угрозы недоношивания беременности в развитии преждевременных родов, а факторы, которые обуславливают развитие преждевременных родов формируются у таких женщин с ранних сроков беременности.

Обнаружено, что в 59,1% случаев, преждевременные роды начинались при нарушенной целостности амниоальных оболочек, а в 40,9% случаев причиной недоношивания беременности был преждевременный разрыв амниоальных оболочек. В подавляющем большинстве случаев преждевременные роды состоялись после 33–34 нед гестации (в 27–30 нед – 15,8%, в 31–32 нед – 16,7%, в 33–34 нед – 29,2%, в 35–36 нед – 38,3%).

При клиническом ведении женщин с преждевременным разрывом амниоальных оболочек, согласно данным архивного материала, придерживались, в основном, консервативной тактики, которая заключалась в назначении антибиотиков, токолитиков и проведенная профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Многоплодная беременность как причина преждевременных родов в нашем исследовании наблюдалась в 20% случаев (24 женщины).

При самопроизвольном начале преждевременные роды длились в среднем  $5,35 \pm 0,36$  ч. Показатели частоты аномалий сократительной активности матки у всех женщин с преждевременными родами были сравнительно невысокими: первичная слабость родовой деятельности наблюдалась по данным историй родов в 1,7% случаев, вторичную слабость родовой деятельности – 2,5%. По нашему мнению, такие низкие показатели частоты аномалий сократительной активности матки объясняются осторожным использованием утеротонических препаратов при преждевременных родах, а также соблюдением выжидательной тактики и попыткой пролонгировать беременность [4, 6].

В последовом периоде преждевременных родов обнаружены высокие показатели осложнений, которые, в основном, были предопределены аномалиями прикрепления и отделения последа и маточными кровотечениями. Задержка в матке частей плаценты диагностирована в 6,7% случаев, а задержка амниотических оболочек в

3,3% случаев. Это, в свою очередь, обусловило высокую частоту внутриматочных вмешательств у таких женщин в последовом и раннем послеродовом периодах, которая составляла 15,0%.

Оперативное родоразрешение проведено в 5% (6) беременных, основными показаниями к которому были рубец на матке после предыдущих кесаревых сечений (33,3%), предлежания плаценты и маточное кровотечение (16,6%), преждевременное отслоение плаценты (33,3%). После анализа этих данных можно сделать вывод, что в подавляющем большинстве случаев для оперативного родоразрешения учитывались показания со стороны матери. В то же время, материнские осложнения имеют непосредственное влияние на состояние плода, а следовательно и на перинатальные потери недоношенных детей. Таким образом, только недоношенности плода среди показаний к кесареву сечению пока еще отводится незначительное место.

Всего у 120 женщин в результате преждевременных родов родилось 144 недоношенных детей. Большинство новорожденных в среднем имели массу тела  $2030,01 \pm 44,06$  г, срок гестации –  $32,67 \pm 0,35$  нед. Таким образом, такие новорожденные были «умеренно» недоношенными. Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни равнялась  $7,06 \pm 0,13$  балла, на пятой минуте –  $7,53 \pm 0,12$  балла. Недоношенные дети с очень малой массой тела ( $>1500$  г), среди которых наблюдается наивысший показатель перинатальной смертности [2, 6], составили 15,8% женщин с преждевременными родами. Именно эти новорожденные с массой тела до 1500 г и сроком гестации до 32 нед является основным прогностическим фактором частоты неонатальной смертности при недоношенности беременности.

У женщин с преждевременными родами исследуемой группы перинатальные потери составили 15,3%. В среднем срок гестации погибших новорожденных –  $31,26 \pm 0,62$  нед, масса тела –  $1688,83 \pm 87,03$  г, оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни равнялась  $4,64 \pm 0,45$  балла, на пятой минуте –  $6,23 \pm 0,59$  балла. Основными причинами смерти недоношенных младенцев были респираторный дистресс-синдром (в 36,4% случаев), внутричерепное кровоизлияние (в 27,3% случаев), асфиксия новорожденных (в 13,6% случаев), врожденные пороки развития (в 9,1% случаев), некротический энтероколит (в 4,5% случаев).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты комплексного медико-социального исследования женщин с преждевременными родами в анамнезе свидетельствуют об особенных показателях социально-экономического состояния, соматической и инфекционной патологий и связанных с ними осложнений фертильности и репродуктивной функции у таких женщин. Женщины с преждевременными родами в анамнезе составляют группу риска относительно развития осложнений беременности и родов, а потому нуждаются в особом внимании акушеров-гинекологов. Проведенная комплексная медико-социальная характеристика, по нашему мнению, будет способствовать разработке основных направлений профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с преждевременными родами в анамнезе.

### Медико-социальные особенности пациенток с передчасными родами в анамнезе В.І. Бойко, О.І. Бутенко

Результаты комплексного медико-социального исследования женщин с передчасными родами в анамнезе свидетельствуют об особенных показателях социально-экономического статуса, соматической та инфекционной патологий и связанных с ними осложнений фертильности и репродуктивной функции у таких женщин. Женщины с передчасными родами в анамнезе составляют группу риска относительно развития осложнений беременности и родов, а потому требуют особого внимания акушеров-гинекологов. Проведенная комплексная медико-социальная характеристика, на нашу думку, содействует разработке основных направлений профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с передчасными родами в анамнезе.

**Ключевые слова:** недоношенность, передчасные роды.

### Medical-social features of patients with premature birth in the anamnesis V.I. Boyko, O.I. Butenko

Results of complex medical-social inspection of women with premature birth in the anamnesis testify to features of indicators of a social and economic condition, a somatic and infectious pathology, and also connected with them infringements of reproductive function of women. Women with premature birth in the anamnesis make risk group on development of complications of pregnancy and sorts, and therefore demand special attention of obstetrical-gynecologists. The spent complex medical-social characteristic, in our opinion, will promote working out of the basic directions of preventive maintenance obstetrical and perinatal complications at women with premature birth in the anamnesis.

**Key words:** incomplete pregnancy, premature delivery.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Венцківський Б.М., Костюк А.Л., Белов О.О. Прогнозування невиношування вагітності шляхом оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної // ПАГ. – 2011. – № 6. – С. 70–72.
2. Голота В.Я., Беник В.О. Оцінка перинатального ризику при недоношенні вагітності // ПАГ. – 2010. – № 4. – С. 86–88.
3. Дабіжа Л.П., Золотухін М.С. Прогнозування та доклінічна діагностика передчасних пологів // Перинатологія та педіатрія. – 2010. – № 2. – С. 59–61.
4. Маркін Л.Б., Шахова О.В., Кунинець Г.Я. Передчасні пологи // Практична медицина. – 2008. – № 3–4. – С. 20–23.
5. 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.
6. Сидельникова В.М. Акушерська тактика ведення преждевременных родов // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 8–12.
7. Identification of biological/biochemical marker(s) for preterm delivery / P. Thorsen, D.E. Schendel, A.D. Deshpande et al. // Paediatric and Perinatal Epidemiology. – 2011. – Vol. 15. – Issue 2. – P. 90–103.
8. Misra D.P., O'Campo P., Strobino D. Testing a sociomedical model for preterm delivery // Paediatric and Perinatal Epidemiology. – 2011. – Vol. 15. – Issue 2. – P. 110–122.
9. 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 618.35-06:618.3-06:618.1-002

## Шляхи зниження репродуктивних втрат при багатоплідній вагітності

**В.Р. Василюшина**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з багатоплідною вагітністю складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування і недоношування різного генезу: інфекційного, ендокринного і поєданого. Використання вдосконаленої методики лікувально-профілактичних заходів сприяє нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, що в результаті дозволяє поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику. Методика є простою і загальнодоступною, що дозволяє рекомендувати її для використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** передчасне переривання вагітності, багатоплідна вагітність, профілактика.

Вагітність і пологи при багатоплідній вагітності за останні роки стають однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства [1–7]. Поява цього наукового напрямку обумовлена широким впровадженням ефективних методів лікування безпліддя різного генезу, у тому числі також із застосуванням сучасних репродуктивних технологій в практичну охорону здоров'я, що дозволило істотно підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції в подружніх парах [6, 7].

У той самий час виникли і нові наукові питання, які стосуються особливостей перебігу гестаційного періоду у жінок з багатоплідною вагітністю. Серед широкого спектру виникаючих завдань особливе місце належить питанню передчасного переривання вагітності у жінок цієї групи. Це пов'язано з поліетіологічністю мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів в загальній популяції населення, а також з рядом специфічних моментів у жінок із багатоплідною вагітністю. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми передчасного переривання вагітності, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним із таких наукових завдань є зниження частоти невиношування і недоношування у жінок з багатоплідною вагітністю.

Усе викладене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** зниження частоти передчасного переривання багатоплідної вагітності на основі вивчення особливостей формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності з поставленою метою були обстежені 90 пацієнток, серед них 60 – з багатоплідною вагітністю, яких було розподілено на такі групи:

1 група – 30 жінок з багатоплідною вагітністю, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;

2 група – 30 жінок з багатоплідною вагітністю, які отримували вдосконалену нами методику.

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

Була розглянута наявність багатоплідної вагітності як універсального чинника ризику передчасного переривання вагітності.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи включали використання комплексу вітамінів і мікроелементів і засоби, що поліпшують мікроциркуляцію (курантил, трентал, компламін) [1, 4].

Удосконалена методика заснована на вживанні лікувально-профілактичного комплексу, який був використаний в наступні терміни вагітності: 10–12 тиж, 20–22 тиж, 27–28 тиж і 33–34 тиж. У даний комплекс додатково були включені: гормональна корекція (утрожестан по 100 мг на добу з 10 до 28 тиж вагітності); антигіпоксанти (мілдронат або інстенон в загальноприйнятному дозуванні протягом 7–10 днів) і корекція мікробіоценозу статевих шляхів (0,5% мазь мірамістину інтравагінально під контролем мікробіологічних показників).

Науковим обґрунтуванням удосконаленої методики є той факт, що жінки з багатоплідною вагітністю складають групу ризику щодо розвитку плацентарної недостатності поєданого генезу: ендокринного, гіпоксичного і за рахунок порушень мікробіоценозу статевих шляхів. Усе це в сукупності призводить до високої частоти передчасного переривання вагітності. Використання описаного вище комплексу дозволяє впливати на всі ланки патогенезу передчасного переривання вагітності в лікувально-профілактичному режимі.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота передчасного переривання багатоплідної вагітності в I триместрі складає 13,3%, причому найчастіше це відбувається в 7–8 тиж (75,0%), інколи – в 10–12 тиж (25,0%). Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що в 50,0% має місце виражене інтраамніальне інфікування обох плодів асоціаціями мікроорганізмів, включаючи TORCH-комплекс, а в останніх 50,0% – вагітність обох плодів, що не розвивається, з відповідними морфологічними змінами.

Рівень передчасних пологів при багатоплідній вагітності досягає 19,2%, причому частіше вони починаються з передчасного розриву навколоплідних оболонок (60,0%) і рідше – за рахунок прогресу скоротливої активності матки (20,0%) і погіршення стану плодів на тлі їх хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (20,0%), що з'явилося показанням до абдомінального розродження, сумарна частота якого при багатоплідній вагітності складає 48,8%.

Сумарні перинатальні втрати у жінок з багатоплідною вагітністю складають 47,6% (два випадки на 42 дитини: 1 – синдром дихальних розладів на тлі глибо-

кої недоношеності, 1 – гостра асфіксія плода з важкою формою затримки внутрішньоутробного розвитку). Серед основних варіантів перинатальної патології переважають затримка внутрішньоутробного розвитку одного або обох плода (33,3% і 14,3%); асфіксії при народженні (23,8% і 14,3%) і внутрішньоутробного інфікування одного або обох новонароджених (14,3% і 9,5% відповідно).

Висока частота передчасного переривання багатоплідної вагітності в I триместрі (13,3%) зумовлена наявністю виражених дисгормональних змін: зниження вмісту плацентарного лактогену (контрольна група – 987,4±73,1 нмоль/л і 1 – 410,2±27,2 нмоль/л;  $p<0,01$ ); естріолу (контрольна група – 278,6±18,2 нмоль/л і 1 – 187,3±16,1 нмоль/л;  $p<0,05$ ); кортизолу (контрольна група – 987,4±73,1 нмоль/л і 1 – 410,2±27,2 нмоль/л;  $p<0,05$ ); дегідроепіандростерону (контрольна група – 3087,6±128,4 нмоль/л і 1 – 2287,4±129,7 нмоль/л;  $p<0,05$ ) і Прогестерону (контрольна група – 82,4±6,1 нмоль/л і 1 – 64,3±4,2 нмоль/л;  $p<0,05$ ) і порушень мікробіоценозу статевих шляхів: зниження кількості лактобацил (з 96,7% до 76,7%); біфідобактерій (з 73,3% до 63,3%) і молочнокислих стрептококів (з 60,0% до 43,3%) при одночасному зростанні штамів стафілокока (з 20,0% до 43,3% – переважно золотистого) і появу невисокої частоти хламідій (16,7%); кандид (16,7%); ешерихій (13,3%); протей (10,0%); уреоплазм (10,0%) і мікоплазм (6,7%).

Значний рівень передчасних пологів при багатоплідній вагітності (19,2%) обумовлений дисгормональними змінами: зниження плацентарного лактогену (контрольна група – 1937,4±73,1 нмоль/л і 1 – 410,2±27,2 нмоль/л;  $p<0,05$ ); естріолу (контрольна група – 494,3±28,4 нмоль/л і 1 – 282,9±24,3 нмоль/л;  $p<0,05$ ) і Прогестерону (контрольна група – 321,5±10,1 нмоль/л і 1 – 212,7±14,2 нмоль/л;  $p<0,05$ ) і дисметаболическими порушеннями: збільшення вмісту  $\alpha$ 2-мікроглобуліну фертильності (122,0±8,3 мг/мл і 1 – 146,2±7,3 мг/мл;  $p<0,01$ ) і зниженням трофобластичного  $\beta$ -глікопротеїду (125,5±7,5 мкг/мл і 1 – 69,5±7,3 мкг/мл;  $p<0,01$ ) на тлі дисбіозу статевих шляхів, що зберігається: зниження кількості лактобацил (до 50,0%); біфідобактерій (до 41,3%) і молочнокислих стрептококів (до 30,4%) на тлі зростання кількості штамів стафілококів (до 67,4%).

Функціональний стан плодів при багатоплідній вагітності напередодні розродження характеризується високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (47,6% одного і 28,6% обох плодів – по асиметричному варіанту і 9,6% одного і 4,8% обох плодів – по симетричному); порушень серцевого ритму (брадикардія лише одного плода – 4,8% і тахікардія одного плода – 14,3% і обоє 9,6%); суб- і декомпенсованих порушень дихальної (суб - 28,4% одного плода і 14,3% обох плодів; декомпенсовані лише одного плода – 4,8%) і рухової активності плода (суб - 28,4% одного плода і 14,3% обох плодів; декомпенсовані лише одного плода – 4,8%); а також змінами з боку тонуусу плода (14,3% одного і 9,6% – обох плодів).

При оцінці основних змін з боку плаценти і об'єму навколоплідних вод при багатоплідній вагітності слід зазначити збільшення частоти передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентациї (до 33,3%) і поєднання гіпотрофії плаценти з передчасним дозріванням (до 14,3%) і

високого рівня мало- (19,0%) і багатоводдя (19,0%). При завершальній оцінці стану фетоплацентарного комплексу в 38–40 тиж компенсовані ехографічні зміни з боку фетоплацентарного комплексу зустрічаються в 62,8% випадків; субкомпенсовані – 28,6% і декомпенсовані – відповідно в 9,6% спостережень.

Використання вдосконаленої методики ведення багатоплідної вагітності дозволяє знизити частоту невиношування багатоплідної вагітності з 13,3% до 3,3%; передчасних пологів з 19,2% до 6,9%; плацентарної недостатності з 53,7% до 36,1% і сумарних перинатальних втрат з 47,6% до 18,5%.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, пацієнтки з багатоплідною вагітністю складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування і недоношування, причому різного генезу: інфекційного, ендокринного і поєданого. Використання вдосконаленої методики лікувально-профілактичних заходів сприяє нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, що у результаті дозволяє поліпшити результати розродження жінок групи високого ризику. Методика є простою і загальнодоступною, що дозволяє рекомендувати її для використання в практичній охороні здоров'я.

### Пути снижения репродуктивных потерь при многоплодной беременности В.Р. Василичина

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с многоплодной беременностью составляют группу высокого риска по развитию невынашивания и недонашивания, причем различного генеза: инфекционного, эндокринного и сочетанного. Использование усовершенствованной методики лечебно-профилактических мероприятий способствует нормализации функционального состояния фетоплацентарного комплекса и микробиотоза половых путей, что в итоге позволяет улучшить результаты родоразрешения женщин группы высокого риска. Методика является простой и общедоступной, что позволяет рекомендовать ее для использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** преждевременное прерывание беременности, многоплодная беременность, профилактика.

### Ways of decrease in reproductive losses at multipara pregnancy V.R. Vasilishina

Results of the lead researches testify, that patients with multipara pregnancy make group of high risk on development of premature interruption of pregnancy, and various genesis: infectious, endocrinological and complex. Use of the advanced technique of treatment-and-prophylactic actions promotes normalization of a functional condition fetoplacental a complex and microbiotose sexual ways, that in a result allows to improve results deliveries women of group of high risk. The technique is simple and popular, that allows to recommend it for use in practical public health services.

**Key words:** premature interruption of pregnancy, multipara pregnancy, preventive maintenance.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Егорова О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием // Вестник Росс. Ассоц. акушеров-гинекологов. – 2011 – № 1 – С. 34–35.
2. Степанківська Г.К., Тимошенко Л.В. Довідник з акушерства і гінекології. – К.: Здоров'я, 2007. – 520 с.
3. Федорова М.В., Смирнова В.С. Современное представление о многоплодной беременности // Вестник акушерства и гинекологии. – 2008. – № 1. – С. 38–43.
4. Фролова О.Г., Глиняная С.И., Ильичева И.А. Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2. – С. 3–5.
5. Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беременность. – Киев.: Здоровье., 2000. – 67 с.
6. Al-Kouatly H.B., Skupski D.W. Twin pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 11. – P. 125–129.
7. Angel J., Kalter C., Morales W., Rasmussen C. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 181. – P. 253–259.

УДК 618.2/5-058.833

## Порівняльні аспекти партнерських пологів в умовах типового міського пологового будинку і центральної районної лікарні

**С.Ю. Вдовиченко**

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

Отримані дані (показники материнського травматизму, частоти і характеру оперативного втручання і здоров'я новонароджених) свідчать про те, що партнерські пологи є серйозним резервом в зниженні частоти акушерської і перинатальної патології не лише в умовах міського пологового будинку, але і центральної районної лікарні. В той же час, виникає більше число дискусійних питань, вирішенню яких необхідно присвятити ще не одне наукове дослідження. Це свідчить про необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямі.

**Ключові слова:** партнерські пологи, міський пологовий будинок, центральна районна лікарня.

У даний час захист материнства став перетворюватися на реально вирішуване державою завдання, оскільки перехід до ринкової економіки і обумовлені ним соціально-економічні перетворення негативно вплинули на багато медико-соціальних аспектів сім'ї, материнства і дитинства – на тлі кризисної демографічної ситуації спостерігається зростання безпліддя у шлюбі, низька народжуваність, рівень загального і репродуктивного здоров'я підлітків, що знижується, зростання соматичної патології у вагітних жінок, низький рівень нормальних пологів, високі показники материнської і перинатальної смертності, зростаюче число хворих дітей [1–5].

Не викликає сумнівів той факт, що унаслідок тих ліберально-демократичних змін етико-правового регулювання медичної діяльності, що сталися стало також активно підніматися питання про необхідність гуманізації вітчизняного акушерства і як один із способів досягнення цього пропонуються так звані партнерські пологи (ПП), тобто коли на пологах присутній і бере участь в них близька народжуючої жінці людина, як правило, чоловік [1–5].

Вочевидь, що за наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка народжуючої жінки доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги породіллі, проте початок, що отримали, переважно в крупних містах України ПП – досить нова і мало апробована соціальна практика, яка потребує різностороннього

аналізу, особливо в умовах центральної районної лікарні. Все це в сукупності і визначає актуальність цього дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення порівняльних аспектів ПП в умовах типового міського пологового будинку (МПБ) і центральної районної лікарні (ЦРЛ).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконувалася в клінічному пологовому будинку № 1 на основній базі кафедри акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, а також в пологовому відділенні центральної районної лікарні Києво-Святошинського району Київської області.

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано 26016 пологів, з яких 18815, – на базі МПБ і 7201 – в ЦРЛ за останніх 5 років (2009–2013 рр.).

Частота ПР склала по МПБ – 17,2% і по ЦРЛ – 21,4% відповідно.

Безпосередньо по роках цей показник коливався по МПБ від 9,8% в 2009 до 19,2% в 2013 році. По ЦРЛ – від 12,7% до 34,2% відповідно.

Одним з дискусійних питань наукового напрямку, що вивчається, є партнерський кесарів розтин. За нашими даними сумарна частота абдомінального розродження за ці роки склала 19,2% по МПБ і 23,3% – по ЦРЛ. Серед всіх ПР шляхом операції кесарева розтину було завершено 13,8% по МПБ і 12,1% – по ЦРЛ. У динаміці по роках досліджень відмічено зниження даного показника по МПБ – від 17,1% в 2009 до 9,5% – в 2013 році. По ЦРЛ ця закономірність склала відповідно 19,8% і 9,2% в динаміці досліджень.

Серед всіх вивчених пологів відносна частота фізіологічних пологів склала 59,7% по МПБ і 56,8% – по ЦРЛ. При проведенні ПР в умовах МПБ рівень фізіологічних пологів був вищий – 74,1%, а в ЦРЛ – 77,2% відповідно. По роках досліджень цей показник зростає по МПБ – від 60,2% в 2009 р. до 80,2% – в 2013 р., а по ЦРЛ – 63,2% до 81,2% відповідно.

Одним з найбільш істотних показників перинатальних результатів є частота народження дітей в задовільному стані. Так, сумарна частота за роки досліджень склала 89,2% – по МПБ і 87,3% – по ЦРЛ. При ПР ці показники були дещо вище – 97,8% – по МПБ і 96,7% – по ЦРЛ. У динаміці проведених досліджень ці коливання склали по МПБ від 94,0% в 2009 р. до 97,5% – в 2013 р. По ЦРЛ – від 93,4% до 98,2% відповідно.

Аналізуючи перинатальні результати розродження слід зазначити, що сумарні показники по МПБ склали за період досліджень 5,1%, а по ЦРЛ – 6,3% відповідно. Показовим є той факт, що при ПР показники перинатальної смертності на порядок нижчі – по МПБ – 0,8% і по ЦРЛ – 0,9% відповідно.

Для ПР характерне широке використання регіонарної анестезії. Згідно з отриманими результатами сумарна частота цього вигляду знеболення склала по МПБ – 32,3% і по ЦРЛ – 29,3% відповідно. По роках досліджень динаміка параметра, що вивчається, коливалася по МПБ – від 42,6% в 2009 р. до 50,8% – в 2013 р., а по ЦРЛ – від 41,2% до 46,3% відповідно.

При оцінюванні клінічного перебігу ПР в умовах МПБ і ЦРЛ звертають на себе увагу ще декілька цікавих моментів:

- частота патологічної крововтрати (від 600 до 999 мл) склала 6,6% по МПБ і 5,7% – по ЦРЛ, а розроджень з крововтратою понад 1000 мл взагалі не було;
- вимушене вживання епізіотомії і травматизм промежини спостерігали в кожному третьому випадку (33,7%) в умовах МПБ і в кожному четвертому (24,8%) – в ЦРЛ, що є досить високим показником для загальної популяції розродження;
- частота передчасного розриву плодових оболонок була досить низькою – (4,6% – в МПБ і 5,1% – в ЦРЛ), що важко пояснити, враховуючи показники в загальній популяції розродження;
- травматизм шийки матки був набагато нижчий порівняно з промежиною – (6,5% – в МПБ і 7,1% – в ЦРЛ);
- відносна частота дистресу плода (одне з основних свідчень до абдомінального розродження) склала 10,4% спостережень в МПБ і 11,2% – в ЦРЛ;
- частота аномалій пологової діяльності (2,5% по МПБ і 3,1% – по ЦРЛ), практично, не відрізнялася від рівня клінічно вузького тазу (2,5% і 2,8%), що вимагає додаткового аналізу.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані дані (показники материнського травматизму, частоти і характеру оперативного втручання і здоров'я новонароджених) свідчать про те, що ПР є серйозним резервом в зниженні частоти акушерської і перинатальної патології не лише в умовах МПБ, але і ЦРЛ. В той же час, виникає багато дискусійних питань, вирішенню яких необхідно присвятити ще не одне наукове дослідження. Це свідчить про необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямі.

### Сравнительные аспекты партнерских родов в условиях типичного городского родильного дома и центральной районной больницы С.Ю. Вдовиченко

Полученные данные (показатели материнского травматизма, частоты и характера оперативного вмешательства и здоровья новорожденных) свидетельствуют о том, что партнерские роды являются серьезным резервом в снижении частоты акушерской и перинатальной патологии не только в условиях городского родильного дома, но и центральной районной больницы. Вместе с тем, возникает большее число дискуссионных вопросов, решению которых необходимо посвятить еще не одно научное исследование. Это диктует необходимость проведения научных исследований в данном направлении.

**Ключевые слова:** партнерские роды, городской родильный дом, центральная районная больница.

### Comparative aspects of partner labours in the conditions of typical city maternity hospital and the central regional hospital S.J. Vdovichenko

Obtained given (indicators of a parent traumatism, frequency and character of operative intervention and health of newborns) testify that partner childbirth is a serious reserve in frequency decrease obstetrical and perinatal pathologies not only in the conditions of city

maternity hospital, but also the central regional hospital. At the same time, arises more number discussional questions it is necessary for which decision to devote yet one scientific research. It dictates necessity of carrying out of scientific researches for the given direction.

**Key words:** *partner childbirth, city maternity hospital, the central regional hospital.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство: Теория и практика. – СПб: СОТИС, 2011. – 311 с.
2. Алешина Н. Почему муж не хочет присутствовать на родах? 7 объективных причин // <http://urology.com.ua/article5917.html> (2005)
3. Андреева Т.В. Психология современной семьи. – СПб: Речь, 2005. – 436 с.
4. Брагина Н.М. Психологическая готовность женщины к родам: актуальность проблемы // Проблемы социальной психологии XXI столетия. – Т. 1. / Под ред. Козлова В.В. – Ярославль, 2004. – С. 133–134.
5. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. – 2012. – № 1. – С. 59–68.

УДК 618.5-089.888.61-089.193.4:616.5-003.92-036.1

## Вплив рубця на матці після кесарева розтину на перинатальні результати розродження

**В.І. Гузь**

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

Проведений аналіз показав, що після повторного кесарева розтину стан новонароджених достовірно гірше, що можна пояснити значною кількістю передчасних пологів (22,0%) і високою частотою плацентарної недостатності (20,0%). Здоровими при народженні виявилися 47,0% новонароджених основної групи і 44,0% новонароджених групи порівняння. Інші новонароджені мали різну патологію, в основному поєднану. Переважали неврологічні порушення, частота яких достовірно між доношеними новонародженими обох груп не відрізнялася (17,0% і 18,0%,  $p>0,05$ ), але була вище серед недоношених дітей основної групи (30,0%). В 30,0% новонароджених при повторному кесаревому розтині спостерігали ознаки морфофункціональної незрілості, що помітно частіше, ніж в групі порівняння (16,0%), не дивлячись на відсутність достовірної різниці ( $p>0,05$ ).

**Ключові слова:** *повторний кесарів розтин, перинатальні результати.*

Впродовж останніх 15–20 років в багатьох країнах спостерігається зростання частоти кесарева розтину (КР) в 3–4 рази. Згідно з даними літератури частота операції складає від 13% до 45% [1–5].

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

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень з проблеми повторного КР, не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в плані перинатальних результатів повторного КР.

**Мета дослідження:** вивчення перинатальних результатів повторного КР.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведено проспективне дослідження 100 жінок з КР в анамнезі (1 група – основна), які спостерігалися впродовж усієї вагітності і протягом року після абдомінального розродження, а також їх новонароджені. Групу порівняння (2 група) склали 50 жінок, уперше розроджені шляхом КР та їх новонароджені. Критеріями виключення: важка екстрагенітальна патологія, корпоральний КР в анамнезі, багатоплідна вагітність.

Стан плода оцінювали за допомогою кардіомоніторного дослідження, доплерометричного дослідження кровотоку в системі мати–плацента–плід.

Вагітним жінкам трансабдомінальне УЗД проводили в I, II, III триместрах. Виконували фетометрію, плацентометрію з визначенням локалізації плаценти по відношенню до внутрішнього маткового зіву і до зони передбачуваного рубця на матці.

Відразу після народження і в ранній неонатальний період досліджували фізичний стан і неврологічний статус новонароджених.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок в 1 групі коливався від 21 до 43 років, складаючи в середньому  $32,0 \pm 5,7$  року, більше половини жінок (56,6%) знаходилася у віці 25–34 роки; у 2 групі – від 18 до 40 років, в середньому  $27,5 \pm 5,2$  року ( $p > 0,5$ ).

При аналізі екстрагенітальної патології був виявлений високий рівень захворюваності в обох групах: 58,0% жінок 1 групи і 62,0% жінок 2 групи мали будь-які хронічні захворювання. Достовірна різниця відмічена в частоті варикозного розширення вен нижніх кінцівок, яке переважало в основній групі (19,0% і 8,0%).

Гінекологічні захворювання мали місце у 59,0% жінок 1 групи і у 52,0% жінок 2 групи ( $p > 0,05$ ). Практично у кожній другій пацієнтки обох груп наголошувалися в анамнезі або носили хронічний характер інфекції, що передаються статевим шляхом. Помітно частіше в основній групі жінок зустрічався аденоміоз (10,0% і 4,0%).

У 1 групі в анамнезі одну операцію КР перенесли 75,0% жінок, дві – 20,0%, три або чотири операції – 5,0% жінок. Інтервал між попереднім КР і справжньою вагітністю склав 1–2 роки у 27,0% жінок, 3–5 років – в 30%, більше 5 років – у 43,0% жінок.

В анамнезі більш ніж в половині пацієнток основної групи (58,0%) мали місце медичні аборти, мимовільні викидні, вагітності, що не розвиваються, незрідка їх поєднання. Високий відсоток настання вагітностей протягом першого – другого року після операції (40,0%), кожна четверта з яких закінчувалася медичним абортom. Достовірного негативного впливу внутрішньоматкових втручань між операціями на перебування рубця на матці виявлено не було.

У 2 групі 30,0% жінок мали в анамнезі пологи, 70,0% були первородящими.

Серед свідчень до першого кесарева розтину в основній групі в 32,0% випадків послужили: обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез у поєднанні з віком жінки, вагітність настала в результаті допоміжних репродуктивних технологій, екстрагенітальна патологія. У останніх 68,0% випадків свідчення були скороминущими (аномалії пологової діяльності, тазове передлежання, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гостра гіпоксія плода і так далі).

Попередня операція і післяопераційний період у більшості пацієнток (92,0%) протікали без ускладнень.

Аналіз показав, що одним з найбільш частих ускладнень вагітності у жінок з КР в анамнезі була загроза переривання вагітності, яка в першій половині вагітності мала місце у кожній другій жінки, в другій – в кожній п'ятій. Частота цієї патології в I і II триместрі достовірно вище в основній групі (50,0% і 32,0%,  $p < 0,05$ ). Другим по частоті ускладненням вагітності була неспроможність нижнього сегменту матки, підтверджена на операції, склавши 28,0%. У кожній п'ятій жінки основної гру-

пи (20,0%) вагітність протікала на тлі хронічної плацентарної недостатності, тоді як в групі порівняння її частота складала лише 8,0% ( $p < 0,05$ ).

Усі обстежені жінки були розроджені шляхом КР. Техніка операції не відрізнялася від загальноприйнятої.

В основній групі в екстреному порядку було прооперовано 42,0% жінок, в плановому – 58,0%. Слід відзначити, що показанням до планового розродження в 43,0% став лише рубець на матці. Середній термін вагітності до моменту розродження в 1 групі склав  $37,2 \pm 1,7$  тиж (від 31 до 40 тиж), у 2 групі –  $39,4 \pm 0,1$  тиж (від 37 до 41 тиж). Передчасно в основній групі було розроджено 22,0% жінок, з них майже в 70% випадків приводом для дострокового КР стало підозріння на неспроможність рубця на матці, яке у 1/3 пацієнток не підтвердилося.

Методом знеболення у всіх випадках була епідуральна або спинально-епідуральна анестезія.

Усього народилося 100 дітей в 1 групі і 50 дітей в 2 групі. Велика частина дітей обох груп мала при народженні масу тіла від 3000 до 3499 г. Слід зазначити, що в основній групі жінок достовірно більше новонароджених мали масу тіла менше 3000 г (27,0% і 12,0%,  $p < 0,05$ ), що є наслідком високої частоти плацентарної недостатності і передчасних пологів.

В основній групі з усіх доношених дітей 18,0% витягували в стані асфіксії, причому в 4,0% вона мала важкий ступінь. На 5-й хвилині життя стан новонароджених покращувався, але в 7,0% зберігалася асфіксія середнього ступеня тяжкості. У підгрупі недоношених лише четверта частина дітей (25,0%) мала оцінку на 1-й хвилині 8–9 балів, останні знаходилися при народженні в стані асфіксії середнього (48,0%) або важкого (26,0%) ступеня тяжкості. На 5-й хвилині в половині передчасно народжених дітей (48,0%) зберігалася асфіксія середнього ступеня тяжкості. У групі порівняння 88,0% дітей на 1-й хвилині життя мали оцінку 8–9 балів, 12,0% дітей – 6–7 балів, на 5-й хвилині стан всіх новонароджених розцінювалося як задовільне.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, проведений аналіз показав, що після повторного КР стан новонароджених достовірно гірше, що можна пояснити значною кількістю передчасних пологів (22,0%) і високою частотою плацентарної недостатності (20,0%). Здоровими при народженні виявилися 47,0% новонароджених основної групи і 44,0% новонароджених групи порівняння. Інші новонароджені мали різну патологію, в основному поєднану. Переважали неврологічні порушення, частота яких достовірно між доношеними новонародженими обох груп не відрізнялася (17,0% і 18,0%,  $p > 0,05$ ), але була вище серед недоношених дітей основної групи (30,0%). В 30,0% новонароджених при повторному КР спостерігали ознаки морфофункціональної незрілості, що помітно частіше, ніж в групі порівняння (16,0%), не дивлячись на відсутність достовірної різниці ( $p > 0,05$ ).



### Влияние рубца на матке после кесарева сечения на перинатальные исходы родоразрешения

**В.И. Гузь**

Проведенный анализ показал, что после повторного кесарева сечения состояние новорожденных достоверно хуже, что можно объяснить значительным количеством преждевременных родов (22,0%) и высокой частотой плацентарной недостаточности (20,0%). Здоровыми при рождении оказались 47,0% новорожденных основной группы и 44,0% новорожденных группы сравнения. Остальные дети имели различную патологию, в основном сочетанную. Преобладали неврологические нарушения, частота которых достоверно между доношенными новорожденными обеих групп не отличалась (17,0% и 18,0%,  $p > 0,05$ ), но была выше среди недоношенных детей основной группы (30,0%). У новорожденных, извлеченных при повторном кесаревом сечении, в 30,0% случаев отмечались признаки морфофункциональной незрелости, что заметно чаще, чем в группе сравнения (16,0%), несмотря на отсутствие достоверной разницы ( $p > 0,05$ ).

**Ключевые слова:** повторное кесарево сечение, перинатальные исходы.

### Hem influence on uterus after cesarean section on perinatal outcomes of delivery

**V.I. Guz**

The carried out analysis has shown, that after repeated cesarean sections the condition of newborns authentically is worse than section, that it is possible to explain a significant amount of premature birth (22,0%) and high frequency of placentary insufficiency (20,0%). Healthy at a birth there were 47,0% of newborns of the basic group and 44,0% of newborns of group of comparison. Other children had a various pathology, basically complex. The neurologic infringements, which frequency authentically between newborns of both groups prevailed did not differ (17,0% and 18,0%,  $p > 0,05$ ), but was above among children of the basic group (30,0%). At the newborns taken at a repeated cesarean section, in 30,0% of cases signs morphofunctional immaturity, that much more often, than in comparison group (16,0%), despite lacking an authentic difference ( $p > 0,05$ ) were noticed.

**Key words:** a repeated cesarean section, perinatal outcomes.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. – 2012. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 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.

УДК 618.3:616.361-06

## Комплексная профилактика и лечение анемии беременных

**И.В. Дорошенко**

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

Разработаны и внедрены профилактические и лечебные схемы использования препарата холивер у пациенток с факторами риска и непосредственно с анемией беременных. Результаты проведенных клинико-лабораторных и функциональных методов исследования свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемых схем для снижения частоты и степени выраженности гестационной анемии. Полученные результаты позволяют рекомендовать предлагаемые схемы для широкого применения в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** анемия, беременность, профилактика, лечение.

В структуре всех анемических синдромов железодефицитная анемия составляет около 80% и пока нет тенденции к снижению этого показателя [2, 6]. Среди наиболее существенных факторов риска развития данной патологии выделяют младший детский возраст и гестационный период [1, 3, 5]. Несмотря на значительное число научных публикаций и сообщений по данной проблеме ее нельзя считать полностью решенной, о чем свидетельствует постоянно возрастающая частота анемического синдрома среди беременных [6]. Данные современной литературы [1–6] свидетельствуют, что ведущим принципом профилактики и лечения гестационной анемии является комплексный подход к профилактике и лечению гестационной анемии с включением фитопрепаратов, комплексов витаминов-минералов и гепатопротекторов.

Все изложенное выше послужило основанием для проведения настоящего научного исследования.

**Цель данного научного исследования:** изучение эффективности комплексного подхода для профилактики и лечения анемии гестационного периода с использованием гепатопротектора – холивера.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 150 беременных, которые были разделены на следующие группы: контрольная группа – 50 акушерски и соматически здоровых первобеременных; 1 группа – 50 беременных с факторами риска железодефицитной анемии, получавших с целью профилактики комплекс препаратов: производные эхинации, комплексы витаминов и минералов и холивер; 2 группа – 50 беременных с диагностированной железодефицитной анемией гестационного периода, получавших этот же комплекс, но холивер использовали уже по лечебной схеме. Необходимость разработки именно

двух вариантов медикаментозной коррекции обусловлена высокой частотой анемии беременных, значительным спектром различных факторов риска и необходимостью дифференцированного подхода к назначению препаратов в зависимости от основных показателей красной крови.

С целью профилактики анемии беременных холивер назначали по 1 капсуле 3 раза в день на протяжении 20 дней независимо от показателей красной крови несколькими профилактическими курсами в следующие сроки беременности: 10–14 нед; 20–24 нед и 30–34 нед беременности. Выбор именно этих сроков был обусловлен общепринятыми методологическими подходами к проведению лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от срока гестационного периода [5]. К основным факторам риска развития анемии относятся следующие: наличие сопутствующей соматической заболеваемости (тиреоидная патология и заболевания печени и желчевыводящих путей); отягощенный репродуктивный анамнез (высокий уровень искусственных и самопроизвольных абортов); длительное использование гормональных контрацептивов и наличие экологически вредных факторов в месте проживания (высокий уровень радионуклидного загрязнения; контакты с вредными химическими веществами).

При постановке диагноза гестационная анемия у беременных (цветной показатель ниже 0,85; содержание гемоглобина менее 110 г/л и уровень сывороточного железа ниже 9 мкмоль/л) дозировку препарата увеличивали в два раза, а длительность приема препарата зависела от клинико-лабораторной эффективности.

Было отдано предпочтение в качестве дополнительной терапии препарату холивер в связи с высокой эффективностью, обусловленной свойствами составляющих компонентов, в отличие от других холеретиков, обладающих и мочегонным эффектом. В состав одной капсулы препарата входят: 25 мг экстракта артишока (гепатопротекторное, дезинтоксикационное, диуретическое и холеретическое действие, а также способствует снижению уровня холестерина, кетоновых тел и мочевины в крови); 50 мг порошка куркумы (холеретическое, холекинетическое, антисептическое и противовоспалительное действие, а также снижает уровень холестерина в крови) и 25 мг желчи медицинской (холеретическое, холекинетическое и антисептическое действие, создание оптимальной среды для работы ферментов поджелудочной железы). По нашему мнению, все это в совокупности является основанием для использования данного препарата для комплексной профилактики и лечения анемии беременных у женщин с факторами риска ее развития.

Среди лабораторных методов исследования были использованы общепринятые методы (общий анализ крови, содержание сывороточного железа, белковый и углеводный обмен), а также изучение эндокринного статуса (содержание эстриола, плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, кортизола и пролактина). Из основных функциональных методов ведущее значение имели эхографические и кардиоотографические методы, позволяющие адекватно оценивать функциональное состояние фетоплацентарного комплекса.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований необходимо отметить, что в структуре основных факторов риска развития гестационной анемии среди женщин 1 группы чаще всего имели место сопутствующие заболевания печени (перенесенный вирусный гепатит в анамнезе) – 42,0%; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – 38,0%; ти-

реоксикоз – 36,0%; наличие анемии при предыдущей беременности – 34,0%; частые искусственные аборты в анамнезе – 32,0%; длительное использование гормональных контрацептивов – 28,0%; проживание на территории с высоким уровнем радионуклидного загрязнения – 22,0% и контакты с вредными химическими веществами – 14,0%. В большинстве случаев имело место сочетание одного или нескольких факторов риска развития гестационной анемии.

Профилактическое использование комплекса препаратов с включением холивера позволило только в 26,0% наблюдений развиться гестационной анемии легкой степени (гемоглобин в пределах 100–110 г/л; цветной показатель – 0,80–0,85 и содержание сывороточного железа 8–8,5 мкмоль/л. Кроме того, весьма важным моментом является и низкая частота (20,0%) развития плацентарной недостаточности с ассиметричной формой задержки внутриутробного развития плода. Преэклампсия легкой степени тяжести имела место у 8,0% пациенток и средней степени – только в 2,0%. Очень важным моментом является хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных диспептических расстройств, практически, во всех наблюдениях.

Следовательно, профилактическое использование комплекса препаратов с включением холивера у пациенток с факторами риска развития гестационной анемии позволило, в большинстве случаев, предупредить развитие этого осложнения, а также всего симптомокомплекса, являющегося следствием длительно текущей анемии во время беременности (плацентарная недостаточность и преэклампсия).

Как было уже отмечено выше, во 2 группе все пациентки получали тот же препарат с лечебной целью. Анализируя эффективность проведенной терапии необходимо, в первую очередь, отметить первый прирост содержания гемоглобина (+ 12,1 г/л) и числа эритроцитов (+ 0,5x10<sup>12</sup>) через 14 дней от начала приема препарата. В дальнейшем, спустя 28 дней, эта тенденция стала еще более выраженной (гемоглобин – + 16,2 г/л и число эритроцитов – + 0,7x10<sup>12</sup>). Кроме того, существенно снизилась и частота классических симптомов гестационной железодефицитной анемии: общая слабость (-12,0%); головкружения (-10,0%); сухость кожных покровов (-8,0%); нарушение ломкости волос и ногтей (-6,0%).

Общезвестным является тот факт, что всасывание железа зависит от нескольких факторов, среди которых имеют значение степень дефицита железа, содержание в препарате прегабитдвухвалентного железа, наличие в препарате различных веществ, усиливающих всасывание и функциональная активность кишечника. Так, если в норме (при отсутствии дефицита железа) всасывается не более 5–7% двухвалентного железа, то при латентном дефиците железа всасывание увеличивается до 15–17%, а при развитии железодефицитной анемии достигает 25–30%. Наличие в препарате холивер медицинской желчи создает благоприятные условия для всасывания железа в кишечнике и для его лабильного связывания с трансферрином. Поэтому вышеописанный комплекс следует считать более предпочтительными даже при меньшем содержании в них двухвалентного железа.

Очень важным фактом является нормализация основных показателей системного иммунитета: показатель фагоцитоза и клеточного иммунитета.

Использование лечебной схемы позволило уменьшить степень выраженности нарушений в системе мать–плацента–плод, что подтверждается результатами клинико-эхографических и эндокринологических исследований.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показатели результаты проведенных исследований, использование препарата холивер в общепринятом комплексе по предлагаемым профилактическим и лечебным схемам позволяет существенно снизить частоту и степень выраженности гестационной анемии, а также улучшить непосредственные результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

### Комплексна профілактика і лікування анемії вагітних І.В. Дорошенко

Розроблені і запроваджені профілактичні і лікувальні схеми використання препарату холивер у пацієнток з чинниками ризику і безпосередньо з анемією вагітних. Результати проведених клініко-лабораторних і функціональних методів дослідження свідчать про високу ефективність запропонованих схем для зниження частоти і ступеня вираженості гестаційної анемії. Отримані результати дозволяють рекомендувати запропоновані схеми для широкого вживання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** анемія, вагітність, профілактика, лікування.

### Complex preventive maintenance and treatment of an anemia of pregnant women I.V. Doroshenko

Preventive and medical circuits of use of preparation holiver at patients with risk factors are developed and introduced and is direct with an anemia of pregnant women. Results of the lead clinical-laboratory and functional methods of research testify to high efficiency of offered circuits for decrease in frequency and a degree of expressiveness gestation anemias. The received results allow to recommend offered circuits for wide application in practical public health services.

**Key words:** an anemia, pregnancy, preventive maintenance, treatment.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белокрыничкая Т.Е., Кузник Б.И. Новые подходы к терапии анемии гестационного периода (обмен мнениями) // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 6. – С. 13–16.
2. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 5. – С. 1234–1242.
3. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Калашникова Г.В. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 2. – С. 88–91.
4. Самородов В.Н., Горбань А.Т. Изучение и использование эхинацеи: Материалы Международной научной конференции. – Полтава, 2008. – 156 с.
5. Смирнова О.В., Чеснокова Н.П., Михайлов А.В. Железодефицитная анемия у беременных. Этиология и патогенез метаболических и функциональных расстройств // Саратовский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 30–33.
6. Шехтман М.М. Железодефицитная анемия и беременность. Клиническая лекция // Гинекология. – 2010. – № 6. – С. 1–13.

УДК 618.3-036.1-06:618.177:618.14-002-007.415

## Клинические аспекты беременности у женщин с бесплодием на фоне эндометриоза

В.И. Бойко, А.В. Ежова

Медицинский институт Сумского государственного университета

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что функциональное состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с эндометриозом в анамнезе характеризуется высоким уровнем нарушений со стороны функционального состояния плода, плаценты и объема околоплодных вод на фоне выраженных гемодинамических и эндокринологических нарушений в основном субкомпенсированного характера. Но в ряде случаев и декомпенсированными изменения, что приводит к высокой частоте оперативного родоразрешения в этой группе. Использование предлагаемой методики позволяет существенно проводить коррекцию плацентарной дисфункции и предупредить развитие серьезных акушерских и перинатальных осложнений.

**Ключевые слова:** беременность, эндометриоз.

В современных условиях генитальный эндометриоз является одной из основных причин нарушений репродуктивной функции женщин [1–8]. Частота эндометриозного повреждения органов репродуктивной системы колеблется от 20,0% до 41,3% [1, 2], а в структуре причин женского бесплодия данная патология достигает 60,0% [3, 4].

Широкое использование современных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с разной генитальной патологией позволяет восстановить нарушение репродуктивной функции [6, 7]. Кроме того применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) способствует наступлению беременности у женщин с тяжелыми вариантами гинекологической заболеваемости, к которой, безусловно, относится и генитальный эндометриоз, особенно с повреждением яичников [5, 8].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме беременности и родов у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом целый ряд научных заданий далек от решения. По нашему мнению, одной из таких задач является снижение акушерской и перинатальной патологии у женщин с эндометриозом в анамнезе. Публикации в данном направлении являются единичными, не систематизированными и носят фрагментарный характер, что не позволяет достаточно эффективно решать данную научную задачу. Все это в совокупности свидетельствует об актуальности выбранной тематики для проведения научных исследований, направленных на снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин группы высокого риска.

**Цель исследования:** снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с эндометриозом в анамнезе на основе изучения у них клинико-функциональных и эндокринологических особенностей, а также разработки алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и заданий на 1 этапе были обследованы 90 пациенток, которые были распределены на три группы:

Контрольная 1 группа – 30 гинекологически и соматически здоровых женщин репродуктивного возраста;

1 группа – 30 пациенток после лапароскопического лечения эндометриом, которые получали общепринятые реабилитационные мероприятия;

2 группа – 30 пациенток после лапароскопического лечения эндометриом, которые получали предложенную нами методику реабилитации.

Общепринятые реабилитационные мероприятия проводились в соответствии с общепринятыми рекомендациями и включали использование гестагенов (оргометрил в послеоперационном периоде в течение полугода); при тяжелых формах эндометриоза поражение дополнительно использовалось антигонадотропных препаратов (данол, даназол, дифереллин и др.).

Основными моментами предложенных нами реабилитационных мероприятий было использование антигомотоксической терапии с учетом наличия основной генитальной и сопутствующей экстрагенитальной патологии и др.).

На 2 этапе были изучены особенности течения беременности и родов у 11 пациенток с 1 группы (общепринятая методика), которые составляли подгруппу 1.1 и у 19 – из 2 группы (предложенная нами методика), которые составляли 2.1 подгруппу.

Контрольную 2 группу составляли 30 первородящих без выраженной акушерской и экстрагенитальной патологии.

Ведение беременности в подгруппе 1.1 проводилось по общепринятым протоколам МЗ Украины, а в подгруппе 2.1 с дополнительным использованием антигомотоксической терапии (коэнзим-композитум, плацента-композитум и др.).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе характеризуются в 1 половине беременности высокой частотой угрозы прерывания беременности (54,5%); обострением урогенитальной инфекции (45,5%); нарушениями микробиотоза половых путей (27,3%) и непроизвольным прерыванием беременности (9,1%). Во 2 половине основными осложнениями является плацентарная недостаточность (60,0%); гестационная анемия (50,0%); преэклампсия (30,0%) и обострение урогенитальной инфекции (20,0%).

Родоразрешение женщин с эндометриозом в анамнезе сопровождается значительным уровнем преждевременного разрыва плодовых оболочек (30,0%); преждевременных родов (20,0%); аномалий родовой деятельности (20,0%) и дистрессом плода (20,0%), что приводит к высокой частоте абдоминального родоразрешения (40,0%).

Перинатальные результаты родоразрешения женщин с эндометриозом в анамнезе характеризуются высокой частотой задержки внутриутробного развития

(30,0%); асфиксией средне тяжелой формы (20,0%) и интраамниальным инфицированием (20,0%).

В 18–20 нед беременности у женщин с эндометриозом в анамнезе появляются первые эхографические признаки плацентарной дисфункции и достоверное снижение содержания эстриола и прогестерона. В 28–30 нед в 20,0% случаев встречается задержка развития плода, появляются нарушения дыхательной и двигательной активности, происходит преждевременное созревание плаценты, достоверно снижается содержание хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена, в также появляются гемодинамические нарушения в фетоплацентарном комплексе. Перед родоразрешением все эти изменения прогрессивно растут.

Использование предлагаемого алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет предупредить непроизвольное прерывание в 1 половине беременности; снизить частоту плацентарной дисфункции в 1,9 раза; преэклампсии – в 1,9 раза; преждевременных родов – в 3,8 раза; аномалий родовой деятельности – в 1,9 раза; задержки развития плода – в 2,9 раза и внутриутробного инфицирования – в 3,8 раза.

Для практической охраны здоровья можно рекомендовать следующие моменты:

- с целью снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с эндометриозом в анамнезе необходимо дополнительное использование индивидуализируемой антигомотоксической терапии с учетом особенностей анамнеза.

- для контроля за клиническим течением беременности у женщин с эндометриозом в анамнезе следует проводить динамическую оценку клинических, эндокринологических, эхографических и доплерометрических показателей в следующие сроки беременности: 18–20 нед; 28–30 нед и перед родоразрешением.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, функциональное состояние ФПК у женщин с эндометриозом в анамнезе и получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия характеризуется высоким уровнем нарушений со стороны функционального состояния плода, плаценты и объема околоплодных вод на фоне выраженных гемодинамических и эндокринологических нарушений, в основном, субкомпенсированного характера. Однако в ряде случаев и с декомпенсациями изменениями, что приводит к высокой частоте оперативного родоразрешения в этой группе. Использование предлагаемой методики позволяет существенно проводить коррекцию развивающейся плацентарной дисфункции и предотвращать развитие серьезных акушерских и перинатальных осложнений.

### Клінічні аспекти вагітності у жінок з безпліддям на тлі ендометріозу В.І. Бойко, А.В. Єжова

Результати проведених досліджень свідчать, що функціональний стан ФПК у жінок з ендометріозом в анамнезі і тих, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи характеризується високим рівнем порушень із боку функціонального стану плода, плаценти й об'єму навколоплодових вод на фоні виражених гемодинамічних і

ендокринологічних порушень, в основному, субкомпенсованого характеру, але в ряді випадків і декомпенсованими змінами, що призводить до високої частоти оперативного розродження у цій групі. Використання запропонованої методики дозволяє суттєво проводити корекцію плацентарної дисфункції, що розвивається і запобігати розвитку серйозних акушерських та перинатальних ускладнень.

**Ключові слова:** вагітність, ендометріоз.

### Clinical aspects of pregnancy at women with barrenness against endometriosis

V.I. Boyko, A.V. Eshova

Results of the spent researches testify, that the functional condition fetoplacental complex at women with an endometriosis in the anamnesis is characterised by high level of infringements from a functional condition of a born, a placenta and volume amniotical waters against expressed haemodynamic and endocrinological infringements, in the core, the subcompensated character, but in some cases and decompensated changes that leads to high frequency operative delivery in this group. Use of an offered technique allows to spend essentially correction of placentary dysfunction and to warn development serious obstetrical and perinatal complications.

**Key words:** pregnancy, barrenness, an endometriosis.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Л.В. Адамьян, Е.Н. Андреева // Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 2007. – 30 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей. / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2007. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2008. – 452 с.
5. Біль І.А. Клініко-морфологічні та імуногістохімічні особливості експресії рецепторів естрогенів і прогестерону при лейоміомі, ендометріозі матки та їх поєднанні / І.А. Біль // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – № 1. – 2009. – С. 106–108.
6. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3 (23). – С. 72–76.
7. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – № 1. – 2010. – С. 85–86.
8. Вихляева Е.М. Эндометриоз: Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов. – М.: МИА. – 2012. – С. 487–570.

УДК 618.36-008.6-06:616.14-007.63

## Особенности патогенезу плацентарной дисфункции у вагитных з варикозною хворобою

О.М. Іщак

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 оцінкою 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 корегувати алгоритм лікувально-профілактичних заходів, а також тактику ведення вагітності і пологів.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, варикозна хвороба.

Дослідження останніх років показали, що частим проявом варикозної хвороби (ВХ) у вагитних є варикоз вен малого тазу, виявлений у вигляді випадкових знахідок при кесаревому розтині, а також варикозне розширення вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів [1–3].

Ряд авторів [4–5] свідчать про високу частоту виявлення у породілей екстазії венозних судин малого тазу, що, на їх думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, що страждають 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 є 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 показ-

ники перинатальної захворюваності. Не викликає сумнівів той факт, що необхідний комплексний підхід до вивчення артеріального і венозного кровообігу малого тазу під час вагітності.

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

**Мета дослідження:** вивчення особливостей патогенезу ПД при ВХ у вагітних без і за наявності ПД.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

Контрольна (50 випадків). Вагітність у пацієнток даної групи перебігала 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 1 групу, яку представили 50 вагітних зі ВХ і ПД. 2 група – 50 вагітних із ВХ і без ознак ПД.

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

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

Визначення рівня гомоцистеїну (ГЦ) і фібрoneктину людини (ФН) в плазмі венозної крові пацієнток було проведено 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 щодо розвитку дистресу 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 розробленні 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 ( $p < 0,05$ ). Поважно відзначити, що між собою групи пацієнток, що мали ВХ з або без ПД по даному показнику не відрізнялися. Цікаво, що в групі контролю була лише 1 (2,0%) пацієнтка з показником ПЛ на нижньому кордоні лабораторної норми, тоді як в основних групах таких вагітних було істотно більше: 84,0% і 66,0% в 1 і 2 групі відповідно. Ні у одній групі не виявлено підвищення рівня ПЛ, що пов'язане із строгими критеріями виключення, описаними раніше. Привертає увагу, що рівень зниження ПЛ в 1 групі безпосередньо корелював з вираженістю доплерометричних показників і КТГ ( $r = 0,2$ ), при цьому так само виявлявся у пацієнток 2 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 і 2 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, включеної в дослідження. При цьому зниження ЕЗ діагностовано в 76,0% і 64,0% пацієнток в 1 і 2 групі відповідно, і не виявлено в контрольній групі.

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

При аналізі 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 були оцінені 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 з 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 складав в середньому  $693,9 \pm 50$  мг/л. У 2 групі вагітних з ВХ без ПД концентрація ФН була підвищена у 36,0% пацієнток, і складала в середньому  $701,59 \pm 38$  мг/л. Тоді як в групі контролю дані показники склали  $460,28 \pm 25$  мг/л, і підвищення наголошувалося лише в 10,0% вагітних ( $p < 0,05$ ).

При аналізі концентрації ГЦ в плазмі венозної крові у вагітних з ВХ, а також з аналогічним захворюванням і ПД підвищення рівня ГЦ виявляли 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, так і 2 груп в порівнянні з контрольною ( $p < 0,05$ ), проте, при цьому, підвищення не досягало критичних значень, і в цілому не перевищувало 10 мкмоль/л.

Цікавим є той факт, що не було виявлено випадків зниження ФН, яке буває при гострих процесах тромбемії і вираженій гіперкоагуляції. Грунтуючись на от-

риманих даних можна говорити про вплив варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (ВХВНК) на розвиток невираженої системної дисфункції ендотелію, яка на молекулярному рівні зачіпає і плаценту, незалежно від наявності у пацієток клінічних проявів ПД.

Аналізуючи показники системи гемостазу, було виявлено статистично недостовірне підвищення активності в плазмовій ланці гемостазу і також в тромбоцитарній. Проте зміни носили клінічно значимий характер, і піддавалися корекції.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність комплексного оцінювання 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.

#### Особенности патогенеза плацентарной дисфункции у беременных с варикозной болезнью

*О.Н. Ищак*

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 скорректировать алгоритм лечебно-профилактических мероприятий, а также тактику ведения беременности и родов.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, варикозная болезнь.

#### Features of patogenesis at placental dysfunction at pregnant women with varicose illness

*O.N. Ishak*

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, 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. Проскураева О.В. Допплерография в гинекологии /Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2009. – 133–144 с.

## Современные аспекты прогнозирования аномалий родовой деятельности

*В.И. Бойко, Н.А. Кобылецкая*

Медицинский институт Сумского государственного университета  
МОН Украины

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

**Ключевые слова:** аномалии родовой деятельности, прогнозирование.

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

Одним из основных вариантов АРД является слабость родовой деятельности (СРД), лечение и профилактика которой вызывает определенные трудности [3, 4]. Недостаточная изученность патогенетических механизмов развития АРД и СРД чрезвычайно затрудняет возможность целенаправленного прогнозирования, а, следовательно, и профилактики этих осложнений родового акта.

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме АРД и СРД нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане возможности прогнозирования этого серьезного осложнения.

**Цель исследования:** разработка и оценка эффективности методики прогнозирования СРД на основании изучения клинических и дополнительных методов исследования.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На наш взгляд, самым простым и доступным для лечебного учреждения любого уровня подходом к прогнозу развития СРД остается подход, основанный на анализе данных общего и акушерско-гинекологического анамнеза, а также клинических данных, полученных при общем и акушерском осмотре (клинико-anamnestический подход).

Для решения поставленной цели нами было проведено клинико-функциональное обследование 50 пациенток с физиологической (1 группа) и 50 – с патологической родовой деятельностью (2 группа).

При этом было выявлено очень небольшое количество статистически значимых отличий: ожирение, анемия, крупный плод, многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод, «незрелая» шейка матки на момент начала родов.

Методом корреляционного и множественного регрессионного анализа была предпринята попытка установить влияние перечисленных ниже (всего 58) факторов (и определение силы этого влияния) на возможность развития СРД:

- возраст роженицы, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, заболевания желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы, заболевания дыхательной системы, эндокринопатии, ожирение;

- возраст менархе, время становления менструального цикла, продолжительность менструации, количество теряемой менструальной крови, болезненность менструации, аборт и выкидыши в анамнезе, лейомиома матки, заболевания шейки матки, эндометриоз, эндометрит, кольпит, аднексит, внематочная беременность, дисфункция яичников, бесплодие;

- ранний токсикоз, угроза прерывания беременности в I триместре, угроза прерывания беременности во II и III триместрах, преэклампсия;

- многоводие, маловодие, хроническая гипоксия плода, вес плода, пол плода;

- дородовое излитие околоплодных вод, степень «зрелости» шейки матки по шкале Bishop. Анализ перечисленных выше анамnestических и клинических признаков с целью прогнозирования вероятности развития СРД включал в себя следующие этапы:

- выявление зависимости между развитием СРД и рассматриваемыми клинико-anamnestическими факторами;

- определение вероятности развития СРД для каждого из выявленных факторов риска;

- прогнозирование развития СРД на основании совокупности выделенных факторов риска.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного анализа были выявлены следующие факторы, влияющие на развитие СРД (табл. 1).

Как видно из табл. 1 имеет место корреляционная зависимость средней силы между СРД и «зрелостью» шейки матки, связь СРД с остальными параметрами слабая.

На основании выявленных факторов риска становится возможным прогнозирование развития СРД.

При анализе абсолютных и относительных показателей связи СРД и возможных факторов риска (номинальные признаки) также обнаружено, что решающую роль в момент начала родов играет степень «зрелости» шейки матки, весовой коэффициент данного фактора наибольший. Следовательно, при оценке относительных показателей связи СРД и возможных факторов риска основную прогностическую «нагрузку» несет «зрелость» шейки матки, однако, шансы развития данного осложнения родового акта оцениваются при «незрелой» шейке матки как сомнительные. Значимость остальных факторов риска еще ниже – маловероятные либо практически отсутствуют (табл. 2).



Таблица 1

**Клинико-анамнестические факторы, влияющие на развитие СРД  
(ранговая корреляция Spearman)**

Факторы	Spearman R	t (N-2)	p-level
Хроническая артериальная гипертензия	0,127	2,535	0,012
Ожирение	0,166	3,343	0,001
Гемоконцентрация	0,167	3,339	0,002
Преэклампсия	0,106	2,109	0,036
Многоводие	0,133	2,656	0,008
Крупный плод	0,115	2,288	0,023
"Зрелость" шейки матки	0,303	6,288	0,000...
Патологический прелиминарный период (ППП)	0,140	2,805	0,005

Примечание: R – коэффициент корреляции Spearman; t – критерий Student; p-level – уровень значимости.

Таблица 2

**Факторы риска СРД**

Фактор	СРД: есть фактор		СРД: нет фактора		Абсол. разность рисков	Отнош. шансов
	риск	шанс	риск	шанс		
Хроническая артериальная гипертензия	0,79	3,8:1	0,48	0,9:1	0,31	4,2
Ожирение	0,60	1,5:1	0,41	0,7:1	0,19	2,2
Гемоконцентрация	0,61	1,7:1	0,42	0,8:1	0,21	2,5
Крупный плод	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
"Зрелость" шейки матки	0,81	5,2:1	0,45	0,8:1	0,36	6,3

Итак, можно выделить следующие факторы риска СРД (при наличии каждого из которых шансы развития СРД оцениваются хотя бы как «маловероятные», то есть 2:1 и выше), действительно значимым из которых является только «незрелая» шейка матки:

- «незрелая» шейка матки;
- хроническая артериальная гипертензия;
- ППП;
- крупный плод.

В клинической практике приходится рассматривать совокупное, а не индивидуальное влияние факторов риска на возможность развития патологического состояния.

Таблица 3

**Результаты логистического регрессионного анализа, отражающего совокупное влияние факторов риска на развитие СРД**

Факторы риска	Регрессионные коэффициенты
Константа ВО	-17,53
Хроническая артериальная гипертензия	2,12
Ожирение	1,02
Гемоконцентрация	0,97
Крупный плод	1,80
ППП	1,56
"Незрелая" шейка матки	1,59

Поэтому с целью построения статистической модели для прогнозирования вероятности развития СРД по имеющимся факторам риска (то есть рассматриваем совокупность признаков) был применен множественный логистический регрессионный анализ (табл. 3).

С целью прогнозирования вероятности развития СРД на основании выявленных факторов риска методом логистического регрессионного анализа была разработана следующая модель:

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

Где  $Y = \ln(P/1-P)$ ,  $p$  – это вероятность развития СРД

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

$X_1$  – хроническая артериальная гипертензия;

$X_2$  – ожирение;

$X_3$  – гемоконцентрация;

$X_4$  – крупный плод;

$X_5$  – патологический прелиминарный период;

$X_6$  – «незрелая» шейка матки.

Для модели в целом  $p < 0,000$ .

Интересно, что при оценке совместного влияния факторов риска на вероятность развития СРД, на первое место выходит фактор «хроническая артериальная гипертензия» (при рассмотрении же влияния этих факторов по отдельности он занимает второе место после «незрелой» шейки матки).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, при СРД не было выявлено «ярких» клинико-анамнестических факторов. Однако, основываясь на разработанной нами модели, дородовая профилактика СРД представляется действенной: хроническая артериальная гипертензия; гемоконцентрация; ППП – возможные точки приложения профилактических мероприятий. Предлагаемая методика прогнозирования является простой и общедоступной для практического здравоохранения.

### Сучасні аспекти прогнозування аномалій пологової діяльності

**В.І. Бойко, Н.А. Кобилецька**

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

**Ключові слова:** аномалії пологової діяльності, прогнозування.

### Modern aspects of forecasting 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:** weakness of patrimonial activity, forecasting.

### 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. асоц. акуш.-гин. – 2010. – № 4. – С. 76–79.
4. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» // Вестн. Рос. асоц. акуш.-гин. – 2011. – № 4. – С. 78–82.

УДК 616.62-008.222/.223:616-018.2-007.17

## Нетримання сечі під час вагітності – як наслідок недиференційованої дисплазії сполучної тканини

**А.Л. Костюк**

Вінницький національний медичний університет  
ім. Н.І. Пирогова МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль недиференційованої дисплазії сполучної тканини в розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів. Це підтверджується вивченими клінічними аспектами даної патології, а також негативним впливом на якість життя. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при нетриманні сечі у жінок під час вагітності і після розродження.

**Ключові слова:** якість життя, нетримання сечі, недиференційована дисплазія сполучної тканини.

Якість життя жінок репродуктивного віку визначається багатьма чинниками. Вагітність і пологи є фізіологічними процесами, але значно впливають як на функцію окремих органів, так і на організм жінки в цілому і незрідка сприяють появі різних симптомів, що знижують якість життя. Таким є маніфестація нетримання сечі (НС) під час вагітності і після пологів.

Багатьма дослідниками доведено, що переважне число жінок, що страждають на НС, мали в анамнезі вагітності і пологи [1–7]. Частота НС у вагітних, за даними різних авторів, від 12% до 74% [2, 3]. Частота виникнення НС після перших пологів – від 24% до 29% [4, 5]. Відзначено, що в частини жінок контроль над утриманням сечі відновлюється спонтанно протягом декількох тижнів або місяців після пологів, проте, за даними дослідження EPINCONT (2009), у 42% жінок цієї групи протягом 5 років розвивається стійке стресове НС, а серед жінок, що відзначають навіть рідкі і поодинокі епізоди НС, які зберігаються після пологів, стресове НС розвивається протягом 5 років в 92% випадків [6, 7].

Вплив НС на якість життя коливається від значного до руйнівного [1–7]. Духовні і фізичні страждання хворих стимулюють акушерів-гінекологів і урологів до спільного пошуку причин НС у жінок, диференційованому розробленні індивідуальних методів профілактики, вдосконаленню діагностики і лікування цієї патології.

У вітчизняній літературі не має належного освітлення даних про частоту маніфестації симптомів НС під час вагітності і після пологів. У багаточисельних роботах, що вивчають чинники ризику НС, не зустрічаються узагальнення, що дозволяють прогнозувати ризик розвитку НС під час вагітності і після пологів, виділити групи ризику.

Надзвичайно висока частота симптомів НС під час вагітності і після пологів з подальшим стійким НС у жінок репродуктивного віку є підставою для справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** вивчити вплив недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДЗТ) у жінок з НС на якість їх життя.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений попередній опит, за результатами якого було виділено 51 пацієнтку із скаргами на НС, які склали основну групу.

Верифікація діагнозу, визначення типу НС 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 НС. Надалі, на підставі статистичного оброблення даних про спадковість, акушерського, гінекологічного, соматичного анамнезу, були виділені чинники ризику розвитку НС під час вагітності і після пологів з оцінкою кожного з чинників. У дослідженні розглядається вплив НДЗТ при НС під час вагітності на якість життя пацієнток.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед 51 пацієнтки основної групи з маніфестацією сечової інконтиненції в 71,1% випадках НС вперше з'явилося після пологів, в 28,9% – перші симптоми спостерігалися вже під час вагітності і продовжувалися після пологів. До групи порівняння увійшли 50 жінок, що не мають розладів сечовипускання під час вагітності і після пологів.

Усі жінки були репродуктивного віку, від 18 до 42 років. Середній вік в основній групі був достовірно вище і склав  $30,8 \pm 6,6$  року, в групі порівняння –  $25,4 \pm 5,4$  року ( $p < 0,05$ ).

Під час огляду хворих основної групи оцінювали стан шкірних покривів, особливості конституції і жирового обміну, аналізували надбавка маси тіла за час вагітності.

При вивченні особливостей статури і жирового обміну у хворих основної групи виявлено, що індекс маси тіла (ІМТ) коливався від 19 до 41, але у більшості (76,5%) знаходився в межах нормальних значень – від 19 до 30. Порушення жирового обміну відмічені у 23,5% жінок: у 12,7% пацієнток – I ступінь ожиріння, у 8,3% – II ступінь і лише у 2,4% – III ступінь. Ні у однієї хворої не виявлений дефіцит маси тіла. Надбавка за час вагітності склала в середньому  $10,7 \pm 3,2$  кг, що не перевищує нормальних величин.

До шкірних проявів НДЗТ відносяться тонка, гіпереластична шкіра, велика кількість пігментних або депігменттованих плям, веснянок, родимок. Характерне утворення келоїдних рубців, рубців типу «цигаркового паперу», відсутність стрий після вагітності і пологів. В той же час, у випадках, коли НДЗТ супроводжується гіпоталамічним синдромом (ГС), у хворих спостерігаються широкі, рожеві або багрові смуги розтягування, що бліднуть у міру збільшення терміну дебюту ГС.

Виявлено, що 77,4% пацієнток основної групи відбулися зміни шкірних покривів, характерні для синдрому НДЗТ, з них у 42,4% відзначено 2 і більш змін.

### Якість життя пацієнток з НС

Критерії шкали	Оцінка	Відповідь "так", n=51
Незначна проблема, що не впливає на повсякденне життя	1 бал	8,0%
Дисконфорт, що періодично впливає на повсякденне життя	2 бали	16,0%
Виражена рецидивуюча проблема, що впливає на повсякденне життя	3 бали	48,2%
Виражена проблема, що постійно впливає на повсякденне життя	4 бали	24,1%
Дуже виражена проблема, що постійно впливає на повсякденне життя	5 балів	6,0%

Усіх пацієнток основної групи на підставі критеріїв ступеня вираженості синдрому НДЗТ були розподілені за ступенем тяжкості. При цьому легкий ступінь НДЗТ (до 9 балів) виявлений у 68,2% пацієнток; середній ступінь тяжкості НДЗТ (10–16 балів) – у 28,4% жінок і важкий ступінь (понад 17 балів) – у 3,4%.

Усім пацієнткам основної групи було запропоновано оцінити свій стан і якість життя за шкалою D. Barlow (1997) [6]. Результати представлені в таблиці.

Середній бал за шкалою D. Barlow склав  $3,03 \pm 0,29$ .

Лише 8,0% жінок основної групи відносяться до появи після пологів симптомів НС як до незначної проблеми, що не впливає на повсякденне життя. Удвічі більше (16,0%) – кожна шоста – вважають НС дискомфортом, що періодично впливає на повсякденне життя.

Оцінюють НС, як виражену і дуже виражену проблему 78,4% пацієнток – дві третини жінок основної групи, причому 30,2% – кожна третя, вважає, що НС постійно впливає на їх повсякденне життя.

Проте, до лікаря на момент проведення нашого дослідження, не звернулася жодна пацієнтка, вважаючи НС неодмінним наслідком вагітності і пологів і сподіваючись на самовиліковування.

Таким чином, проведеним дослідженням показано, що пацієнтки основної групи достовірно частіше були старші 26 років, мали обтяжений гінекологічний і акушерський анамнез, ускладнення вагітності і пологів, екстрагенітальні захворювання, що є клінічними проявами синдрому НДЗТ, обтяжену спадковість. Наявність НС у жінок основної групи підтверджена урогінекологічним обстеженням, функціональними пробами, ультрасонографічним дослідженням. Крім того, серед хворих основної групи з високою частотою виявлені явища неспроможності тазового дна, варикозне розширення вен малого тазу, понижений рівень сироваткового магнію, а так само такі зовнішні фенопічні ознаки НДЗТ, як стигми дизембріогенезу, синдром ГМС, зміни шкірних покривів. Проведена оцінка діагностичної і прогностичної цінності виявлених чинників ризику з метою розробки методу прогнозування ризику НС під час вагітності і після пологів.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про істотну роль недиференційованої дисплазії сполучної тканини в розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів. Це підтверджується вивченими нами клінічними аспектами

даної патології, а також негативним впливом на якість життя. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при нетриманні сечі у жінок під час вагітності і після розродження.

**Недержание мочи во время беременности – как следствие недифференцированной дисплазии соединительной ткани**  
**А.Л. Костюк**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается изученными нами клиническими аспектами данной патологии, а также негативным влиянием на качество жизни. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родоразрешения.

**Ключевые слова:** качество жизни, недержание мочи, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

**Incontinence of urine during pregnancy – as consequence not differentiated dysplasia of connecting fabric**  
**A.L. Kostjuk**

Results of the spent researches testify to an essential role not differentiated dysplasia of connecting fabric in development of an incontinence of urine during pregnancy and after the delivery. It proves to be true the clinical aspects of the given pathology studied by us, and also negative influence on quality of life. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at an incontinence of urine at women during pregnancy and after delivery.

**Key words:** quality of life, the urine incontinence, not differentiated dysplasia of connecting fabric.

**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. Мирионков // 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. Краснопольский, 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. Слинговые операции в лечении стрессового недержания мочи у женщин / Е.Ф. Кира, А.А. Безменко // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С.

УДК 618.5-02:618.36

**Вплив розташування плаценти на клінічний перебіг пологів**

**С.А. Куріцина**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що атипове розташування плаценти є безпосередньою причиною важких ускладнень вагітності і пологів: передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, кровотеч, гострої гіпоксії плода, аномалій пологової діяльності, аномалій прикріплення плаценти і значної частки оперативних втручань і гістеректомій (12,8%).

**Ключові слова:** аномальне розташування плаценти, пологи.

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 частини 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, стан плода і новонародженого при АРП залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей перебігу пологів 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.

Контрольну групу становили 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, вирішили за доцільне ділення варіантів міграції плацентажії відносно внутрішнього зіву шийки матки.

Були виділені 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 вищий внутрішнього зіву).

Вік вагітних основної і контрольної групи вагався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи (р<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±3,9 року, в основній – 29,4±6,6 року.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в 47,3% вагітних з АРП пологи були мимовільними; операції кесарева розтину виконано у 52,7% пацієнток: у всіх 29 пацієнток при передлежаннях, в 32 з 55 (58,2%) – з низькою плацентациєю і в 17 з 64 (26,6%) – з мігруючою плацентою. Отже, більш ніж в половині жінок основної групи пологи були оперативними (р<0,001). Звертає увагу частота (р<0,001) операцій кесарева розтину в групі жінок з передлежанням плаценти і серед вагітних з неповною міграцією (низькою локалізацією) плаценти.

Своєчасних пологів у пацієнток з аномаліями плацентациї було 74,3%, передчасних – 25,7%. Найбільша частота (р<0,001) передчасних пологів серед спостережуваних з передлежанням плаценти (12 – 41,4%) і низьким її розташуванням (18 – 32,7%). Передчасні пологи у жінок з повною міграцією плаценти спостерігалися в 8 (12,5%) випадках (р<0,01).

В основній групі проведений аналіз частоти передчасних пологів залежно від характеру дозрівання плаценти, варіанту її розташування і форми затримки розвитку плода (ЗРП). У кожній третій жінки з передлежанням плаценти, порушеним процесом її дозрівання і ЗРП спостерігалися передчасні пологи в терміні 28–37 тиж. При низькому розташуванні плаценти, порушенні дозрівання плаценти і ЗРП передчасні пологи в 28–30 тиж відбулися у 3 (20,0%) жінок, в 31–33 тиж – в 1 (6,7%), в 34–37 тиж – в 11 (73,3%) вагітних. При мігруючій плаценті передчасні пологи у 5 (83,3%) жінок з порушенням процесу її дозрівання і ЗРП сталися в терміні 34–37 тиж і в одному випадку (16,7%) – в 31–33 тиж вагітності.

Симетрична форма ЗРП виявлена у 6 (4,1%) жінок, асиметрична – у 19 (12,8%) пацієнток основної групи. Проведений аналіз частоти передчасних пологів залежно від порушення дозрівання плаценти і форми ЗРП. При дозріванні плаценти і ЗРП асиметричної форми, що запізнилося, передчасні пологи спостерігалися, в основному, в 34–37 тиж. вагітності у вагітних з низьким розташуванням (р<0,001) і міграцією плаценти (р<0,05). При передчасному дозріванні плаценти і ЗРП симетричної форми вагітність уривалася в 28–33 тиж терміні у жінок з передлежанням плаценти і низьким її розташуванням (р<0,001), в терміні 31–33 тиж вагітності – з міграцією плаценти і низькою плацентациєю (р>0,05).

Отже, переривання вагітності в 28–33 тиж є наслідком прогресуючої плацентарної дисфункції (ПД) при передчасному дозріванні плаценти і супроводжується розвитком симетричної форми ЗРП. Ця форма виявлена у жінок лише з передчасним дозріванням плаценти, асиметрична – при її запізнілому дозріванні, тобто особливості дозрівання плаценти при аномаліях її положення надавав безперечний вплив на виникнення ЗРП (симетричної/асиметричної форми).

В основній групі передчасних пологів було 38 (25,7%). З них 25 (65,8%) сталися у жінок з передчасним дозріванням плаценти і супроводжувалося ЗРП плода; 13 (34,2%) пологів були в 34–37 тиж вагітності у пацієнток з запізненим дозріванням і не супроводжувалося ЗРП. Отже, передчасні пологи виникають на тлі передчасного дозрівання плаценти, що запізнилося. При приєднанні ЗРП, особливо симетричної форми, вагітність переривається на ранніх термінах. Зміни в плаценті, пов'язані з порушенням дозрівання ворсин хоріону, призводять до розвитку ПД, що, у свою чергу, грає важливу роль в розвитку передчасних пологів і прогресі ступеня тяжкості ЗРП.

Відзначено значне число ускладнень в пологах у жінок з АРП, особливо при передлежаннях і низькому розташуванні плаценти порівняно з даними контрольної групи. При повній міграції плаценти число ускладнень в пологах менше (0,95 на одну жінку), ніж при передлежаннях і низькому положенні плаценти (3,33 і 3,18 відповідно), проте вище чим в контролі (0,12). Серед ускладнень необхідно виділити передчасне відшарування плаценти, кровотеча і дистресс плода, які служили свідченням для оперативного розродження.

У пацієнток з АРП часто (34,4%; р<0,001) виникають аномалії пологової діяльності (АРД), при цьому характер змін пологової діяльності залежить від варіанту плацентациї. Так, для низького розташування плаценти характерні швидкі пологи (35,6%; р<0,01); дискоординація пологової діяльності спостерігалася у 6 (13,3%) жінок; а первинна слабкість пологової діяльності – у 2 (4,4%). Для міграції плаценти характерні дискоординація і первинна слабкість пологової діяльності (відповідно 15,3% і 11,9%; р<0,01), швидкі пологи спостерігалися у 2 (3,4%) жінок. Звертає увагу значна частота передчасного розриву плодових оболонок – 39 (32,0%) випадків в основній групі, що найчастіше зустрічається у жінок з низьким розташуванням плаценти (53,3%; р<0,001) і її міграцією (23,7%; р<0,01).

Серйозним ускладненням є щільне прикріплення плаценти, яке виявлене у 4 (22,2%) жінок з передлежанням плаценти, у 3 (6,7%) – з низьким її розташуванням і у 2 (3,4%) – з міграцією плаценти. Ускладнення пологів призвели до інтранатальної загибелі плода у 2 (1,6%) спостереженнях – при передлежаннях плаценти і низькому її розташуванні.

Таким чином, пацієнтки з АРП є групою високого ризику щодо виникнення ускладнень в пологах, найбільш частими є невідкладні ситуації при передлежаннях і низькому розташуванні плаценти, а варіант завершеної міграції плаценти ще не виключає вірогідності ускладнених пологів.

Менша тривалість пологів фіксувалася у жінок з низькою локалізацією плаценти і не залежала від того, першими (р<0,05) або повторними (р<0,01) вони були, що пояснюється найбільшим числом швидких пологів в цій підгрупі. Тривалішими пологи були при міграції плаценти (р<0,05), відображаючи слабкість і дискоординацію пологової діяльності.

Середня крововтрата в пологах достовірно вище у пацієток з АРП ( $p < 0,001$ ) порівняно з даними контрольної групи. Це обумовлено великою значимою долею передчасного відшарування низько розташованої плаценти (62,2%), а також виникненням АРД (53,3%) у вигляді швидких і дискоординованих пологів (35,6% і 13,3% відповідно).

У жінок основної групи в пологах значне число оперативних втручань – 1,20 на одну жінку, а в контролі – 0,13. Переважали операції кесарева розтину (52 – 42,6%) розтину промежини (56 – 45,9%), амніотомії (25 – 20,5%).

Більш ніж в половині жінок основної групи (52,7%) пологи були оперативними: у всіх (100%) з передлежанням, в 32 (58,2%) – з низькою плацентацією і в 17 (26,6%) – з мігруючою плацентою. З 78 операцій кесарева розтину 52 (66,7%) виконані в екстреному порядку: у всіх жінок з передлежанням плаценти, в 22 (48,9%) – з низькою плацентацією ( $p < 0,001$ ), при повній міграції плаценти – в 12 (20,3%) випадках ( $p < 0,001$ ). При цьому свідченням з'явилися невідкладні ситуації при передлежанні і низькому розташуванні плаценти (відшарування плаценти, кровотеча, прогресуюча гіпоксія плода).

Ручне відділення плаценти і виділення посліду вироблялося з приводу часткового/повного щільного прикріплення плаценти, ручне обстеження стінок матки – з приводу дефекту посліду і пограничного ступеня крововтрати. У зв'язку з ускладненим перебігом пологів (кровотечі, гостра гіпоксія плода, АРД) у пацієток з атиповою плацентацією виконана значна доля ( $p < 0,001$ ) амніотомії і розтинів промежини. При низькій плацентації амніотомія і розтин промежини виконувалися достовірно частіше ( $p < 0,01$ ).

Основними свідченнями для операції кесарева розтину в плановому порядку у вагітних з аномально розташованою плацентою були рубець на матці – 23,1%, міома матки – 15,4%, поперечне положення плода – 11,5%. Частіше при міграції плаценти (завершений і незавершений варіант) кесарів перетин вироблено в плановому порядку у жінок з низькою плацентацією ( $7,1 \pm 3,1$  і  $18,2 \pm 5,2$  відповідно;  $p < 0,01$ ).

Щільне прикріплення плаценти у пацієток основної групи мало місце в 16 (10,8%) спостереженнях, серед варіантів якого дійсний її приріст виявлений в 7 (4,7%) випадках. В цілому щільне прикріплення плаценти найчастіше виявляється при передлежанні плаценти – 27,6%) і низькому її розташуванні – 10,9%. При міграції плаценти виявлено лише часткове щільне прикріплення плаценти в пологах у 2 (3,1%) жінок.

У контрольній групі вироблена одна операція кесарева розтину з приводу клінічного вузького тазу, крововтрата склала 600 мл Під час операції кесарева розтину при АРП величина середньої крововтрати була вища ( $p < 0,05$ ) у жінок з передлежанням і низькою плацентацією, чим у пацієток із завершеним процесом міграції.

### ВИСНОВКИ

Отже, аналіз перебігу гестаційного періоду і результату пологів показав, що атипове розташування плаценти є безпосередньою причиною важких ускладнень вагітності і пологів: передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, кровотеч, гострої гіпоксії плода, АРД, аномалій прикріплення плаценти; значної частки оперативних втручань і гістеректомій (12,8%).

### Влияние расположения плаценты на клиническое течение родов С.А. Курицина

Результаты проведенных свидетельствуют, что атипичное расположение плаценты является непосредственной причиной тяжелых осложнений беременности и родов: преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, кровотечений, острой гипоксии плода, аномалий родовой деятельности, аномалий прикрепления плаценты и значительной доли оперативных вмешательств и гистерэктомий (12,8%).

**Ключевые слова:** аномальное расположение плаценты, роды.

### Influence of an arrangement of a placenta on a clinical current of delivery S.A. Kuritsina

Results of the spent testify that the atypical arrangement of a placenta is an immediate cause of heavy complications of pregnancy and delivery: premature отслойка normally located placenta, bleedings, sharp hypoxia of fetus, anomalies of patrimonial activity, anomalies of an attachment of a placenta and a considerable share of operative interventions and hysterectomy (12,8%).

**Key words:** an abnormal arrangement of a placenta, delivery.

### 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.

## Особенности патогенеза анемического синдрома у беременных

С.Н. Сергиенко, О.А. Лезникова

Луганский государственный медицинский университет МЗ Украины

**Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли сывороточного ферритина в патогенезе анемического синдрома у беременных во всех триместрах гестации. Установленные особенности патогенеза анемического синдрома необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.**

**Ключевые слова:** анемический синдром, патогенез.

Анемический синдром во всем мире остается серьезной проблемой экстрагени-А тальной патологии в акушерстве, несмотря на обилие методов лабораторной диагностики и широкий выбор препаратов железа на мировом фармацевтическом рынке. Технические и финансовые трудности, препятствующие оценке метаболизма железа в больших популяциях, не позволяют получить точные статистические данные о распространенности дефицита железа. В тоже время можно полагать, что частота встречаемости дефицита железа намного превышает распространенность анемии. Это означает, что даже в странах с развитой экономикой у большинства женщин к началу беременности запасы железа не могут удовлетворять возросшей потребности, связанной с увеличением глобулярного объема в материнском организме и с развитием плодово-плацентарного комплекса [1–4].

Даже в экономически стабильных странах, имеющих благоприятные социально-экономические условия, изобилие продуктов питания и доступную медицинскую помощь, частота встречаемости железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных составляет 22,7% [1–4]. В развивающихся странах этот показатель доходит до 52%, а в странах СНГ занимает промежуточное положение – 40–45%.

Высокая частота анемии у беременных и возможные осложнения (повышение перинатальной смертности, задержка развития плода, дистресс плода, неонатальная асфиксия, аномалии родовой деятельности и др.) делают данную проблему чрезвычайно актуальной и требуют углубленного изучения патогенеза анемического синдрома, а также совершенствования методов лабораторной диагностики, направленных на своевременную профилактику и лечение анемии беременных.

**Цель исследования:** изучение роли сывороточного ферритина (СФ) в патогенезе анемического синдрома у беременных.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели в исследование были включены 335 беременных, которые соответствовали критериям включения и исключения. Информиро-

ванное согласие на обследование и лечение было получено у всех женщин перед включением их в исследование.

Критериями включения пациенток в исследование являлись:

- срок беременности от 7 нед;
- анемический синдром легкой и умеренной степени ( $70 \text{ г/л} < \text{НБ} < 109 \text{ г/л}$ );
- отсутствие приема препаратов железа во время настоящей беременности;
- согласие больных на включение в группу исследования.

Пациентки исключались из исследования при наличии у них хотя бы одного из нижеперечисленных условий:

- нарушение усвоения железа (сидероахрестическая анемия, свинцовая анемия, пернициозная анемия, гемолитическая анемия);
- заболевания печени, хронический панкреатит, бронхиальная астма, экзема;
- преэклампсия, плацентарная дисфункция;
- прием антацидов, витаминов с микроэлементами, препаратов железа;
- патология системы гемостаза;
- отказ пациента от лечения и выполнения предписаний врача.

По результатам прохождения обследования все пациентки были разделены на две категории:

Основная группа – 275 женщин, страдавших анемическим синдромом в I, II и III триместрах беременности;

Группа контроля – 60 женщин с физиологическим течением беременности и нормальными показателями концентрации гемоглобина, числа эритроцитов в периферической крови и обмена железа, у которых в анамнезе не зафиксировано хронических инфекционных и аутоиммунных заболеваний.

При формировании групп исследования выяснено, что у части беременных с анемическим синдромом фактически отсутствовали данные о наличии дефицита железа, связанного с избыточными кровопотерями, нарушением всасывания железа в системе пищеварения и другими факторами, влияющими на запасы железа в организме. Вместе с тем у этих пациенток отмечена высокая частота инфекционно-воспалительных заболеваний в прошлом и настоящем анамнезе, поэтому для обеспечения большей точности исследования и формирования качественной выборки с помощью метода стратификации (расслоения данных) 275 пациенток с анемическим синдромом были разделены на следующие группы:

Группа 1 – 185 женщин, страдавших ЖДА в I, II и III триместрах беременности, у которых не зафиксировано острых или хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, как до, так и в период настоящей беременности. Анемию у таких женщин мы условно обозначили как истинную ЖДА.

Группа II – 90 женщин с анемией в III триместре беременности, развившейся на фоне острой или хронической инфекционно-воспалительной патологии. Анемический синдром у таких пациенток мы условно обозначили как анемию воспалительных заболеваний (АВЗ).

Таким образом, наличие или отсутствие у беременных с анемическим синдромом острых и/или хронических внутренних болезней, выявленных до или вовремя настоящей беременности, было ключевым условием при разделении женщин на группы исследования.

В каждой группе был проведен анализ динамики лабораторных показателей обмена железа для уточнения изменений, наиболее характерных для данной формы анемического синдрома.

Беременные без анемического синдрома составили группу контроля с первой группой для определения норм концентрации сывороточного ферритина для беременных в каждом триместре.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время в большинстве источников литературы диапазон нормальной концентрации СФ предложено считать равным 15–150 нг/мл. В доступной литературе отсутствуют исследования, посвященные изучению роли СФ как показателя, позволяющего прогнозировать риск развития железодефицитной анемии у беременных. Отсутствие этих данных, по всей видимости, связано с тем, что при таких заболеваниях, как инфекционная патология мочеполовой системы, дыхательных путей и проч., СФ проявляет себя в качестве активного участника воспаления, концентрация которого существенно увеличивается уже через несколько часов после начала воспалительной реакции. Это обстоятельство в значительной степени затрудняет проведение исследований, посвященных роли СФ в развитии анемического синдрома у беременных. Учитывая неоднозначность показателей СФ при беременности, была поставлена задача определить его нормы для каждого триместра беременности, оценить минимальный уровень запасов железа у женщин в разные сроки гестации, обеспечивающий поддержание концентрации гемоглобина более 110 г/л к началу родов.

С этой целью проведено динамическое обследование женщин с истинной ЖДА в I, II и III триместрах беременности и контрольной группы с физиологическим течением беременности.

У 157 беременных была диагностирована истинная ЖДА. У 39 из них истинная ЖДА была выявлена в I триместре, у 45 – во II, у 73 – в III триместре беременности.

Среди 39 беременных с истинной ЖДА в I триместре концентрация гемоглобина составила 103,1±0,6 г/л, а концентрация СФ – 8,64±0,59 нг/мл. У 45 женщин анемия развилась во II триместре беременности, при этом концентрация гемоглобина в I триместре составляла 118,5±0,9 г/л, а во II – 96,0±1,4 г/л. Концентрация СФ в I триместре была 25,29±1,10 нг/мл, а во II – 8,09±0,46 нг/мл.

У 73 женщин диагноз анемии впервые установлен в III триместре: концентрация гемоглобина в I триместре 119,9±0,6 г/л, во II – 112,2±0,4 г/л, в III – 97,15±1,09 г/л. Концентрация СФ в I триместре составила 46,90±1,19 нг/мл, во II триместре – 31,41±0,95 нг/мл, а в III – 7,14±0,35 нг/мл.

В контрольную группу вошли 54 женщины с физиологическим течением беременности. У данных пациенток средняя концентрация гемоглобина в I триместре составила 118,8±0,7 г/л, во II триместре – 114,9±0,5 г/л, в III триместре – 114,0±0,5 г/л. Концентрация СФ была равной 68,17±0,90 нг/мл в I триместре, 48,87±0,59 нг/мл – во II триместре и 13,43±0,61 нг/мл – в III триместре.

Проведенный анализ выявил достоверные изменения концентрации СФ и гемоглобина в разных триместрах беременности при последовательном сравнении результатов во всех исследуемых группах. Заслуживает внимания факт, что кон-

центрация гемоглобина в I триместре у пациенток с истинной ЖДА, развившейся в III триместре, была достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы: 119,8±1,9 г/л против 118,8±2,7 г/л соответственно. Напротив, концентрация СФ в контрольной группе во всех триместрах оказалась достоверно выше, чем у беременных с анемией в разные сроки гестации. Это подтверждает, что при прогнозировании риска развития анемии более правильным является ориентироваться не на исходный уровень гемоглобина, а на концентрацию СФ. В тоже время, динамика концентрации гемоглобина в контрольной группе в III триместре, по сравнению со II триместром, не имела достоверных различий ( $p>0,05$ ). Это потребовало сравнения концентраций гемоглобина и сывороточного ферритина во всех триместрах при парном сопоставлении групп, где получены достоверные различия ( $p<0,001$  по критериям Манна-Уитни и Крускала-Уоллеса).

Большинство данных литературы свидетельствуют о линейном изменении концентрации гемоглобина и СФ в зависимости от срока гестации, что недостаточно для корректной и точной оценки такой взаимозависимости с учетом, что потребности в железе матери и плода значительно различаются в разные сроки гестации. По этой причине было решено проанализировать связь данных показателей, учитывая предположение о возможном существовании разных видов зависимостей между уровнями гемоглобина и СФ.

Согласно полученным результатам, коэффициент линейной корреляции исследуемых показателей в I триместре беременности составляет +0,63, во II триместре +0,79, а в III триместре +0,77. Как известно, высокие цифры коэффициентов линейной корреляции отражают и высокую степень зависимости между анализируемыми показателями. Это обстоятельство (полученная высокая связь) подтверждает все имеющиеся гипотезы о прямой связи данных показателей, увеличивающейся во II и III триместрах беременности. Последующий анализ данной связи на наличие других видов зависимости (полиномиальной, гиперболической, экспоненциальной) показал, что наиболее информативной следует признать логарифмическую зависимость.

Как свидетельствуют полученные результаты, логарифмический вид связи между концентрациями ферритина и гемоглобина оказался достаточно точным. Он записан с помощью следующих уравнений: в I триместре  $Hb = 16,8 * \log(SF_1) + 90,9$ ; во II триместре –  $24,4 * \log(SF_2) + 75,0$ ; в III триместре –  $43,4 * \log(SF_3) + 63,6$ .

Суть логарифмической зависимости состоит в том, что при более высоких значениях СФ гемоглобин снижается не столь существенно, как это отмечено при низких уровнях СФ. Иными словами, чем больше депонированного железа в организме, тем медленнее скорость снижения гемоглобина.

Коэффициент регрессии ( $k$ ) показывает насколько изменяется результирующий признак  $Y$  при изменении факторного признака  $X$  на единицу в случае линейной зависимости или при увеличении на единицу  $\log Q$ , как в исследуемом случае, где  $X$  – концентрация СФ, а  $Y$  – концентрация гемоглобина. Коэффициент регрессии  $k$  является параметром, согласующим показатели, имеющие разные единицы измерения и масштаб. Свободный член регрессионного уравнения  $b$  обеспечивает «выравнивание» результирующего признака  $Y$  до нужного значения в случае, когда  $F(X)=0$ . Указанное смысловое значение параметров регрессионного уравнения яв-



ляється принципіально важним як при оцінці зв'язей СФ з гемоглобином в різних триместрах вагітності, так і при оцінці динаміки концентрації СФ во II і III триместрах вагітності в залежності від його концентрації в I триместрі.

### Выводы

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли сывороточного ферритина в патогенезе анемического синдрома у беременных во всех триместрах гестации. Установленные особенности патогенеза анемического синдрома необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Особенности патогенезу анемічного синдрому у вагітних С.М. Сергієнко, О.А. Лезнікова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют про важную роль сывороточного ферритина в патогенезе анемічного синдрому у вагітних у всіх триместрах гестації. Встановлені особливості патогенезу анемічного синдрому необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** анемічний синдром, патогенез.

### Features of patogenesis of aneamical syndrome at pregnant S.N. Sergienko, O.A. Leznikova

Results of the spent researches about an essential role blood whey ferritin in patogenesis of aneamical syndrome at pregnant women in all trimesters of gestation. The established features patogenesis of aneamical syndrome are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** aneamical syndrome, patogenesis.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анемии у беременных: дифференциальная диагностика и лечебная тактика: пособие для врачей / Под ред. Е.Ф. Морщаковой. – Рязань, 2012. – 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. – 2012. – 128 с.

УДК 618.3/5-02:616.14-007.63-08

## Тактика ведення вагітності у жінок з варикозною хворобою

Л.В. Манжула

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

Результати проведених досліджень свідчать, що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів під час вагітності підвищувала загальну частоту акушерських і тромбоемболічних ускладнень, сприяла нестабільному розвитку вагітності, збільшувала тяжкість проявів токсикозу вагітності і вегето-судинної дистонії. Не кориговані порушення венозного відтоку і мікроциркуляції під час вагітності і після пологів сприяли підвищенню частоти і тяжкості тромбоемболічних ускладнень. Нестабільний перебіг вагітності, висока частота акушерських ускладнень пологів і післяпологового періоду, циркуляторна і гемічна гіпоксія тканин негативно впливали на внутрішньоутробний розвиток плода і стан новонародженого. Отримані результати є науковим обґрунтуванням необхідності удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** варикозна хвороба, результати розродження.

Дослідження останніх років показали, що нерідким проявом варикозної хвороби (ВХ) у вагітних є варикоз вен малого тазу, визначуваний у вигляді випадкових знахідок 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 ектазії венозних судин малого тазу, що, на їх думку, пояснює збільшення запальних ускладнень після пологів у жінок, що страждають 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].

Лікування жінок із ВХ під час вагітності і після пологів є на сьогоднішній день дискусійним питанням як по тактиці терапії, що проводиться, так і по термінах лікування.

Враховуючи наведене вище, в дослідженні вирішено було проаналізувати акушерські і перинатальні результати розродження зі ВХ.

**Мета дослідження:** вивчити вплив лікування ВХ під час вагітності і після пологів на акушерські і перинатальні результати розродження.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основним об'єктом спостережень і досліджень з'явилися жінки з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок і його ускладненнями, у вигляді тромбофлебиту, що виникли під час вагітності і післяпологовий період.

Були обстежені 200 вагітних, з яких 150 склали основну групу, до контрольної групи увійшли 50 вагітних, що не страждають варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Відповідно до мети дослідження всіх вагітних з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок було розподілено на 2 основні групи:

I групу склали 95 жінок, в яких лікування ВХ під час вагітності і після пологів не проводилося.

II групу склали 55 жінок, в яких лікування ВХ під час вагітності і після пологів проводили консервативними методами.

Спостереження проводили в динаміці перебігу вагітності: у I–II–III триместрах і протягом одного року після розродження. Всі обстежені вагітні перебували на обліку в жіночих консультаціях за місцем проживання. Встановлення наявності вагітності, її терміну, загального клінічного і акушерського стану вагітної та її плода забезпечувалося дільничним акушером-гінекологом. В умовах спільного прийому вагітних акушером-гінекологом і судинним хірургом патологія вен у вагітних виявлялася візуально і за допомогою ультразвукової доплерографії. Стан гемостазу вивчався за показниками коагулограми.

На всіх жінок, які приймали участь у дослідженні заповнювали диспансерну карту, куди заносили результати обстеження венозної системи нижніх кінцівок, об'єм і ефективність проведеного лікування, встановлювали термін подальшого контрольного огляду, визначали лікувальні і профілактичні рекомендації, а до кінця вагітності, з урахуванням ступеня венозної недостатності і показників її корекції, складали передбачуваний план ведення пологів і післяпологового періоду, які вносили до диспансерної карти вагітної і породіллі.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз проведених досліджень свідчить про те, що вік обстежених вагітних був від 20 до 44 років. ВХ розвинулася у віці до 24 років в 10%, від 25 до 29 років – в 24,7%, від 30 до 34 років – в 38,0%, від 35 і старше – у 27,3% жінок. Найбільше число жінок були активного репродуктивного віку до 35 років.

Варикозне розширення вен до настання першої вагітності відзначене у 8 (5,3%), при першій вагітності – у 47 (31,3%), другій вагітності – у 59 (39,3%), при третій і четвертій – у 29 (19,4%), при п'ятій і більше – у 7 (4,7%) жінок. У тих випадках, коли це ускладнення виникало при вагітності, воно виявлялося в I триместрі вагітності в 17 (11,3%), в II триместрі вагітності – в 97 (64,7%) і в III триместрі вагітності – у 36 (24%) жінок.

Велике значення у виникненні і розвитку ВХ грають інтервали між пологами. Інтервали між пологами 1 рік спостерігали у 10 (8,2%), 2 роки – у 63 (51,6%), 3 роки – у 21 (17,2%), 4 роки – у 11 (9,1%), 5 років і більше – у 17 (13,9%) жінок.

Отже, варикозне розширення вен часто виникає під час 1 або 2 вагітності і

при подальших вагітностях ступінь варикозу посилюється, чим коротше інтервали між подальшими пологами, тим важче міра перебігу ВХ.

Аналіз проведених досліджень свідчить про те, що найчастіше спостерігали двостороння локалізація (39,3%) і правостороння поразка вен (31,3%) нижніх кінцівок. Поєднана поразка вен нижніх кінцівок і вульви, вен піхви і гемороїдальних вен виявлено у 26 (17,5%) вагітних і породілей. Ізольоване варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів відмічене у 8 (5,4%) вагітних. По мірі порушення венозного відтоку пацієнтки ділилися на стадії, компенсована стадія складала 28%, субкомпенсована стадія – 54,6%, декомпенсована стадія – 17,3%.

Проведені дослідження виявили залежність між ускладненнями вагітності, пологів, післяпологового періоду і наявністю у жінок ВХ вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів. При аналізі перебігу вагітності у 95 жінок I групи з нелікованою варикозною хворобою у 85 (89,5%) вагітних виявлені різні комбінації ускладнень (на 1 вагітну – 3,3 ускладнень). У групі вагітних без варикозного розширення вен виявлено на одну вагітну 1,8 акушерських ускладнень.

Отримані дані дозволили відзначити, що вираженість порушень венозного відтоку на тлі ВХ або її тромбоемболічних ускладнень сприяла нестабільному перебігу вагітності у 85 (89,5%), в контрольній групі – у 30 (60,0%) жінок. Циркуляторна гіпоксія, погіршення мікроциркуляторних змінних процесів і показників гемостазу збільшували частоту і тяжкість проявів гестозів I і II половини вагітності в 2 рази. Негативні зміни у венозній гемодинаміці сприяли зростанню загрози невиношування в 6 разів, переносування вагітності відмічене у 6 (6,4%), коли в контрольній групі – у 3 (6,0%) жінок. Непроведення лікувально-профілактичних заходів у вагітних з приводу ВХ збільшувало вираженість вегетативно-судинної дистонії за гіпотонічним типом із зниженням максимального артеріального тиску до 80 мм рт.ст. У I триместрі 42 (44,2%) вагітних I групи мали клінічні ознаки загрозового переривання вагітності, що зажадало неодноразового медикаментозного лікування (у контрольній групі – 10 (20,0%). Не дивлячись на це, у 31 (32,6%) жінки зі ВХ в II триместрі зберігається стан загрози переривання вагітності (у контрольній групі – у 6). Вираженість анемії вагітних, коли гемоглобін крові знижувався менше 90 г/л, відзначена у 99 (66,0%), у контрольній групі – у 20 (40,0%) жінок.

Утруднений венозний відтік, вираженість венозної динамічної гіпертензії в нижніх кінцівках у вагітних з ВХ сприяли розвитку тромбоемболічних ускладнень в 8 (8,42%), в контрольній групі подібних ускладнень не відзначено.

Отримані дані показали, що наявність ВХ протягом вагітності сприяла ускладненням в пологах у 67 (70,5%) породілей, в контрольній групі – у 17 (34,0%).

Вираженість порушень венозної гемодинаміки у вагітних підвищувала частоту слабкості пологової діяльності в 5 разів, невчасне вилиття навколплідних вод – на 13%, збільшення тривалості пологів більше 12 год – на 50% перевищувало дані контрольної групи жінок. У зв'язку з перерахованими уск-

ладненнями в пологах виявився високим і відсоток оперативних втручань. Найчастішим оперативним втручанням в пологах з'явилось ручне відділення посліду і його частин, що можна пояснити значною крововтратою в послідовий і ранній післяпологовий періоди. Так, крововтрата в послідовому і ранньому післяпологовому періоді більше 400 мл мало місце в 28,4% випадків. У післяпологовому періоді у породілей з варикозним розширенням вен відмічений тромбофлебіт поверхневих вен в 5,3% випадків, ендометрит в 6,3% випадках.

Таким чином, при аналізі ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок з варикозним розширенням вен звертає на себе увагу патологія, обумовлена порушенням скоротливої діяльності матки і захворюванням судинної системи. Мабуть, що кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періодах є наслідком слабкості пологової діяльності, а тромбофлебіт поверхневих вен результатом підвищення венозного тиску і сповільненого кровотоку.

Слабкість пологової діяльності, що спостерігалася, в більшості випадків була первинною (15,8%) і свідчила про наявність передумов до виникнення вказаної патології вже на початок пологів. Відомо, що від швидкості кровотоку і венозного тиску в якійсь мірі залежить інтенсивність окислювальних процесів, газообміну, а також інтенсивність інших видів обміну речовин. Зокрема, зміна швидкості кровотоку і венозного тиску робить вплив на матково-плацентарний кровообіг і зрештою на скоротливу діяльність матки і стан плода.

Порушення венозного відтоку при варикозній хворобі забезпечували циркуляторну і гемічну гіпоксію тканин, що сприяло травматизму пологових шляхів, високим показникам оперативних розроджень, хірургічних втручань і посібників в пологах серед породілей I групи ( $p < 0,05$ ).

Післяпологовий період у 48 (50%) жінок протікав з ускладненнями і на 3–6-у добу після пологів були виписані лише 37 (38,9%) породіллі (у контрольній групі – 11 (22%)). У структурі післяпологових захворювань і ускладнень зберігався високий рівень порушень скоротливої діяльності матки, тромбофлебіт. У 5 (5,3%) породілей після мимовільних пологів виник тромбофлебіт поверхневих варикозно розширених вен. У контрольній групі тромбофлебіт не відмічений ні в одному із спостережень.

У досліджуваній групі у жінок народилися 96 новонароджених. Порушення венозної гемодинаміки, зміни показників гемостазу і змінних процесів сприяли перинатальній смертності і народженню недоношених дітей. 1 новонароджений (1,1%) помер від вроджених вад розвитку, не сумісних з життям, були 2 (2,1%) мертвонародження. У контрольній групі померло 2 (4,0%) новонароджених від пороків розвитку не сумісних з життям.

Отримані дані показали, що циркуляторна гіпоксія на тлі варикозної хвороби протягом вагітності погіршувала дані фізичного розвитку дітей від матерів I групи: маса дітей при народженні менше 2499,0 г виявлена в 5 (5,2%), від 2500 до 3499 г – в 66 (69,5%), стан дітей за шкалою Апгар 8–10 балів відмічено в 52 (54,7%), 6–7 балів – в 21 (22,1%), 4–5 балів – в 12 (12,6%), менше 4 балів – у 9 (9,7%) дітей, що вимагало проведення інтенсивної терапії синдрому гіпоксії в 42 (44,6%) новонароджених. Обвивання пуповиною зустріча-

лося в 3 рази частіше, ніж в контрольній групі, причому в 12 – довкола шії і в 7 новонароджених – дійсні вузли пуповини.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів під час вагітності, підвищувала загальну частоту акушерських і тромбоемболічних ускладнень, сприяла нестабільному розвитку вагітності, збільшувала тяжкість проявів токсикозу вагітності і вегетативно-судинної дистонії. Не кориговані порушення венозного відтоку і мікроциркуляції під час вагітності і після пологів сприяли підвищенню частоти і тяжкості тромбоемболічних ускладнень. Нестабільний перебіг вагітності, висока частота акушерських ускладнень пологів і післяпологового періоду, циркуляторна і гемічна гіпоксія тканин негативно впливали на внутрішньоутробний розвиток плода і стан новонародженого. Отримані результати є науковим обґрунтуванням необхідності удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Тактика ведення вагітності у жінок з варикозною хворобою Л.В. Манжула

Результати проведених досліджень свідчать, що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів під час вагітності, підвищувала загальну частоту акушерських і тромбоемболічних ускладнень, сприяла нестабільному розвитку вагітності, збільшувала тяжкість проявів токсикозу вагітності і вегетативно-судинної дистонії. Не кориговані порушення венозного відтоку і мікроциркуляції під час вагітності і після пологів сприяли підвищенню частоти і тяжкості тромбоемболічних ускладнень. Нестабільний перебіг вагітності, висока частота акушерських ускладнень пологів і післяпологового періоду, циркуляторна і гемічна гіпоксія тканин негативно впливали на внутрішньоутробний розвиток плода і стан новонародженого. Отримані результати є науковим обґрунтуванням необхідності удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь, исходы родоразрешения.

### Tactics of conducting pregnancy at women with varicose illnesses L.V. Manzhula

Results of the spent researches testify that varicose illness of veins of the bottom extremities and external genitals during pregnancy, raised the general frequency obstetrical and thromboembolical complications, promoted a stable development of pregnancy, increased weight of displays of toxicoses of pregnancy and a vegetovascular dystonia. Not correction infringements of venous outflow and microcirculation during pregnancy and after the delivery promoted frequency and weight increase thromboembolical complications. The a stable current of pregnancy, high frequency obstetrical complications of sorts and the postnatal period, circulation and hemical hypoxia fabrics negatively influenced pre-natal development of born and a condition of the newborn. The received results are a scientific substantiation of necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** varicose illness, outcomes of delivery.

## 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. Проскуракова О.В. Допплерография в гинекологии / Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М., 2009. – 133–144 с.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

## Особливості розродження жінок після допоміжних репродуктивних технологій

*Д.М. Масло*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок після допоміжних репродуктивних технологій характеризується високою частотою акушерських ускладнень, причому у всіх триместрах вагітності. Під час оцінювання частоти різних ускладнень слід зазначити вищий рівень при багатоплідній вагітності порівняно з одноплідною. Основним ускладненням у жінок після допоміжних репродуктивних технологій незалежно від кількості плодів є невиношування і передчасні пологи. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

*Ключові слова:* допоміжні репродуктивні технології, розродження.

Впровадження методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) привело до значного збільшення частки індукованої вагітності. Необхідно пам'ятати, що настання вагітності в програмах ДРТ є лише першим етапом, після якого не менш важливими є завдання виношування вагітності і народження здорового дитяти [1–4]. Враховуючи особливості контингенту жінок, що завагітніли з використанням ДРТ, важливе значення набуває вивчення перебігу вагітностей і результатів пологів в даній категорії пацієнток.

Відомо, що перебіг індукованої вагітності характеризується більшою частотою акушерських ускладнень в порівнянні з мимовільною. Встановлено, що особливо несприятливо протікають перші тижні індукованої вагітності, причому близько 25% репродуктивних втрат доводиться саме на цей період [1, 2].

Одним з ускладнень індукованої вагітності, що найчастіше зустрічаються, є загроза її переривання, частота якої може досягати 50% [2, 3], у наслідок у цих жінок розвивається плацентарна дисфункція (ПД), що призводить до затримки розвитку плода (ЗРП). Починаючи з II триместру, збільшується число ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю. Так, частота мимовільних викиднів в 1,5 рази, прееклампсії, артеріальної гіпертензії, індукованої вагітності, гестаційного діабету в 2 рази, передчасного відшарування нормальнорозташованої плаценти – 3 рази, передчасного виливу навколоплідних вод – 4 рази [1–4] та ін. акушерських ускладнень перевищує відповідні показники мимовільної вагітності.

У зв'язку з вищевикладеним представляє інтерес вивчення акушерських результатів розродження жінок, вагітність в яких настала унаслідок допоміжних репродуктивних технологій.

**Мета дослідження:** вивчити вплив допоміжних репродуктивних технологій на акушерські результати розродження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої задачі було проведено ретроспективне дослідження, в яке було включено 100 жінок з одноплідною (1 група) і 50 – з багатоплідною вагітністю після ДРТ (2 група).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнток з одноплідною індукованою вагітністю склав  $32,3 \pm 5,1$  року, а в групі з багатоплідною вагітністю –  $32,6 \pm 4,7$  року.

Серед основних анамнестичних особливостей у обстежених пацієнток можна виділити наступні:

- тривалість безпліддя в 1 групі було  $3,3 \pm 0,3$  року і в 2 –  $5,6 \pm 0,5$  року відповідно;
- поєднаний генез жіночого безпліддя (поєднання ендокринне і трубне) зустрічався в 1 групі в 33%, а в 2 – в 42%;
- поєднання чоловічого і жіночого безпліддя мало місце по групах в 19% і 20% відповідно;
- екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) було виконане в 49% і 52% пацієнток. Основними акушерськими ускладненнями в 1 триместрі вагітності були:
  - відшарування хоріону в 22% при одноплідній і 38% при багатоплідній вагітності;
  - синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) мав місце у 5% жінок 1 групи і 10% в 2 групі відповідно;
  - мимовільна редукція ембріона з двійнят діагностована в 8% спостережень в 2 групі;
  - частота раннього гестозу склала 17% і 16% по групах;
  - загострення соматичної захворюваності мало місце в 11% і 10% відповідно;
  - мимовільне переривання вагітності в I триместрі відмічене у 9 (9%) пацієнток з одноплідною вагітністю і в 6 (12%) – з багатоплідною;
  - основними причинами мимовільного переривання однієї вагітності була вагітність (5 з 9), що не розвивається, і анембріонія (4 з 9);
  - при багатоплідній вагітності у всіх 6 спостереженнях мала місце вагітність, що не розвивається.
- У 2 і 3 триместрах вагітності у обстежених жінок були діагностовані наступні ускладнення:
  - істміко-цервікальна недостатність була відмічена у 27% жінок 1 групи і в 28% – 2 групи;
  - плацентарна дисфункція в 23% і в 36% відповідно;
  - затримка розвитку плода відмічена в 16% і 22% відповідно;
  - артеріальна гіпертензія, що асоціюється з вагітністю відмічена в 10% і 18% по групах;

- гестаційний діабет діагностований в 10% 1 групи і в 20% в 2 групі;
- преєклампсія, в основному, легкого ступеня розвинулася у 18% жінок з одноплідною вагітністю і в 24% – з багатоплідною;
- активація хронічної вірусної інфекції відмічена в 23% і 22% спостережень;
- багатоводдя мало місце в 6% і 10% при одноплідній і багатоплідній індукованій вагітності відповідно.

Частота передчасних пологів при багатоплідді була вища, ніж при одноплідній вагітності 24% проти 52% відповідно. При цьому середній термін гестації при одноплідній вагітності склав  $37,6 \pm 1,2$  тиж, при багатоплідній  $35,1 \pm 1,3$  тиж.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок після допоміжних репродуктивних технологій характеризується високою частотою акушерських ускладнень, причому у всіх триместрах вагітності. При оцінці частоти різних ускладнень слід зазначити вищий рівень при багатоплідній вагітності в порівнянні з одноплідною. Основним ускладненням у жінок після допоміжних репродуктивних технологій незалежно від кількості плодів є невиношування і передчасні пологи. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Особенности родоразрешения после вспомогательных репродуктивных технологий Д.Н. Масло

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий характеризуется высокой частотой акушерских осложнений, причем во всех триместрах беременности. При оценке частоты различных осложнений следует отметить более высокий уровень при многоплодной беременности по сравнению с одноплодной. Основным осложнением у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий независимо от количества плодов является невынашивание и преждевременные роды. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

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

### Features of delivery after of auxiliary reproductive technologies D.N. Maslo

Results of the spent researches testify that pregnancy at women after auxiliary reproductive technologies is characterised by high frequency obstetrical complications, and in all trimesters of pregnancy. At an estimation of frequency of various complications it is necessary to note higher level at multipara pregnancy in comparison with oneborn. The basic complication at women after auxiliary reproductive technologies irrespective of quantity of born are spontaneous interruption of pregnancy and premature birth. The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

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

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Состояние системы мать-плацента-плод, течение и исходы беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2012. – № 1. – С. 34–36.
2. Александрова Н.В., Баев О.Р. Преждевременные роды при беременности, наступившей с использованием вспомогательных технологий. Пути профилактики. // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4–2. – С. 33–38.
3. Гус А.И., Баев О.Р., Александрова Н.В. Раннее прогнозирование фетоплацентарной недостаточности при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, с помощью трехмерной эхографии // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2011. – Том 5, № 2. – С. 141.
4. Особенности пренатального скрининга в I триместре при одноплодной беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Н.В. Александрова, О.Р. Баев, А.И. Гус, О.А. Доронина // Материалы конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы». – М., 2011. – С. 3–4.

УДК 618.3-055.28-06:618.39-08

## Пути снижения недонашивания беременности у многорожающих женщин

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

Изучены основные клинические особенности частоты, причин и структуры преждевременных родов у многорожающих женщин. Выявлены особенности формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также состояния микробиоценоза половых путей у многорожающих женщин с недонашиванием в анамнезе. Установлена взаимосвязь между клиническими, эхографическими, доплерометрическими, эндокринологическими, биохимическими и микробиологическими исследованиями у многорожающих женщин с преждевременными родами в анамнезе. Это позволило расширить имеющиеся данные о патогенезе преждевременных родов у многорожающих женщин, а также научно обосновать разработку и внедрение комплекса лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты данной патологии на основе использования антибактериальной терапии, коррекции гормональных нарушений и микробиоценоза половых путей.

*Ключевые слова:* многорожающие женщины, преждевременные роды, профилактика.

Вопросы акушерской и перинатальной патологии у многорожающих женщин являются достаточно актуальными для стран с высоким уровнем рождаемости, в том числе и в ОАЕ. Общеизвестным является тот факт, что женщины после третьих родов составляют группу высокого риска по развития различных осложнений беременности и родов [1]. Среди основных причин такой ситуации выделяют высокий уровень сопутствующей экстрагенитальной патологии, неудовлетворительное экономическое положение, психоэмоциональное напряжение и др. [2, 3]. Несмотря на имеющиеся публикации в современной литературе по проблеме беременности и родов у многорожающих женщин нельзя считать все вопросы полностью решенными.

Одной из наименее решенных задач данного научного направления является недонашивание у многорожающих женщин. Это обусловлено, с одной стороны, высоким уровнем преждевременных родов в этой группе женщин, а с другой – отсутствием конкретных практических рекомендаций по данному вопросу. Проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных на сегодняшний день [4, 5], особенно в плане сложности этиопатогенеза, высокого риска перинаталь-

ной патологии и недостаточной эффективности предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий.

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

**Цель исследования:** снижение частоты преждевременных родов у многорожающих женщин на основе изучения клинико-эхографических, доплерометрических, эндокринологических, биохимических и микробиологических особенностей, а также разработки и внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами научного исследования была разработана программа исследований, которая включает следующие моменты: подбор контингента обследованных женщин; клинический анализ течения беременности, родов и послеродового периода у обследованных женщин; изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса; оценка состояния гомеостаза; изучение состояния микробиоценоза половых путей; компьютерная обработка полученных данных.

Клинико-функциональное и лабораторное обследование было проведено у 100 многорожающих женщин с преждевременными родами в анамнезе, которые были разделены на две группы:

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

50 многорожающих женщин, проведенных по разработанной нами методике профилактики преждевременных родов – II группа.

Несмотря на наличие целого ряда факторов риска развития преждевременных родов был сделан выбор на наиболее весомом параметре, каковым является наличие преждевременных родов в анамнезе.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия проводили согласно рекомендаций И.З. Закирова и соавторов [4] и включали использование спазмолитиков (но-шпа, папаверин) и метаболических препаратов (АТФ, кокарбоксилаза).

Предлагаемая нами методика основана на использовании лечебно-профилактического комплекса, который был использован в следующие сроки беременности: 10–12 нед, 20–22 нед, 27–28 нед и 33–34 нед. В данный комплекс были включены антибактериальные препараты; гормональная коррекция; антигипоксанты; комплексы витаминов и минералов в непрерывном режиме на протяжении всего гестационного процесса; коррекция микробиоценоза половых путей.

Научным обоснованием предлагаемой методики является тот факт, что многорожающие женщины имеют значительный уровень сопутствующей экстрагенитальной патологии (чаще всего заболевание пищеварительного тракта и печени, а также нейроциркуляторную дистонию) и исходной эндокринопатии. Кроме того у них высокая частота акушерских осложнений (интраамниальное инфицирование, анемия, преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность). Все это в совокупно-

сти приводит к высокой частоте преждевременных родов. Использование вышеописанного комплекса позволяет воздействовать на все звенья этиопатогенеза преждевременных родов в лечебно-профилактическом режиме.

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами высокой частоты преждевременных родов у многорожающих женщин являются отягощенный репродуктивный анамнез и высокий уровень исходной экстрагенитальной патологии ( $1,98 \pm 0,1$  на одну женщину), в структуре которой основное место занимает анемия различного генеза (88,0%); хронические заболевания печени (14,0%); гипертоническая болезнь (12,0%); пороки сердца (12,0%); пиелонефрит (10,0%) и варикозная болезнь (10,0%).

Клиническое течение беременности у многорожающих женщин с преждевременными родами характеризуется высоким уровнем акушерских осложнений: анемия (74,0%); плацентарная дисфункция (42,0%) и преэклампсия (20,0%), а также респираторной вирусной инфекции (20,0%) и ухудшением соматической заболеваемости (16,0%).

Преждевременные роды у многорожающих женщин чаще всего происходят в 28–32 нед беременности (58,0%) на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек (86,0%) и сопровождаются высоким уровнем перинатальной патологии респираторный дистресс-синдром (94,0%); интраамниальное инфицирование (34,0%) и постгипоксическая энцефалопатия (30,0%). Антенатальная гибель плода имеет место в 20,0% и постнатальная летальность в 18,0% наблюдений.

Суммируя клинические аспекты преждевременных родов у многорожающих женщин следует отметить, что их основными причинами являются: преждевременный разрыв плодных оболочек (экстрагенитальная патология, интраамниальное инфицирование) и высокий уровень акушерских осложнений (гестационная анемия, плацентарная дисфункция и преэклампсия). По срокам гестационного периода преждевременные роды чаще развиваются в 28–32 нед и сопровождаются высокой частотой перинатальной патологии. Полученные результаты позволяют выделить основные звенья этиопатогенеза преждевременных родов у многорожающих женщин и разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику эти моментов.

Состояние фетоплацентарного комплекса у многорожающих женщин с преждевременными родами в анамнезе характеризуется усилением маточно-плацентарно-плодового кровотока и дисгормональными нарушениями с 20–22 нед достоверное снижение эстриола (до  $12,3 \pm 1,1$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), а в 29–30 нед – прогестерона (до  $491,8 \pm 17,1$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) и хорионического гонадотропина (до  $183,9 \pm 13,4$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) на фоне одновременного увеличения уровня кортизола (до  $781,2 \pm 23,1$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ).

Высокий риск развития недонашивания беременности у многорожающих женщин с преждевременными родами в анамнезе обусловлен изменениями гомеостаза

с 20–22 нед за счет достоверного увеличения содержания  $\beta$ -липопротеидов (до  $65,1 \pm 1,9$  ЕД/л;  $p < 0,05$ ); триглицеридов (до  $4,2 \pm 0,2$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) и ЛФ (до  $181,5 \pm 8,3$  МО/л;  $p < 0,05$ ). В 29–30 нед дополнительно происходит достоверное увеличение содержания общего билирубина (до  $16,1 \pm 1,3$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ) и холестерина (до  $7,1 \pm 0,2$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ).

Состояние микробиоценоза половых путей у многоорожающих с преждевременными родами в анамнезе характеризуется достоверным снижением лактобацилл (до  $5,1 \pm 0,2$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$ ) и бифидобактерий (до  $4,8 \pm 0,3$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$ ) на фоне одновременного увеличения штаммов стафилококков (до  $3,6 \pm 0,3$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$ ) и появлением эшерихий ( $1,1 \pm 0,1$  КОЕ/мл;  $p < 0,01$ ); протей ( $1,3 \pm 0,1$  КОЕ/мл;  $p < 0,01$ ); грибов рода *Candida* ( $1,6 \pm 0,1$  КОЕ/мл;  $p < 0,01$ ); микоплазм ( $1,1 \pm 0,1$  КОЕ/мл;  $p < 0,01$ ) и хламидий ( $1,3 \pm 0,1$  КОЕ/мл;  $p < 0,01$ ). В 29–30 нед происходит достоверное снижение количества молочнокислых стрептококков (до  $1,2 \pm 0,1$  КОЕ/мл;  $p < 0,01$ ) и прогрессивное уменьшение количества лактобацилл и бифидобактерий.

Следовательно, как свидетельствуют полученные данные, многоорожающие женщины с преждевременными родами в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, среди которых существенное место занимают именно преждевременные роды с высоким уровнем перинатальных потерь. Наличие вторичной плацентарной дисфункции сочетанного генеза (нарушения микробиоценоза половых путей, исходная эндокринопатия, нарушения липидного и белкового обмена) указывает на необходимость проведения комплексных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на коррекцию основных нарушений системного и местного характера.

При оценивании клинической эффективности предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий необходимо отметить отсутствие аллергических реакций и индивидуальной непереносимости используемых лекарственных средств.

Как свидетельствуют полученные данные существенных различий между I и II группами по частоте основных осложнений не отмечено. Совершенно иную картину можно было наблюдать после 20 нед беременности. Так, в первую очередь следует указать, что при использовании предлагаемой нами методики произошло снижение частоты плацентарной дисфункции (I группа – 42,0% и II – 24,0%); преэклампсии (I группа – 18,0% и II – 10,0%) и гестационной анемии (I группа – 88,0% и II – 72,0%).

Одним из основных подтверждений эффективности предлагаемой методики является снижение частоты преждевременных родов у женщин II группы (I группа – 24,0% и II – 14,0%), а также изменение сроков развития преждевременных родов. Если на фоне общепринятых лечебно-профилактических мероприятий в каждом втором случае это происходило в 28–32 нед (50,0%), то во II группе более чем в половине наблюдений преждевременные роды развивались в 35–36 нед (57,1%), что с перинатальных позиций является более благоприятным моментом. При изучении характера развития преждевременных родов существенных различий не отмечено и в обеих группах основной причиной был преждевременный разрыв

плодных оболочек (I группа – 75,0% и II – 85,7%) по сравнению со стремительными родами (I группа – 16,7% и II – 14,3%) и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (только в I группе 8,3%). Сравнивая клиническое течение II половины беременности и характер преждевременных родов следует указать на наличие взаимосвязи между частотой плацентарной дисфункции и уровнем преждевременных родов у многоорожающих женщин с недонашиванием в анамнезе ( $r = +0,72$  в I и  $r = +0,78$  во II группе).

В дальнейшем, при своевременном родоразрешении многоорожающих женщин, получавших различные лечебно-профилактические методики установлены существенные различия в частоте и характера возникающих осложнений. Особенно наглядно это просматривалось в уровне преждевременного разрыва плодных оболочек (I группа – 58,0% и II – 38,0%); дистресса плода (I группа – 24,0% и II – 14,0%); аномалий родовой деятельности (I группа – 20,0% и II – 10,0%) и акушерских кровотечений (I группа – 16,0% и II – 12,0% соответственно).

Аналогичная закономерность сохранялась и при оценке перинатальных исходов родоразрешения. На фоне общепринятых лечебно-профилактических мероприятий значительно выше была частота асфиксии новорожденных (I группа – 24,0% и II – 12,0%); респираторного дистресс-синдрома (I группа – 20,0% и II – 10,0%); интраамниального инфицирования (I группа – 12,0% и II – 6,0%) и родового травматизма (I группа – 6,0% и II – 2,0% соответственно).

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

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, с целью снижения частоты преждевременных родов у многоорожающих женщин с недонашиванием в анамнезе необходимо использовать предлагаемый лечебно-профилактический комплекс, основанный на системной и местной коррекции эндокринологических, метаболических и микробиологических нарушений. Существенное снижение частоты преждевременных родов на фоне улучшения перинатальных исходов родоразрешения позволяет рекомендовать разработанную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

## Шляхи зниження недоношування вагітності у багатонароджуючих жінок

*Е. Набхан*

Вивчені основні клінічні особливості частоти, причин і структури передчасних пологів у багатонароджуючих жінок. З'ясовані особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також стани микробиоценозу статевих шляхів у багатонароджуючих жінок з недоношуванням в анамнезі. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, доплерометричними, ендокринологічними, біохімічними і микробиологічними дослідженнями у багатонароджуючих жінок з передчасними пологами в анамнезі. Це дозволило розширити наявні дані про патогенез передчасних пологів



у багатонароджуючих жінок, а також науково обґрунтувати розробку і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів щодо зниження частоти даної патології на основі використання антибактеріальної терапії, корекції гормональних порушень і мікробіоценозу статевих шляхів.

**Ключові слова:** багатонароджуючі жінки, передчасні пологи, профілактика.

### Decrease ways of premature birth at multipara women

*E. Nabhan*

The basic clinical features of frequency, the reasons and structures of premature birth at multipara women are investigated. Features of formation and a functional condition fetoplacental a complex, and also a condition microbiozenosise sexual ways at multipara women with premature birth in the anamnesis are found out. The interrelation between clinical, ehografical, dopplerometrical, endocrinological, biochemical and microbiological researches at multipara women with premature birth in the anamnesis is established. It has allowed to expand the available data about patogenesis premature birth at multipara women, and also scientifically to prove development and introduction of a complex of treatment-and-prophylactic actions on decrease in frequency of the given pathology on the basis of use of antibacterial therapy, correction of hormonal infringements and microbiozenosise sexual ways.

**Key words:** multipara women, premature birth, preventive maintenance.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Белази Н. Порівняльні аспекти акушерської і перинатальної патології у жінок, які повторно і багато народжують // Галицький лікарськ. вісник. – 2011. – № 1. – С. 90–91.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивні втрати (клинические и медико-социальные аспекты). – М., 2007. – 188 с.
3. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. – 2009. – № 1–2. – С. 32–35.
4. Закиров И.З., Кепжаев Ш.О. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 31–33.
5. Andrews W.W., Goldenberg R.L., Hauth J.C. Preterm labor: emerging role of genital tract infections // Infect. Agents Dis. – 2009. – V. 4, № 4. – P. 196–211.

## Кесарів розтин при партнерських пологах в умовах типового міського пологового будинку

*І.П. Нецкарь*

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

Отримані дані (показники материнського травматизму, частоти і характеру оперативного втручання і здоров'я новонароджених) свідчать 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.

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

В умовах сьогодення захист материнства став перетворюватися на реально обумовлені їм соціально-економічні перетворення негативно вплинули на багато медико-соціальних аспектів сім'ї, материнства і дитинства – на тлі кризисної демографічної ситуації спостерігається зростання безпліддя в шлюбі, низька народжуваність, рівень, що знижується, загального і репродуктивного здоров'я підлітків, зростання соматичної патології у вагітних жінок, низький рівень нормальних пологів, високі показники материнської і перинатальної смертності, зростаюче число хворих дітей [1–5].

Не викликає сумнівів той факт, що унаслідок ліберально-демократичних змін етико-правового регулювання медичної діяльності, що сталися, стало також активно підніматися питання про необхідність гуманізації вітчизняного акушерства і як один із способів досягнення цього пропонуються так звані партнерські пологи, тобто коли на пологах присутній і бере участь в них близький породіллі чоловік, як правило, чоловік [1–5].

Вочевидь, що за наявності дійсно позитивних ефектів від присутності на пологах чоловіка жінки, що народжує, доцільні певні зміни в існуючій системі допомоги породіллі, проте начало, що отримали, переважно в великих містах України партнерські пологи – досить нова і мало апробована соціальна практика, яка потребує різностороннього аналізу, що і визначає актуальність сьогодення дослідження.

**Мета наукового дослідження:** вивчення актуальних аспектів кесарева розтину при партнерських пологах в умовах типового міського пологового будинку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили в клінічному пологовому будинку № 1 м. Києва на основній базі кафедри акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано 1795 партнерських пологів за останні 4 роки, що склало 12,5% від всього числа пологів (14 388 пологів за період 2008–2011 рр.). Безпосередньо по роках цей показник коливався від 9,8% в 2009 до 14,7% у 2011 році.

Одним з дискусійних питань наукового напрямку, що вивчається, є партнерський кесарів розтин. За нашими даними сумарна частота абдомінального розродження за ці роки склала 21,5% (3096 операцій на 14 388 пологів), причому з явною тенденцією зниження – від 27,0% в 2008 до 18,9% в 2011 році. Серед усіх 1795 партнерських пологів шляхом операції кесарева розтину було завершено 305 спостережень (17,0%), причому з аналогічною тенденцією до зменшення – від 23,4% в 2008 до 13,2% – в 2011 році.

Серед всіх 1795 партнерських пологів відносна частота фізіологічних пологів склала 70,7%, ускладнених – 13,2% і патологічних – 16,1% відповідно. Враховуючи сумарну частоту кесаревих розтинів 17,0%, то лише в 12,3% спостережень при розродженні через природні пологові шляхи мали місце різні ускладнення і патологічні стани, що набагато менше в порівнянні із загальною статистикою розроджень.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи перинатальні результати розродження слід зазначити відсутність випадків перинатальної смертності при партнерських пологах. Крім того в 96,7% спостережень діти народжувалися в задовільному стані, в 3,5% (64 спостереження) в асфіксії середнього ступеня тяжкості і в 0,2% (5 випадків) – у важкій асфіксії (менше 4 балів по Апгар).

Отримані результати перинатальних результатів розродження ми вважали за доцільне зіставити зі ступенем перинатального ризику, яку оцінювали ще до вагітності. При цьому низький ступінь перинатального ризику мав місце в 68,6% випадків, високий – 30,6% і край високий – в 0,8% спостережень. На нашу думку, завдяки використанню родинно-орієнтованих технологій удалося при високому ступеню перинатального ризику (30,6%) добитися нижчої частоти народження дітей з асфіксією середнього ступеня тяжкості (3,5%). При край високому ступеню перинатального ризику (0,8%), рівень важкої асфіксії був в 4 рази нижче (0,2%), а перинатальні втрати були відсутні.

При оцінці клінічного перебігу партнерських пологів звертають на себе увагу ще декілька цікавих моментів:

- частота патологічної крововтрати (від 600 до 999 мл) склала 119 випадків на 1795 пологів (6,6%), а розроджень з крововтратою більше 1000 мл взагалі не було;
- питома вага використання регіонарної анестезії склала 800 випадків на 1795 пологів (44,6%), що є досить низьким показником, особливо з врахуванням частоти кесаревих розтинів (17,0%), які, практично, всі були проведені з використанням даного виду знеболення;

- вимушене вживання епізіотомії і травматизм промежини спостерігалися в кожному третьому випадку (33,7%), що є досить високим показником для загальної популяції розродження;

- частота передчасного розриву плодових оболонок була досить низькою – 84 випадки на 1795 пологів (4,6%), що доки важко пояснити, враховуючи вищі показники в загальній популяції розродження;

- травматизм шийки матки був набагато нижчий в порівнянні з промежиною – 118 випадків на 1795 пологів (6,5%);

- відносна частота дистресу плода (одне з основних свідчень до абдомінального розродження) склала 187 спостережень на 1795 пологів (10,4%);

- неспроможність рубця на матці після попереднього кесарева розтину мала місце в 72 випадках на 1795 пологів (4,0%), причому спостережень розродження жінок з рубцем на матці через природні пологові шляхи ми не відзначали;

- частота аномалій пологової діяльності (2,5%), практично, не відрізнялася від рівня клінічно вузького тазу (2,5%), що вимагає додаткового аналізу і важко пояснити;

- серед всіх 1795 партнерських пологів за останніх 4 роки було лише 7 випадків багатоплідної вагітності (0,4%) і 17 спостережень (0,9%) розродження після допоміжних репродуктивних технологій.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані дані (показники материнського травматизму, частоти і характеру оперативного втручання і здоров'я новонароджених) свідчать 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.

### Кесарево сечення при партнерських родах в умовах типичного городського родильного дома

**И. П. Нецкарь**

Полученные данные (показатели материнского травматизма, частоты и характера оперативного вмешательства и здоровья новорожденных) свидетельствуют о том, что партнерские роды являются серьезным резервом в снижении частоты акушерской и перинатальной патологии. Вместе с тем, возникает большее число дискуссионных вопросов, решению которых необходимо посвятить еще не одно научное исследование. Это диктует необходимость проведения научных исследований в данном направлении.

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

### Cesarean section of partner labours in the conditions of typical city maternity hospital

**I. P. Nezkar**

Obtained given (indicators of a parent traumatism, frequency and character of operative intervention and health of newborns) testify that partner childbirth is a serious reserve in fre-

quency decrease obstetrical and perinatal pathologies. At the same time, arises more number discussional questions it is necessary for which decision to devote yet one scientific research. It dictates necessity of carrying out of scientific researches for the given direction.

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

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство: Теория и практика. – СПб: СОТИС, 2011. – 311 с.
2. Алешина Н. Почему муж не хочет присутствовать на родах? 7 объективных причин // <http://urology.com.ua/article5917.html> (2005).
3. Андреева Т.В. Психология современной семьи. – СПб: Речь, 2005. – 436 с.
4. Брагина Н.М. Психологическая готовность женщины к родам: актуальность проблемы // Проблемы социальной психологии XXI столетия. Т. 1. / Под ред. Козлова В.В. – Ярославль, 2004. – С. 133–134.
5. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. – 2012. – № 1. – С. 59–68.

УДК 618.5-059:618.177-089.888.11

## Порівняльні аспекти акушерської патології у жінок після допоміжних репродуктивних технологій

**Я.А. Рубан**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок після допоміжних репродуктивних технологій характеризується високою частотою акушерських ускладнень, причому у всіх триместрах вагітності. При оцінюванні частоти різних ускладнень слід зазначити вищий рівень при багатоплідній вагітності в порівнянні з одноплідною. Основним ускладненням у жінок після допоміжних репродуктивних технологій незалежно від кількості плодів є невиношування і передчасні пологи. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, акушерські ускладнення.

Упровадження методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) призвело до значного збільшення частки індукованої вагітності. Необхідно пам'ятати, що настання вагітності в програмах ДРТ є лише першим етапом, після якого не менш важливими є завдання виношування вагітності і народження здорової дитини [1–4]. Враховуючи особливості контингенту жінок, що завагітніли з використанням ДРТ, важливе значення набуває вивчення перебігу вагітностей і результатів пологів в даній категорії пацієнток.

Відомо, що перебіг індукованої вагітності характеризується більшою частотою акушерських ускладнень в порівнянні з мимовільною. Встановлено, що особливо несприятливо протікають перші тижні індукованої вагітності, причому близько 25% репродуктивних втрат доводиться саме на цей період [1, 2].

Одним з ускладнень індукованої вагітності, що найчастіше зустрічаються, є загроза її переривання, частота якої може досягати 50% [2, 3], внаслідок чого у цих жінок розвивається плацентарна дисфункція (ПД), що призводить до затримки розвитку плода (ЗРП). Починаючи з II триместру збільшується число ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю. Так, частота мимовільних викиднів в 1,5 разів, прееклампсії, артеріальної гіпертензії, індукованої вагітності, гестаційного діабету в 2 рази, передчасного відшарування нормальнорозташованої плаценти – 3 рази, передлежання плаценти – 1,8 разу, передчасного вилиття навколоплідних вод – 4 рази [1–4] і ін. акушерських ускладнень перевищує відповідні показники мимовільної вагітності.

У зв'язку з викладеним вище представляє інтерес вивчення акушерських результатів розродження жінок, вагітність в яких настала унаслідок допоміжних репродуктивних технологій.

**Мета дослідження:** вивчити вплив допоміжних репродуктивних технологій на акушерські результати розродження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленою було проведено ретроспективне дослідження, в яке були включені 100 жінок з одноплідною (1 група) і 50 – з багатоплідною вагітністю після ДРТ (2 група).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік пацієнток з одноплідною індукованою вагітністю склав  $32,3 \pm 5,1$  року, а в групі з багатоплідною вагітністю –  $32,6 \pm 4,7$  року.

Серед основних анамнестичних особливостей у обстежених пацієнток можна виділити наступні:

- тривалість безпліддя в 1 групі була  $3,3 \pm 0,3$  року, в 2 –  $5,6 \pm 0,5$  року відповідно;
- поєднаний генез жіночого безпліддя (поєднання ендокринне і трубне) зустрічався в 1 групі в 33%, в 2 – в 42%;
- поєднання чоловічого і жіночого безпліддя мало місце по групах в 19% і 20% відповідно;
- екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) було виконане в 49% і 52% пацієнток. Основними акушерськими ускладненнями в I триместрі вагітності були:
  - відшарування хоріону в 22% при одноплідній і 38% при багатоплідній вагітності;
  - синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) мав місце у 5% жінок 1 групи і 10% – в 2 групі відповідно;
  - мимовільна редукція ембріона з двійнят діагностована в 8% спостережень в 2 групі;
  - частота раннього гестозу склала 17% і 16% по групах;
  - загострення соматичної захворюваності мало місце в 11% і 10% відповідно;
  - мимовільне переривання вагітності в 1 триместрі відмічене у 9 (9%) пацієнток з одноплідною вагітністю і в 6 (12%) – з багатоплідною;
  - основними причинами мимовільного переривання однієї вагітності була вагітність, що не розвивається (5 з 9) і анембріонія (4 з 9);
  - при багатоплідній вагітності у всіх 6 спостереженнях мала місце вагітність, що не розвивається.
- У II і III триместрах вагітності у обстежених жінок були діагностовані наступні ускладнення:
  - істміко-цервікальна недостатність була відмічена у 27% жінок 1 групи і в 28% – 2 групи;
  - плацентарна дисфункція в 23% і в 36% відповідно;
  - затримка розвитку плода відмічена в 16% і 22% відповідно;

- артеріальна гіпертензія, що асоціюється з вагітністю відмічена в 10% і 18% по групах;

- гестаційний діабет діагностований в 10% 1 групи і в 20% – в 2 групі;
- преєклампсія, в основному, легкого ступеня розвинулася у 18% жінок з одноплідною вагітністю і в 24% – з багатоплідною;
- активація хронічної вірусної інфекції відмічена в 23% і 22% спостережень;
- багатоводдя мало місце в 6% і 10% при одноплідній і багатоплідній індукованій вагітності відповідно.

Частота передчасних пологів при багатоплідді була вища, ніж при одноплідній вагітності 24% проти 52% відповідно. При цьому середній термін гестації при одноплідній вагітності склав  $37,6 \pm 1,2$  тиж, при багатоплідній  $35,1 \pm 1,3$  тиж.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок після допоміжних репродуктивних технологій характеризується високою частотою акушерських ускладнень, причому у всіх триместрах вагітності. При оцінюванні частоти різних ускладнень слід зазначити вищий рівень при багатоплідній вагітності в порівнянні з одноплідною. Основним ускладненням у жінок після допоміжних репродуктивних технологій незалежно від кількості плодів є невиношування і передчасні пологи. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Сравнительные аспекты акушерской патологии после вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий характеризуется высокой частотой акушерских осложнений, причем во всех триместрах беременности. При оценке частоты различных осложнений следует отметить более высокий уровень при многоплодной беременности по сравнению с одноплодной. Основным осложнением у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий независимо от количества плодов является невынашивание и преждевременные роды. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, акушерские осложнения.

### The comparative aspects of obstetrical pathology after auxiliary reproductive technologies J.A. Ruban

Results of the spent researches testify that pregnancy at women after auxiliary reproductive technologies is characterised by high frequency obstetrical complications, and in all trimesters of pregnancy. At an estimation of frequency of various complications it is necessary to note higher level at multipara pregnancy in comparison with oneborn. The basic complication at women after auxiliary reproductive technologies irrespective of

quantity of born are spontaneous interruption of pregnancy and premature birth. The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *auxiliary reproductive technologies, obstetrical complications.*

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Н.В. Состояние системы мать-плацента-плод, течение и исходы беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2012. – № 1. – С. 34–36.
2. Александрова Н.В., Баев О.Р. Преждевременные роды при беременности, наступившей с использованием вспомогательных технологий. Пути профилактики. // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4–2. – С. 33–38.
3. Гус А.И., Баев О.Р., Александрова Н.В. Раннее прогнозирование фетоплацентарной недостаточности при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, с помощью трехмерной эхографии. // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2011. – Том 5, № 2. – С. 141.
4. Особенности пренатального скрининга в I триместре при одноплодной беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Н.В. Александрова, О.Р. Баев, А.И. Гус, О.А. Доронина // Материалы конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы». – М., 2011. – С. 3–4.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

## Влияние аномалий развития матки на клиническое течение беременности

**М.О. Сазонова**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с разными формами аномалий матки составляют группу высокого риска по развитию основных осложнений беременности. Наиболее общими клиническими моментами для всех пациенток с аномалиями матки являются высокая частота исходного бесплодия, невынашивания беременности, в том числе привычного, фон для которого не только аномалии как таковые, но и сопутствующие гинекологические заболевания. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

**Ключевые слова:** аномалии развития матки, осложнения беременности.

Врожденные аномалии развития (ВАР) матки и влагалища среди девочек с гинекологической патологией составляют до 6% и имеют тенденцию к росту [1–5]. Клинические проявления ВАР матки и влагалища зависят от формы аномалии и чаще характеризуются дисменореей, первичной аменореей, тазовыми болями [2,5,3]. При ВАР с нарушением оттока менструальной крови в 80% встречается спайный процесс малого таза и эндометриоз [1, 2].

Среди различных вариантов ВАР матки наиболее часто встречаются двурогая и седловидная матка, однако научные публикации, касающиеся особенности течения беременности в зависимости от варианта аномалий развития матки немногочисленны и носят фрагментарный характер.

**Цель настоящего научного исследования:** проанализировать особенности течения беременности у пациенток с различными вариантами ВАР матки.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено двухэтапное исследование, в результате чего созданы два информационных массива. Первый информационный массив включал в себя результаты ретроспективного анализа медицинской документации (150 историй родов и развития новорожденных) беременных с аномалиями развития матки (1 группа).

На втором этапе исследования проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 40 женщин с аномалиями развития матки, составивших основную группу, а также 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов, не имевших отягощенного акушерского анамнеза, которые составили контрольную группу.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рассматривая особенности течения беременности у женщин с аномалиями развития матки в зависимости от типа порока матки, все пациентки были разделены на 5 подгрупп в зависимости от типа порока развития матки: подгруппа седловидной матки 1.1. – 44 (29,3%) женщины; подгруппа двууголой матки 1.2. – 56 женщин (37,3%) (среди них слияние рогов матки в верхней трети у 14, в средней трети у 31, в нижней трети у 11 пациенток); подгруппа удвоения матки 1.3 – 18 (12,0%) женщин; подгруппа внутриматочной перегородки 1.4. – 17 (11,3%) женщин (из них у 3 пациенток полная, у 14 неполная перегородка матки) и подгруппа одноуголой матки 1.5. – 15 женщин (10,0%), кроме того, подгруппа двууголой матки 1.2 была разделена на 3, в зависимости от уровня слияния рогов матки: в верхней 1.2.1, средней – 1.2.2 и нижней трети – 1.2.3.

Удельный вес угрозы невынашивания беременности статистически значимо выше во всех подгруппах у женщин с аномалиями развития матки – 113 женщин (75,3%) по сравнению с пациентками группы контроля – 12 женщин (40,0%). Наибольший уровень отмечен в подгруппах с двууголой маткой и внутриматочной перегородкой ( $p < 0,01$ ). При этом угроза прерывания беременности, сопровождаемая кровянистыми выделениями, что составило 57 пациенток (38,0%) 1 группы во всех подгруппах встречалась чаще, чем у пациентов контрольной группы – 6 женщин (20,0%), однако статистически значимых отличий между подгруппами и в сравнении с группой контроля не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Частота истинно-цервикальной недостаточности (ИЦН) в основной группе составила 12,6%, что статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой (3,3%;  $p < 0,01$ ). В основном, это осложнение имело место в подгруппах с седловидной маткой, внутриматочной перегородкой и двууголой маткой.

Плацентарная дисфункция во всех подгруппах кроме подгруппы двууголой матки со слиянием рогов в верхней трети, была диагностирована чаще (101 женщина – 67,1%), чем в группе контроля (14 пациенток – 46,8%) однако статистически достоверные отличия имели место только в подгруппах с внутриматочной перегородкой и двууголой маткой со слиянием рогов в средней и нижней трети ( $p < 0,05$ ). При этом, удельный вес плацентарной дисфункции статистически значимо ниже в подгруппе двууголой матки со слиянием рогов в верхней трети по сравнению с остальными подгруппами ( $p < 0,05$ ). Кроме того, этот показатель был статистически выше в подгруппе пациенток с двууголой матки со слиянием рогов в нижней трети по сравнению с подгруппами седловидной матки и двууголой матки в целом ( $p < 0,05$ ).

Задержка развития плода (ЗРП) 1 степени была диагностирована у 31 пациентки (20,7%), что статистически чаще по сравнению с контрольной группой (3 пациентки – 9,9%), причем это, в основном, было в подгруппе женщин с двууголой матки со слиянием рогов в нижней трети. Кроме того, статистические различия в этой подгруппе имели место по сравнению с женщинами с седловидной, одноуголой, двууголой маткой в целом и при двууголой матки со слиянием рогов в средней трети.

Случаев ЗРП 2 и 3 ст. в группе контроля не отмечено, а в основной группе ЗРП 3 ст. диагностирован только в двух случаях в подгруппе седловидной матки, при этом в одном случае ЗРП сформировалось на фоне тяжелой преэклампсии, а в другом – при отягощенной акушерском анамнезе (длительное бесплодие и привычное

невынашивание в анамнезе). В подгруппах женщин с внутриматочной перегородкой, двууголой маткой со слиянием рогов в верхней и нижней трети ЗРП 2 и 3 ст. не диагностирована. ЗРП 2 ст. была отмечена в подгруппе женщин с двууголой маткой со слиянием маточных рогов в средней трети, а также в подгруппах седловидной, одноуголой матки и удвоения матки. При этом, если в подгруппах женщин с одноуголой маткой и удвоением матки, большинство пациенток, у которых сформировалась ЗРП 2 ст. (10 случаев – 6,7%), были первобеременными и отставание темпов роста плода преимущественно связано с анатомическими особенностями матки, то в подгруппе женщин с седловидной маткой и двууголой матки со слиянием в средней трети формирование ЗРП 2 ст. проходило на фоне тяжелой преэклампсии (у 4 из 6 женщин), у одной пациентки – на фоне преэклампсии средней степени тяжести, а у другой – при привычном невынашивании в анамнезе.

Итак, в механизме развития ЗРП в подгруппах седловидной и двууголой матки ведущую роль играли не наличие аномалии развития матки, а также и другие факторы (преэклампсия и отягощенный акушерский анамнез). Причем статистические различия встречаются при сравнении контрольной группой и подгруппы женщин с одноуголой маткой ( $p < 0,05$ ).

Суммарная частота отеклов беременных и преэклампсии составила в основной группе 66,1%, что статистически выше по сравнению с группой контроля (40,0%;  $p < 0,05$ ). Наиболее выраженные статистические различия имели место в подгруппах женщин с седловидной и двууголой маткой со слиянием рогов матки в верхней трети, т.е., в наиболее благоприятных с акушерской точки зрения подгруппах. При этом, в подгруппе женщин с двууголой маткой со слиянием рогов в средней трети самый низкий удельный вес поздних гестозов (8,7%). С нашей точки зрения это можно объяснить более низкой частотой у этих пациенток и плацентарной дисфункции. Наибольший удельный вес преэклампсии тяжелой степени тяжести (7,4%) был отмечен в подгруппе женщин с одноуголой маткой по сравнению с подгруппами с седловидной и двууголой матки со слиянием рогов в средней трети (2,1% и 1,6% соответственно). В подгруппах женщин с двууголой маткой со слиянием рогов в верхней и нижней трети, подгруппе с удвоением матки и внутриматочной перегородкой преэклампсии тяжелой степени вообще не было отмечено.

Неправильное положение и предлежание плода в контрольной группе встречалось только в 3,3% случаев, в то время как во всех основных подгруппах удельный вес был статистически выше, кроме подгрупп женщин с двууголой матки со слиянием рогов в верхней и нижней трети. Наибольший удельный вес неправильного положения и предлежания плода регистрируется в подгруппе одноуголой матки (60,0%). Характерно, что во всех подгруппах, кроме подгруппы седловидной матки, в структуре неправильного положения и предлежания плода доминируют варианты тазового предлежания. Наибольший удельный вес косоугольного или поперечного положения плода (32,8%) диагностирован в подгруппах женщин с седловидной и двууголой маткой со слиянием рогов в средней трети, что статистически больше по сравнению с группой контроля (3,3%;  $p < 0,001$ ).

Следовательно, для каждого типа аномалии развития матки характерны свои особенности течения беременности, что в дальнейшем и предопределяет перинатальные исходы в каждой подгруппе.

### Выводы

Таким образом, пациентки с разными формами аномалий матки составляют группу высокого риска по развитию основных осложнений беременности. Наиболее общими клиническими моментами для всех пациенток с аномалиями матки являются высокая частота исходного бесплодия, невынашивания беременности, в том числе привычного, фон для которого не только аномалии как таковые, но и сопутствующие гинекологические заболевания. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

#### Вплив аномалій розвитку матки на клінічний перебіг вагітності

**М.О. Сазонова**

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з різними формами аномалій матки складають групу високого ризику щодо розвитку основних ускладнень вагітності. Найбільш загальними клінічними моментами для всіх пацієнток з аномаліями матки є висока частота вихідного безпліддя, невиношування вагітності, у тому числі звичного, фон для якого не лише аномалії як такі, але і супутні гінекологічні захворювання. Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, особливо в аспекті поліпшення перинатальних результатів розродження.

**Ключові слова:** аномалії розвитку матки, ускладнення вагітності.

#### Influence of anomaly of development of uterus on a clinical current of pregnancy

**M.A. Sazonova**

Results of the spent researches testify that patients with different forms of anomalies of uterus make group of high risk on development of the basic complications of pregnancy. The most general clinical moments for all patients with anomalies of a uterus are high frequency of initial barrenness, incompetence of pregnancy, including habitual, a background for which not only anomalies as those, but also accompanying gynecologic diseases. The received results dictate necessity further studying the given problem, especially in aspect of improvement perinatal outcomes of delivery.

**Key words:** anomalies of development of uterus, pregnancy complication.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. Кокolina В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2009. – 267 с.
4. Мартыш Н.С. Клинико-эхографические особенности аномалий развития матки и влагалища / Н.С. Мартыш // Sono Ace International. – 2010. – № 6. – С. 60–71.
5. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод / А.П. Милованов. – М.: Медицина, 2009. – 447 с.

УДК 618.36:612.616.31

## Профилактика невынашивания и плацентарной дисфункции у женщин с синдромом поликистозных яичников и гиперандрогенией

**А.А. Степур**

Крымский государственный медицинский университет  
имени С.И. Георгиевского

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о негативном влиянии гиперандрогении в анамнезе на формирование фетоплацентарного комплекса, а в дальнейшем и на перинатальные исходы родоразрешения. Использование усовершенствованной методики коррекции плацентарной дисфункции позволяет своевременно провести профилактику декомпенсированных изменений и улучшить перинатальные исходы родоразрешения пациенток группы высокого риска – с гиперандрогенией в анамнезе. Методика является простой и общедоступной, может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** невынашивание, плацентарная дисфункция, синдром поликистозных яичников, гиперандрогения.

Среди причин патологии репродуктивной функции женщин значительная роль принадлежит гиперандрогении (ГА) – патологическому состоянию, которое характеризуется изменениями в секреции андрогенов, нарушениям их метаболизма и связыванию на периферии. Частота этой патологии среди женщин репродуктивного возраста, достигла 15%, а среди пациенток с нарушениями менструальной функции – 35–50% [1–3].

До сегодняшнего дня не исследованы патофизиологические мотивы развития гестационных осложнений у женщин с ГА, не разработаны критерии прогнозирования и, соответственно, профилактики, которая делает невозможным адекватное лечение во времени гестации. Ряд вопросов патогенеза развития плацентарной дисфункции при ГА является открытым вопросом, который вызывает углубленный интерес к изучаемой нами теме [1–3].

Несмотря на большое количество научных публикаций по проблеме течения беременности и родов у женщин с ГА в анамнезе, целый ряд научных задач далеки от решения. По нашему мнению, одной из таких задач является снижение частоты перинатальной патологии у женщин с гиперандрогенией в анамнезе.

Публикации в данном направлении единичные, не систематизированные и имеют фрагментарный характер, что не позволяет достаточно эффективно решить эту научную задачу. Все это в совокупности свидетельствует об актуальности вы-

бранной темы для проведения научного исследования, которое направлено на снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин группы высокого риска.

Целью исследования является снижение частоты перинатальной патологии у женщин с ГА в анамнезе на основании изучения новых аспектов патогенеза развития ПД, а также разработка и внедрение усовершенствованной лечебно-профилактической методики.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели исследования проводились в 2 этапа. На первом этапе проводился клинико-статистический анализ 200 историй родов женщин с ГА в анамнезе. На втором этапе мы провели клинико-лабораторную оценку эффективности разработанных нами лечебно-профилактических мероприятий и обследовали 60 женщин, которые были разделены методом случайного выбора на две группы: I (сравнение) группа – 30 беременных с ГА в анамнезе проведенных во время беременности за общепринятой методикой и II (основная) группа – 30 беременных с ГА в анамнезе, которым мы во время беременности проводили комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику акушерских и перинатальных осложнений.

Всем этим беременным было проведено комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, данных анамнеза, объективных и дополнительных методов обследования. Контрольную группу составили 30 беременных (КГ), которые были родоразрешены через естественные родовые пути без соматической и гинекологической патологии.

Критерием включения пациенток у исследования было наличие ГА в анамнезе.

Использованные для обследования беременных женщин методы являются безопасными для матери и плода, достаточно информативными для объективной оценки функционального состояния разных систем и систем материнско-плодового комплекса. Обследование всех беременных женщин проведено за одинаковыми методиками и с использованием одних и тех же аппаратов, что исключает влияние возможной ошибки, характерной для любого не инвазивного метода исследования, на достоверность результатов обследования.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия у беременных II группы включали в себя, соответственно протоколов МЗ Украины, гормональную коррекцию (глюкокортикоиды и гестагены), витаминотерапию (витамины С, Е, Р); антиоксиданты, спазмолитики и антиагреганты. При наличии истмико-цервикальной недостаточности на шейку матки налагался циркулярный шов в сроке от 16–18 до 22–24 нед беременности.

Отличительными чертами применения предложенного нами комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных III группы были: индивидуальный подбор используемых средств лечения в зависимости от генеза ГА; поэтапный подход; последовательное использование дополнительных препаратов с одновременным приложением лишь 1–2 (исключительно за потребностью 3). К комплексу профилактических мероприятий включали препараты актовегин, диосмин (флебодиа) и солкосерил по общепринятым дозировкам.

Длительность и качество проведения лечебно-профилактических мероприятий зависела от результатов дополнительных методов исследования: эхографии, доплерометрии, кардиотокографии (КТГ), биофизический профиль плода (БПП), оценки эндокринологического статуса, которые динамически использовались после 20 недель беременности.

При выборе метода родоразрешения особое внимание уделялось возрасту пациенток, их анамнезу (наличие бесплодия в анамнезе, мертворождение), состояния плода и готовности родовых путей. Программированные роды проводились только при готовности родовых путей и удовлетворительном состоянии плода по показателям функциональной диагностики. Обязательным моментом представлялась предыдущая амниотомия и динамическое кардиомониторное наблюдение. Наиболее адекватным методом обезболивания родов у беременных с ГА в анамнезе является перидуральная анестезия, которая позволяет не только снять болевые ощущения, связанные с сокращениями матки, и, тем самым, ликвидировать родовый стресс, но и в результате блокады симпатичных нервных волокон улучшить регионарное кровообращение в органах малого таза и матки, нормализовать маточно-плацентарное кровообращение.

Особенности ведения родов заключались в ограниченном применении производных окситоцина, использовании перидуральной анестезии, своевременной эпианотомии и профилактике гипотонического кровотечения.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности у исследуемых нами беременных с ГА в анамнезе, сопровождается высокой частотой угрозы прерывания беременности (33,3%) на фоне истмико-цервикальной недостаточности (16,7%). После 20 нед беременности значительным уровнем гестационной анемии (53,3%); ПД (43,3%); угрозы преждевременных родов (33,3%) и преэклампсии (26,7%).

Частота преждевременных родов у этих беременных составляет 23,3%, а среди основных причин чаще других встречается преждевременный разрыв плодовых оболочек (57,1%), в 28,6% наблюдений имела место повышенная сократительная активность матки и только в одном случае (14,3%) – досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения в связи с хроническим дистрессом плода на фоне ПД и задержки развития плода (ЗРП) III степени.

Среди основных методов родоразрешения стоит указать на высокую частоту кесаревых сечений (КС), у каждой третьей беременной с ГА в анамнезе (36,7%) была проведена эта операция. В структуре показаний к операции преобладали острый дистресс плода на фоне ПД (36,3%) и неэффективное лечение аномалий родовой деятельности (27,3%).

Перинатальные последствия родоразрешения у беременных с ГА в анамнезе характеризуются высокой частотой ЗРП (23,3%); асфиксии новорожденных (20,0%), синдрома дыхательных расстройств (23,3%), обусловленных недоношенностью, а также постгипоксическая энцефалопатия (13,3%). Суммарные перинатальные потери составляют 66,7% (синдром дыхательных расстройств на фоне глубокой недоношенности и острая асфиксия плода на фоне тяжелой формы ЗРП).

Динамика уровня гормонов и плацентарных белков в течение беременности у этих женщин показала, что ПД у них развивается с 20 нед беременности на фоне



выраженных дисгормональных и дисметаболических нарушений: снижение содержания плацентарного лактогена, эстриола и кортизола на фоне одновременного увеличения концентрации плацентарных белков – плацентарного  $\alpha$ -1 микроглобулина;  $\alpha$ -2 микроглобулина фертильности и трофобластического  $\beta$ -гликопротеида; с 24-й недели достоверно уменьшается уровень тестостерона, а после 32 нед – 17-оксипрогестерона и дегидроэпиандростерона-сульфата.

Особенности формирования и функциональное состояние фето-плацентарного комплекса (ФПК) по данным инструментальных методов исследования у беременных с ГА в анамнезе показали, что изменения функционального состояния ФПК наблюдаются с 28-й недели беременности и характеризуются высокой частотой ЗРП (16,7%); нарушениями сердечной деятельности плода (10,0%); дыхательных движений плода (13,3%); его двигательной активности (13,3%) и тонуса (8,0%). Субкомпенсированные нарушения ФПК имеют место в 10,0% и декомпенсированные в 6,7%.

Маточно-плацентарно-плодовое кровообращение у обследованных беременных характеризовались достоверным усилением кровообращения в артерии пуповины (АП) (СДО КШК – до  $5,3 \pm 0,4$  и ИР – до  $1,3 \pm 0,1$ ;  $p < 0,05$ ) и в маточных артериях (МА) (СДО КШК – до  $2,5 \pm 0,1$  и ИР – до  $0,7 \pm 0,03$ ;  $p < 0,05$ ).

Использование предложенных нами лечебно-профилактических мероприятий у беременных с ГА в анамнезе позволило снизить частоту угрозы преждевременных родов (с 23,3% до 13,3%); ПД (с 43,3% до 23,3%); преэклампсии (с 26,7% до 13,3%); преждевременных родов (с 23,3% до 10,0%); кесаревых сечений (с 36,7% до 23,3%); ЗРП (с 23,3% до 10,0%); асфиксии новорожденных (с 20,0% до 13,3%); синдрома дыхательных расстройств (с 23,3% до 13,3%); постгипоксической энцефалопатии (с 13,3% до 6,7%), а также предупредить перинатальные потери у этих женщин.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о негативном влиянии гиперандрогении в анамнезе на формирование фетоплацентарного комплекса, в а последующем и на перинатальные результаты родоразрешения. Использование усовершенствованной методики коррекции плацентарной дисфункции позволяет своевременно провести профилактику декомпенсированных изменений и улучшить перинатальные результаты родоразрешения пациенток группы высокого риска – с гиперандрогенией в анамнезе. Методика является простой и общедоступной, может найти широкое употребление в практическом здравоохранении.

### Профілактика невиношування і плацентарної дисфункції у жінок з синдромом полікістозних яєчників і гіперандрогенією

**А.А. Степур**

Результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив гіперандрогенії в анамнезі на формування фетоплацентарного комплексу, в а подальшому і на перинатальні результати розродження. Використання вдосконаленої методики корекції плацентарної дисфункції дозволяє своєчасно провести профілактику декомпенсованих

змін і поліпшити перинатальні результати розродження пацієнток групи високого ризику – з гіперандрогенією в анамнезі. Методика є простою і загальнодоступною, може знайти широке вживання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** невиношування, плацентарна дисфункція, синдром полікістозних яєчників гіперандрогенія.

### Preventive maintenance incompetence and placental dysfunction at women with syndrome polycystos ovariums and hyperandrogenia

**A.A.S tepur**

Results of the spent researches testify to negative influence of hyperandrogenia in anamnesis on formation fetoplacental complex, in and further and on perinatal outcomes of delivery. Use of an advanced technique of correction of placental dysfunction allows to carry out in due time preventive maintenance decompensation changes and to improve perinatal outcomes of delivery patients of group of high risk – with hyperandrogenia in anamnesis. The technique is simple and popular, wide application in practical public health services can find.

**Key words:** incompetence, placental dysfunction, syndrome polycystos ovariums, hyperandrogenia.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

УДК 618.3/5-08-06:618.36-007

## Порівняльні аспекти причин розвитку і варіантів міграції аномального розташування плаценти

*В.І. Бойко, С.А. Ткаченко*

Медичний інститут Сумського державного університету

Результати проведених досліджень свідчать, що чинниками ризику патологічного перебігу гестації при аномальній плацентації є: вік старше 30 років; високий паритет; інфекції урогенітального тракту; структурні порушення матки (рубець/міома/аномалії). Основними критеріями міграції плаценти є: локалізація відносно стінок матки, швидкість і варіант процесу. Визначено трьох типів швидкості переміщення плаценти: повільний – менше 0,3 см/тиж; помірний – від 0,3 до 0,5 см/тиж; швидкий – більш 0,5 см/тиж. Виділені також завершений (повна міграція) і незавершений варіант (неповна міграція) процесу переміщення. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики ведення вагітності у пацієнток цієї групи.

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

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, стани плода і новонародженого при АРП залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими.

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

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно обстежені 100 жінок (основна група) з АРП. При ультразвуковому скринінгу в 16 тиж вагітності в даного контингенту спостережуваних плацент розташовувалася на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

Проведений аналіз клінічних характеристик періоду гестації і пологів залежно від локалізації плаценти і реалізації процесу міграції:

I підгрупа – 20 пацієнток з передлежанням плаценти (міграція була відсутня);

II підгрупа – 37 жінок з низьким розташуванням плаценти унаслідок незавершеної/неповної міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву);

III підгрупа – 43 вагітних, в яких в результаті завершеної/повної міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за зів).

Як контрольна група обстежені 50 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

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

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

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

Процес незавершеної міграції плаценти відмічений, починаючи з 17–18 тиж вагітності, закінчувався він в 29–30 тиж. Максимальна швидкість (0,51 см/тиж) відповідає швидкому типові міграції і реєструвалася вона в 22–24 тиж гестації

( $p < 0,05$ ). Різка зміна темпу (відсутність помірного типу міграції), стрибкоподібні, короткі етапи наростання і зниження швидкості міграції виявлялися вираженою клінікою з домінуючим симптомом кров'яних виділень, що мастять.

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

### ВИСНОВКИ

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

#### **Сравнительные аспекты причин развития и вариантов миграции аномального расположения плаценты** **В.И. Бойко, С.А. Ткаченко**

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

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

#### **Comparative aspects of the reasons of development and variants of migration of an abnormal arrangement of a placenta** **V.I. Boyko, S.A. Tkachenko**

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

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

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

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2012. – № 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, 2011. – № 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.

УДК618.5-02:618.14-092:611.664

## Дискоординована пологова діяльність в аспекті морфологічних змін

С.Я. Ткачик

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

Результати морфологічного обстеження міометрія при дискоординованій пологовій діяльності показали, що вміст фіброзної тканини і міоцитів порівняно з міометрієм при фізіологічній пологовій діяльності. Вивчення показників мікроциркуляції і ангиогенезу показало достовірне зниження цих величин при аномалії пологової діяльності, що вивчалася. Достовірне підвищення експресії до прогестерону при практично незмінній інтенсивності експресії рецепторів до естрогену відрізняє міометрії при дискоординованій пологовій діяльності від міометрія при фізіологічній пологовій діяльності. Грунтуючись на отриманих даних, ми вважаємо недоцільним введення естрогенумісних препаратів в пологах з метою корекції дискоординованої пологової діяльності. Необхідний пошук препаратів, що блокують прогестеронові рецептори, які не впливають негативно на мікроциркуляцію або поліпшують її.

**Ключові слова:** дискоординована пологова діяльність, морфологія міометрія.

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

Вивчення особливостей структури міометрія в пологах представляє практичний інтерес для розуміння процесів етіології, патогенезу розвитку аномалії пологової діяльності, що у свою чергу дозволить підвищити ефективність профілактики і лікування даної патології.

Судинна система міометрія в пологах має ряд істотних особливостей. При вивченні ультраструктури міометрія виявлені ознаки проліферації клітинних компонентів внутрішньої і середньої оболонки судин. У процесі пологів цей механізм забезпечує інтенсифікацію змінних процесів. Виявлені зміни експресії ангиогенних чинників зростання цілого ряду ускладнень гестаційного процесу – затримка розвитку плода (ЗРП), преєклампсія [5, 6]. Доведено, що повноцінний васкулогенез і ангиогенез в плаценті можливі лише при збалансованій взаємодії ангиогенних чинників [5, 6]. Виходячи з вище викладеного, представляється перспективним вивчення процесів утворення нових судин в міометрії, які можуть відігравати ключову роль в патогенезі розвитку дискоординованої пологової діяльності.

Дослідження рецепторного статусу в міометрії в процесі пологів небагаточисельні і суперечливі [5, 6]. Є поодинокі відомості про стан рецепторного апарату при слабкості пологової діяльності [6]. Про рівень рецепторів міометрія при дискоординованій пологовій діяльності в доступній нам літературі відомостей немає.

**Мета наукового дослідження:** вивчення морфологічних особливостей при дискоординованій пологовій діяльності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З урахуванням поставленої мети були вивчені зразки міометрія з області розрізу на матці при операції кесарева розтину у 25 породіль, корекція аномалії пологової діяльності в яких не принесла успіху і пологи завершилися шляхом операції кесарева розтину з приводу неефективного лікування дискоординованої пологової діяльності (ДРД). Аналіз проводили порівняно з міометрієм пацієнок з фізіологічною пологовою діяльністю (ФРД) у 11 пацієнок, де свідченням для операції були: клінічний вузький таз, дистрес плода в пологах.

З діагностичною метою в області операційного розрізу аналізували ділянку передньої стінки матки розміром 0,5×1×1 см. Фрагменти міометрія, не відмиваючи водою, поміщали для світлової мікроскопії в 10% нейтральний забуферений формалін на 24 год. Далі матеріал зневоднювали, знежирювали і заливали в парафін в гістологічному автоматі по загальноприйнятій методиці. З метою проведення оглядової мікроскопії матеріалу зразки міометрія забарвлювали гематоксилином і еозином; для визначення сполучнотканинного каркаса зрізи забарвлювали пікрофуксином по методу ван Гісона. Гістостереометричне оцінювання препаратів проводили за допомогою оброблення цифрового зображення мікропрепарата програмним засобом Bio Vision 2,0 (West Medica, Австрія).

У всіх випадках було здійснено поглиблене морфологічне вивчення матеріалу біопсії із застосуванням методу імуногістохімії. Імуногістохімічне дослідження проводили на парафінових зрізах товщиною 5 мкм, які депарафінували по стандартній методиці. Для роботи використовували операційний матеріал матки з тривалістю фіксації в 10% розчині нейтрального формаліну протягом 24–48 год.

Зрізи для виявлення антигенів обробляли в мікрохвильовій печі потужністю 600 Вт протягом 10 хв в 0,01М цитратному буфері (рН 6,0); далі охолоджували 30 хв при кімнатній температурі і промивали у фосфатно-сольовому буфері (рН 7,4). Для імуноного фарбування використовували стрептавідин-біотинний пероксидазний метод і відповідний набір детекції («Novocastra», Великобританія). Зрізи інкубували з моноклональними антитілами до рецепторів клітин ендотелію (CD34), антигена судинного ендотеліального чинника зростання (VEGF), у вологій камері 60 хв при температурі 37 °С. Представництво рецепторів статевих гормонів міометрія вивчали за допомогою МКАТ до рецепторів естрогену (ER) і Прогестерону (PR). Результати імуногістохімічного фарбування оцінювалися шляхом підрахунку об'ємної щільності клітинних структур (ядер або цитоплазми), що сприйняли забарвлення хромогена до площі гістологічного зрізу. Підрахунок об'ємної щільності виконували за допомогою обробки цифрового зображення мікропрепарата програмним засобом Bio Vision 2,0 (West Medica, Австрія).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У структуру міометрія входять гладком'язові волокна, елементи сполучної тканини і мікросудинного русла.

Об'ємна щільність міоцитів і фіброзної тканини в міометрії при дискоординованій і фізіологічній пологовій діяльності не має достовірних відмінностей.

При аналізі мікросудинного русла ми розглядали об'ємну щільність судин мікроциркуляції (CD34) і потенціал ангіогенезу (VEGF – об'ємну щільність судинного ендотеліального чинника зростання). Дані представлені в табл. 1.

З таблиці виходить, що при дискоординаній пологовій діяльності в міометрії не лише відбувається достовірне зниження активності мікроциркуляції, але й достовірно зменшується потенціал ангіогенезу.

Перспективне вивчення рецепторного апарату міометрія, зміна стану якого може бути одним з можливих механізмів розвитку аномалій пологової діяльності.

У табл. 2 дана характеристика об'ємної щільності рецепторів до прогестерону і естрогену в міометрії.

Аналіз представлених даних показав, що вміст рецепторів до прогестерону в міометрії при дискоординаній пологовій діяльності достовірно більше, ніж в міометрії при ФРД, що, вочевидь, має значення в розвитку даної аномалії і вимагає подальшого вивчення і впровадження в практику. Об'ємна щільність рецепторів до естрогену не мала достовірних відмінностей.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, морфологічне обстеження міометрія при дискоординаній пологовій діяльності, показало, що вміст фіброзної тканини і міоцитів порівняно з міометрієм при фізіологічній пологовій діяльності. Вивчення показників мікроциркуляції і ангіогенезу показало достовірне зниження цих величин при аномалії пологової діяльності, що вивчалася. Достовірне підвищення експресії до прогестерону при практично незмінній інтенсивності експресії рецепторів до естрогену відрізняє міометрії при дискоординаній пологовій діяльності від міометрія при фізіологічній пологовій діяльності. Грунтуючись на отриманих даних, ми вважаємо недоцільним введення естрогенумісних препаратів в пологах з метою корекції дискоординаній пологової діяльності. Необхідний пошук препаратів, що блокують прогестеронові рецептори, не впливають негативно на мікроциркуляцію або поліпшують її.

Таблиця 1

#### Об'ємна щільність судин мікроциркуляції і судинного ендотеліального чинника зростання при ДРД і ФРД

Показник	Міометрій при ДРД n=25	Міометрій при ФРД n=11	P
Об'ємна щільність судин мікроциркуляції (CD34)	5,29±0,42	7,94±1,56	<0,05
Об'ємна щільність судинного ендотеліального чинника зростання (VEGF)	8,22±0,86	8,87±0,91	<0,05

Таблиця 2

#### Об'ємна щільність рецепторів до Прогестерону і естрогену в міометрії

Показник	Міометрій при ДРД n=25	Міометрій при ФРД n=11	P
Об'ємна щільність рецепторів до Прогестерону	1,33±0,18	0,68±0,17	<0,05
Об'ємна щільність рецепторів до естрогену	0,64±0,12	0,39±0,17	>0,05

### Дискоординированная родовая деятельность в аспекте морфологических изменений

С.Я. Ткачик

Результаты морфологического обследования миометрия при дискоординированной родовой деятельности, показали, что содержание фиброзной ткани и миоцитов сопоставимо с миометрием при физиологической родовой деятельности. Изучение показателей микроциркуляции и ангиогенеза показало достоверное снижение этих величин при изучаемой аномалии родовой деятельности. Достоверное повышение экспрессии к прогестерону при практически неизменной интенсивности экспрессии рецепторов к эстрогенам отличает миометрий при дискоординированной родовой деятельности от миометрия при физиологической родовой деятельности. Основываясь на полученных данных, мы считаем не целесообразным введение эстрогеносодержащих препаратов в родах с целью коррекции дискоординированной родовой деятельности. Необходим поиск препаратов, блокирующих прогестероновые рецепторы, не оказывающих отрицательного влияния на микроциркуляцию или улучшающих ее.

**Ключевые слова:** дискоординированная родовая деятельность, морфология миометрия.

### The dyscoordination patrimonial activity in aspect of morphological changes

S.J. Tkachik

Results of morphological inspection of myometrium at dyscoordination patrimonial activity, have shown that the maintenance of a fibrous fabric and myocytes is comparable with myometrium at physiological patrimonial activity. Studying of indicators of microcirculation and angiogenesis has shown authentic decrease in these sizes at studied anomaly of patrimonial activity. Authentic increase of an expression to a progesterone at almost not changed intensity of an expression of receptors to an estrogen distinguishes myometrium at dyscoordination patrimonial activity from myometrium at physiological patrimonial activity. Being based on the received data, we consider not expedient introduction estrogenal preparations in sorts for the purpose of correction dyscoordination patrimonial activity. Search of the preparations blocking progesterons receptors, not rendering negative influence on microcirculation or improving it is necessary.

**Key words:** dyscoordination patrimonial activity, morphology of myometrium.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Абрамченко В. В., Капленко О. В. Адренергические средства в акушерской практике. – СПб.: Петрополис, 2010. – 272 с.
- Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Н.Новгород: НГМА, 2011. – 282 с.
- Вдовин С.В. Дискоординированные сокращения матки в конце беременности и в родах // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2012. – № 4. – С. 76–79.
- Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 2011. – № 4. – С. 78–82.
- Павлович Е.Р. Количественный морфологический анализ миометрия матки первородящих женщин с патологической родовой деятельностью. Дискоординация родовой деятельности / Е.Р. Павлович, В.М. Ботчей, А.Д. Подтетенев // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 10. – С. 32–37.
- Moulton B.C. Progesterin and estrogen control of cathepsin D expression and processing in rate uterine luminal epithelium and stroma myometrium / B.C. Moulton, S.A. Khan // Proc. Soc. Exp. Boil. Med. – 2012. – Vol. 201, № 1. – P. 98–105.

УДК 618.312-06:618.177-089.888.11

## Современные факторы риска внематочной беременности

**А.Я. Шевага**

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

Исследование позволило определить, что наиболее важной причиной эктопической беременности из изученных является предшествующее воспаление органов малого таза. Кроме того, полученные нами данные свидетельствуют о том, что эктопическая беременность является следствием действия множества различных факторов. Наиболее важным фактором риска эктопической беременности из изученных являются перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза неуточненной этиологии. Другие значимые факторы, ассоциированные с аномальной плацентацией, такие как предшествующая эктопическая беременность и продолжительность половой жизни более 5 лет могут рассматриваться как факторы воспаления и наличия патологии маточных труб, требующие дальнейшего изучения. Методика является простой и может быть использована в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** эктопическая беременность, факторы риска.

Эффективная программа профилактики эктопической беременности не может быть разработана без изучения факторов риска данного состояния. Несмотря на то, что некоторые факторы риска ЭБ идентифицированы, результаты проведенных исследований не могут в полной мере быть применены к популяции украинских женщин, имеющих отличающиеся культурные и социодемографические характеристики, особенности полового и контрацептивного поведения. Опубликованные работы исследователей по изучению факторов риска ЭБ проводились с помощью описательной статистики [1–3]. И, насколько нам известно, в Украине не проводилось исследований типа случай-контроль по изучению предикторов ЭБ.

**Цель исследования:** изучить наиболее значимые факторы риска эктопической беременности.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью было обследовано 100 пациенток с эктопической беременностью (группа исследования), и в качестве группы сравнения 100 женщин с маточной беременностью (из них 50 – женщины на поздних сроках беременности, 50 – женщины, обратившиеся для проведения процедуры искусственного аборта по желанию). Отбор пациенток носил случайный характер.

Нами были использованы социологические, клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые и цитологические методы исследования.

При сборе научной информации у пациенток с эктопической и маточной беременностью использовался анкетный метод. В каждом случае заполнению анкеты предшествовала разъяснительная работа и пробное анкетирование. Контроль первичного материала осуществлялся путем проверки ряда параметров по данным официальной медицинской документации.

Во всех случаях проводили общеклинические анализы крови и мочи, бактериоскопическое исследование содержимого из цервикального канала и влагалища.

Эхоскопическое исследование органов малого таза выполняли при помощи прибора «Aloka 4000», с абдоминальным, трансвагинальным датчиками (3,5 и 6,0 Мгц) на момент госпитализации на приемном покое и в некоторых случаях в процессе нахождения в стационаре.

С целью диагностики ЭБ выполнялась лапароскопия, которую проводили с использованием аппаратуры «Karl Storz» по общепринятой методике.

Кроме того, с диагностической целью у 17 женщин был проведен кульдоцентез. В 25 случаях, ввиду атипичной клинической картины заболевания, пациенткам было произведено диагностическое выскабливание полости матки по общепринятой методике.

Результаты мочевых тестов на беременность, учитываемые нами в работе, были получены в результате анкетирования пациенток. Проведение данного исследования осуществлялось ими самостоятельно, с использованием доступных в аптечной сети тест-систем.

После выполнения оперативного вмешательства в медицинскую карту вносились описание метода, особенности операции, вид анестезиологического пособия.

Методика формирования и оценки факторов риска. Основой для данного анализа послужили данные, полученные при анкетировании 100 пациенток с ЭБ и 100 женщин с маточной беременностью. Использование идентичной методики и места проведения на всех этапах исследования позволило получить адекватные, репрезентативные сравнения социально-медицинских аспектов.

Изучение влияния различных причинных факторов на формирование эктопической беременности было основано на расчете отношения шансов (ОШ) для различных предикторов в логистической регрессионной модели. Ввиду большого количества потенциальных факторов риска исследование включало в себя два этапа. На первом этапе для каждого из показателей был выполнен расчет отношения шансов в модели моновариантного анализа. В дальнейшем наиболее существенные из них были помещены в модель множественной логистической регрессии, что позволило определить скорректированное отношение шансов для каждого из предикторов, и выделить из этой группы неблагоприятных факторов, наиболее независимые и важные в плане выработки рекомендаций. Значимыми считали предикторы, для которых ОШ было  $>1,9$ , а значение  $p < 0,05$ .

Для статистической обработки полученных результатов исследования применялись общепринятые методы: метод вариационной статистики с вычислением среднего значения (M). Основные результаты в тексте представлены в виде  $M \pm m$ , достоверными считались различия при  $p < 0,05$ . Для анализа результатов, полученных в ходе цитологического исследования, применялся дискриминантный анализ. Для парных сравнений t-критерий Стьюдента и линейный корреляционный анализ.

Оценка факторов риска проводилась путем использования логистической регрессии с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ).

Обработку данных проводили с использованием программы SPSS (Statistical Package for Social Science, release 13.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Графический и текстовый материалы составлены с использованием программы MS Power Point и MS Windows® XP.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проведен анализ основных параметров репродуктивного здоровья женщин с экстрагениальной беременностью. Средний возраст пациенток с ЭБ составил  $28,4 \pm 0,9$  года. Большинство женщин (82,0%) находились в возрасте 21–35 лет.

Анализ менструальной функции пациенток с ЭБ, включавший в себя исследование параметров становления менструаций, характеристик менструального цикла, возраста начала половой жизни, показал, что они соответствовали нормальным и аналогичным в группе сравнения. Так возраст менархе равнялся  $13,5 \pm 0,3$  года, установление регулярного менструального цикла в течение первого года после менархе произошло у 96,0% женщин, у 83,0% пациенток с ЭБ менструальные циклы были нормопонирующими.

Исследование особенностей половой функции женщин с ЭБ, выявило, что 30,0% пациенток начали половую жизнь в возрасте моложе 17 лет. При этом, средний возраст сексуального дебюта составил  $17,5 \pm 0,8$  года.

Оценка генеративной функции показала, что первобеременными в нашем исследовании были 14,0% женщин. Повторнобеременными, но без выполненной репродуктивной функции – 17,0% пациенток с ЭБ. Женщины, имевшие 1–2 беременности до настоящей составили 40,0%, а три и более – 45,0% всех случаев.

Среди повторнобеременных пациенток роды в анамнезе были у 79,0% женщин, медицинские аборт – у 72,0%, самопроизвольные аборт – у 18,0%. Кроме того, у 16,0% женщин данной группы уже была ЭБ, из них у 1,0% – это состояние возникло уже в третий раз.

Бесплодие в анамнезе было отмечено у 6,0% пациенток (у 5,0% в группе сравнения), в 1,0% беременность наступила на фоне медикаментозной стимуляции овуляции.

При исследовании контрацептивного поведения пациенток с ЭБ выявлено, что большинство женщин (76,0%) не использовали методы предупреждения нежелательной беременности. При использовании контрацепции наиболее часто ЭБ наступала на фоне барьерных методов – 12,0%, реже при приеме комбинированных оральных контрацептивов – 3,0% и спермицидов – 3,0%.

В структуре предшествовавшей гинекологической патологии у пациенток с ЭБ превалировали воспалительные заболевания органов малого таза, отмеченные в 61,0% случаев, значительно превышая аналогичный показатель в группе сравнения (25,0%).

Несмотря на широкое распространение воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы, 87,0% женщин отрицали наличие инфекций передающихся половым путем в анамнезе, при этом только 44,0% пациенток с ЭБ, в нашем исследовании, ранее обследовались в отношении хламидиоза, микоплазмоза и уре-

аплазмоза (75,0% в группе сравнения). Высокий процент неуточненной этиологии предшествовавшего воспалительного заболевания, может свидетельствовать о недостаточности адекватной диагностики и лечении предшествовавшего инфекционного процесса у женщин с ЭБ.

Анализ хирургического анамнеза позволил определить, что 32,0% пациенток с ЭБ и 20,0% женщин с маточной беременностью имели предшествующие оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Важно отметить, что разница этих показателей была обусловлена только количеством операций на маточных трубах, составивших в группе исследования 15,0%, против 3,0% в группе сравнения.

Для определения факторов риска ЭБ нами было выполнено исследование типа случай-контроль. Для каждого из изученных факторов, из собранных нами данных анамнеза 100 пациенток с ЭБ и 100 женщин с маточной беременностью, был проведен расчет некорректированного отношения шансов (ОШ). Что позволило выявить ассоциацию с риском атипичной плацентации для следующих предикторов: возраст старше 30 лет, порядковый номер данной беременности больше 2, наличие родов, медицинских абортов и ЭБ в анамнезе, стаж половой жизни более 5 лет, предшествующее воспаление органов малого таза, оперативные вмешательства на маточных трубах. Так как группы случаев и контролей характеризовались различным и несоответствующим нормальному распределением признаков, для получения более точных данных, мы провели коррекцию этих показателей в мультивариантном логистическом регрессионном анализе. Значение изученных факторов после коррекции изменилось, позволило выявить наиболее независимые и постоянные из них, это: ЭБ в анамнезе, воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе, стаж половой жизни более 5 лет (таблица).

Другие же факторы риска, наоборот несколько утратили свои позиции, тем не менее, нельзя не отметить, что для них сохраняются определенные закономерности: рост значения ОШ растет с возрастом женщины, количеством предшествующих беременностей, преимущественно закончившихся родами или искусственными абортами.

Уменьшение ОШ для показателя «предшествующие оперативные вмешательства на маточных трубах», при сохранившем свое значение показателе «ЭБ в анамнезе», также весьма показательно. Учитывая тот факт, что абсолютное большинство (94,0%) предшествующих ЭБ в нашем исследовании закончились тубэктомией, это в очередной раз свидетельствует о том, что патологическая ситуация, приводящая к атипичной плацентации не была устранена удалением маточной трубы.

Анализ прогностической значимости модели позволил определить, что ее воспроизводимость составляет 78–84%.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, наше исследование позволило определить, что наиболее важной причиной ЭБ из изученных является предшествующее воспаление органов малого таза. Кроме того, полученные нами данные свидетельствуют о том, что ЭБ является следствием действия множества различных факторов. Наиболее важным фактором риска ЭБ из изученных являются перенесенные воспалительные заболе-

**Корригированное\* отношение шансов для наиболее значимых факторов риска эктопической беременности**

Факторы	Корригированное ОШ	95% ДИ	P
Возраст (годы) <20	0,7	0,2-2,1	0,467
20-24	1		0,132
25-29	0,6	0,3-1,2	0,111
30-34	0,8	0,3-1,8	0,585
35-39	1,2	0,4-3,3	0,714
≥40	2,4	0,5-10,9	0,267
Паритет 1	1		0,627
2	0,7	0,3-1,6	0,389
≥3	0,6	0,2-1,7	0,359
Роды нет	1		0,034
1	2,0	1,0-3,9	0,042
≥2	1,2	0,5-2,8	0,746
Медицинские абортеты нет	1		0,313
1	1,2	0,6-2,3	0,683
2	1,8	0,8-4,2	0,196
≥3	0,9	0,4-1,8	0,715
ЭБ в анамнезе нет	1		
да	8,4	1,9-37,7	0,006
Операции на маточных трубах			
нет	1		
да	0,8	0,2-3,4	0,785
Стаж половой жизни ≤5лет	1		0,048
6-9	2,3	1,1-4,6	0,028
≥10	3,1	1,2-8,2	0,018
ВЗОМТ нет	1		
да	3,9	2,6-5,8	<0,001

Примечание: \* – коррекция проводилась на все факторы риска, представленные в таблице.

вания органов малого таза неуточненной этиологии (ОШ<sub>к</sub>=3,9; 95%ДИ: 2,6–5,9). Другие значимые факторы, ассоциированные с аномальной плацентацией, такие как предшествующая ЭБ (ОШ<sub>к</sub>=8,4; 95%ДИ: 1,9–37,9) и продолжительность половой жизни более 5 лет (ОШ<sub>к</sub>=2,3; 95%ДИ: 1,1–4,7) могут рассматриваться как факторы воспаления и наличия патологии маточных труб, требующие дальнейшего изучения. Методика является простой и может быть использована в практическом здравоохранении.

**Сучасні чинники ризику позаматкової вагітності  
О.Я. Шевга**

Наше дослідження дозволило визначити, що найбільш важливою причиною ектопічної вагітності з вивчених є попереднє запалення органів малого таза. Крім того, отримані нами дані свідчать про те, що ектопічна вагітність є наслідком дії безлічі різних чинників. Найбільш важливим чинником ризику ектопічної вагітності з вивчених є перенесені запальні захворювання органів малого таза неуточненої етіології. Інші значимі чинники, що асоціюються з аномальною плацентацією, такі як попередня ектопічна вагітність і тривалість статевого життя більше 5 років можуть розглядатися як чинники запалення і наявності патології маткових труб, що вимагають подальшого вивчення. Методика є простою і може бути використана в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** ектопічна вагітність, чинники ризику.

**Modern risk factors of ectopical pregnancy  
A.Ya. Shevaga**

Our research has allowed to define, that the most important reason ectopical pregnancy from studied is the previous inflammation of bodies of a small basin. The data besides, obtained by us testify that ectopical pregnancy is a consequence of action of set of various factors. The most important risk factor ectopical pregnancy from studied are the transferred inflammatory diseases of bodies of a small basin of not specified aetiology. Other significant factors, association with abnormal placental, such as previous ectopical pregnancy and duration of a sexual life can be considered more than 5 years as factors of an inflammation and pathology presence uterine the pipes, demanding the further studying. The technique is idle time and can be used in practical public health services.

**Key words:** ectopical pregnancy, risk factors.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндовидеохирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 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 РУДГ, 2012. – № 1. – С. 255–262.
3. Истомина Н.Г. Современные медицинские технологии, применяемые в диагностике и лечении эктопической беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Том LVII, № 1. – С. 111–117.



## Вплив багаторазового обвиття пуповиною шії плода на перинатальні результати розродження

**В.І. Бойко, В.Ю. Яблуновська**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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

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

Проблема зниження перинатальної смертності і захворюваності продовжує залишатися однією з найважливіших в сучасному акушерстві. На тлі низької народжуваності плодів втрати за останніх 10 років залишаються досить високими, хоча і мають тенденцію до зниження [1–4].

За даними сучасної літератури [1–4] більше 75% випадків перинатальної смертності пов'язано з гіпоксією плода, асфіксією новонародженого і внутрішньочерепною травмою гіпоксичного генезу, обумовлених частенько патологією пуповини: відносна короткість пуповини унаслідок її обвиття довкола частин тіла плода. Обвиття пуповини є найчастішим і в теж час одним з найбільш несприятливих в плані прогнозування результату вагітності і пологів для плода. Ознаки хронічної гіпоксії виявлені в 2 рази, а ознаки гострої гіпоксії в 11 разів частіше у дітей, що народилися з обвиттям пуповини пуповиною. Крім того, в цих новонароджених спостерігається високий відсоток порушень мозкового кровообігу і гіпотрофії.

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

**Мета дослідження:** зниження частоти перинатальної патології у жінок при багаторазовому обвитті пуповиною шії плода на основі вивчення особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів, функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також розроблення алгоритму діагностичних заходів і раціональної тактики розродження.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні і статистичні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

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

При розробленні жінок з багаторазовим обвиттям пуповиною шиї плода встановлена пряма кореляційна залежність між частотою обвиття і рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку: дворазове обвиття –  $r=+0,71$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,91$ ; а також між частотою обвиття і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: дворазове обвиття –  $r=+0,74$ ; триразове –  $r=+0,77$  і чотириразове –  $r=+0,93$ . При вивченні зв'язку між основними показниками стану плода і способу розродження показана пряма кореляційна залежність між способом розродження і рівнем затримки внутрішньоутробного розвитку: консервативне –  $r=+0,73$  і оперативне –  $r=+0,79$ ; а також між способом розродження і рівнем середньо-важких форм асфіксії новонароджених: консервативне –  $r=+0,75$ ; і оперативне –  $r=+0,93$ .

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

Морфологічні зміни з боку фетоплацентарного комплексу у жінок з дворазовим обвиттям пуповиною шиї плода характеризуються різко вираженими компенсаторно-приспосувальними реакціями, які макроскопічно виявляються збільшенням маси, об'єму і товщини плаценти, а мікроскопічно – гіперплазією термінальних ворсин, капілярів, збільшенням синцитіокапілярних мембран, судинного індексу і площі капілярів. При три- і кратнішому обвитті наростають деструктивно некротичні зміни, які виявляють наявність  $\beta$ -функціональних зон і збільшенням розповсюдженості незрілих форм ворсин.

Таким чином, багаторазове обвиття пуповиною шиї плода є чинником ризику розвитку плацентарної недостатності, що значною мірою зумовлює високий рівень перинатальної захворюваності і смертності. З метою поліпшення перинатальних результатів розродження необхідне адекватне оцінювання найбільш інформативних клініко-функціональних і лабораторних показників, на підставі чого можливий вибір правильної тактики ведення III триместру вагітності і раціонального методу розродження.

### ВИСНОВКИ

1. Вагітні з багаторазовим обвиттям пуповиною шиї плода відносяться до групи високого перинатального ризику, що вимагає обов'язкового скринінгового трьохетапного обстеження з 34-го тижня вагітності (ехографія, доплерометрія і кардіотокографія).

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

### Влияние многократного обвития пуповиной шеи плода на перинатальные исходы родоразрешения В.И. Бойко, В.Ю. Яблунувская

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что многократное обвитие пуповиной шеи плода является фактором риска развития плацентарной недостаточности, что в значительной мере обуславливает высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности. С целью улучшения перинатальных исходов родоразрешения необходима адекватная оценка наиболее информативных клинико-функциональных и лабораторных показателей, на основании чего возможен выбор правильной тактики ведения III триместра беременности и рационального метода родоразрешения.

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

### Influence repeated twist cord of neck of born on perinatal outcomes of delivery V.I. Boyko, V.Yu. Yablunovskaya

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

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

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пырскова Ж.Ю., Титченко Л.И. Индекс извитости сосудов пуповины. Антенатальная диагностика и перинатальные исходы // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 4. – С. 13–15.
2. Титченко Л.И., Пырскова Ж.Ю. Ультразвуковая диагностика патологии пуповины. Обзор литературы // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 3. – С. 26–28.
3. Шадлун Д.Р. Сучасні аспекти аналізу перинатальної смертності // Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія «Медицина». – 2000. – вип. 11. – С. 292–297.
4. Шадлун Д.Р. Актуальні питання інтранатальних втрат на сучасному етапі // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шулика, Київ, 2000. – вип. 9. – кн. II. – С. 765–769.

## Особенности функционального состояния системы мать–плацента–плод у первородящих позднего репродуктивного возраста

*И.О. Фортуна, Л.В. Мних, В.В. Шелудченко*

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Результаты проведенных исследований показали, что основными маркерами плацентарной дисфункции у первородящих в позднем репродуктивном возрасте являются доплерометрические и эндокринологические показатели, что диктует необходимость усовершенствования существующих лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** мать–плацента–плод, поздний репродуктивный возраст.

Невынашивание беременности (НВ) является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Частота преждевременного прерывания беременности колеблется в пределах 11–26% [1, 2]. Несмотря на значительное число исследований, посвященных профилактике и лечению преждевременного прерывания беременности, невынашивания составляет 6–11% [3–5].

НВ – 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 ярче всего оказывается единство нервной и гуморальной регуляции, контролируемое симпато-адреналовой системой, обеспечивающей организм женщины созданием достаточных энергетических ресурсов в изменившихся условиях внутренней и внешней среды [1, 2, 4, 5].

**Цель научного исследования:** изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса у первородящих позднего репродуктивного возраста.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью научного исследования было проведено клинико-функциональное и лабораторное исследование у 40 первородящих позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет), распределенных на две подгруппы: подгруппа 1.1 – 20 женщин, у которых беременность наступила естественным путем и подгруппа 1.2 – 20 пациенток после ВРТ. Контрольную группу составляли 20 первородящих без акушерской и соматической патологии без отягощенного репродуктивного анамнеза.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для оценки функционального состояния системы мать–плацента–плод был изучен широкий спектр эндокринологических показателей в ранние сроки беременности. Так, самые достоверные отличия наблюдались со стороны трех основных параметров: эстрадиола (Э), прогестерона (ПГ) и хорионического гонадотропина (ХГ), причем степень их изменений зависела от репродуктивного анамнеза пациенток. Полученные данные указывают на достоверное снижение содержания Э (контрольная группа –  $10,1 \pm 0,8$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $7,2 \pm 0,6$  нмоль/л,  $p < 0,05$  и подгруппа 1.2 –  $6,1 \pm 0,3$  нмоль/л,  $p < 0,01$ ), ПГ (контрольная группа –  $183,1 \pm 11,4$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $140,2 \pm 13,2$  нмоль/л,  $p < 0,05$  и подгруппа 1.2 –  $110,4 \pm 8,7$  нмоль/л,  $p < 0,01$ ). В сравнении с этим, уровень ХГ был достоверно снижен только у пациенток после ВРТ (контрольная группа –  $108,7 \pm 7,3$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $107,2 \pm 6,1$  нмоль/л,  $p > 0,05$  и подгруппа 1.2 –  $81,3 \pm 6,1$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ).

В дальнейшем, в 9–10 нед беременности вышеописанные изменения полностью сохранились, а в 12–13 тиж носили несколько другой характер. Это подтверждается отсутствием достоверных отличий со стороны ХГ ( $p > 0,05$ ), а также достоверным увеличением концентрации кортизола (Кр) только у женщин после ВРТ (контрольная группа –  $273,6 \pm 21,4$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $281,9 \pm 20,7$  нмоль/л,  $p > 0,05$  и подгруппа 1.2 –  $351,4 \pm 24,1$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ).

Учитывая полученные эндокринологические результаты необходимо отметить, что высокий риск невынашивания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста объясняется наличием дисгормональных нарушений, в первую очередь, со стороны Э и ПГ. Степень выраженности этих нарушений зависит от репродуктивного анамнеза. При его усложненности наблюдается дополнительное снижение содержания ХГ, которое коррелирует с полученными клиническими и эхографическими результатами.

Среди широкого спектра показателей функционального состояния фетоплацентарного комплекса мы считали целесообразным более детально остановиться на результатах доплерометрических и эндокринологических исследований во II и III триместрах беременности.

Динамика основных показателей (индекс пульсации (ИП), индекс резистентности (ИР) и систоло-диастолическое отношение (СДО)) проведена в маточных артериях, в артерии пуповины, в средней мозговой артерии и аорте плода.

Полученные данные свидетельствуют, что во II триместре беременности отмечено достоверное увеличение только ПИ в маточных артериях (контрольная группа –  $0,72 \pm 0,03$ ; подгруппа 1.1 –  $0,87 \pm 0,04$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $0,88 \pm 0,04$ ;  $p < 0,05$ ). В сравнении с этим, в артерии пуповины в этот же срок беременности отмечено достоверное увеличение всех трех параметров: ПИ (контрольная группа –  $1,01 \pm 0,03$ ; подгруппа 1.1 –  $1,21 \pm 0,05$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $1,20 \pm 0,06$ ;  $p < 0,05$ ); ИР (контрольная группа –  $0,67 \pm 0,01$ ; подгруппа 1.1 –  $0,73 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $0,74 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) и СДО (контрольная группа –  $3,11 \pm 0,11$ ; подгруппа 1.1 –  $3,62 \pm 0,12$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $3,64 \pm 0,11$ ;  $p < 0,05$ ). В средней мозговой артерии плода достоверные отличия между контрольной и основными подгруппами отсутствуют ( $p > 0,05$ ). В аорте плода отмечено только достоверное повышение СДО (контрольная группа –  $5,43 \pm 0,21$ ; под-

группа 1.1 –  $6,97 \pm 0,15$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $6,93 \pm 0,14$ ;  $p < 0,05$ ) на фоне остальных неизменных параметров ( $p > 0,05$ ).

Следовательно, во II триместре беременности основные изменения кровотока происходят в артерии пуповины и только незначительные в маточных артериях и в аорте плода. Эти данные свидетельствуют о начале развития плацентарной дисфункции у первородящих позднего репродуктивного возраста, причем в большей степени за счет страдания плода и последующей задержки внутриутробного развития.

Эндокринологические изменения в этот период беременности характеризуются достоверным снижением содержания Э (контрольная группа –  $16,9 \pm 1,1$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $13,1 \pm 1,0$  нмоль/л;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $12,6 \pm 1,1$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ); ПГ (контрольная группа –  $421,4 \pm 21,1$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $367,4 \pm 22,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $370,5 \pm 21,4$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) и ХГ (контрольная группа –  $212,5 \pm 15,4$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $163,5 \pm 14,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $165,4 \pm 15,2$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) на фоне одновременного увеличения уровня Кр (контрольная группа –  $642,3 \pm 27,1$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $785,4 \pm 21,2$  нмоль/л;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $791,5 \pm 19,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) и неизменном содержанием плацентарного лактогена (ПЛ) ( $p > 0,05$ ).

Полученные нами доплерометрические и эндокринологические результаты коррелируют с высоким уровнем плацентарной недостаточности уже во II триместре беременности. Вместе с тем, нами не установлено достоверных отличий между подгруппами пациенток в зависимости от репродуктивного анамнеза и использования ВРТ.

В III триместре беременности динамика показателей сосудистой резистентности в маточных артериях носит более выраженный характер, который подтверждается достоверным увеличением не только ПИ как во II триместре ( $p < 0,05$ ), но и ИР (контрольная группа –  $0,42 \pm 0,01$ ; подгруппа 1.1 –  $0,52 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $0,53 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) и СДО (контрольная группа –  $1,81 \pm 0,03$ ; подгруппа 1.1 –  $2,09 \pm 0,03$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $2,10 \pm 0,03$ ;  $p < 0,05$ ). В артерии пуповины отмечено достоверное увеличение только двух параметров: ПИ (контрольная группа –  $0,93 \pm 0,03$ ; подгруппа 1.1 –  $1,16 \pm 0,02$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $1,17 \pm 0,03$ ;  $p < 0,05$ ) и СДО (контрольная группа –  $2,55 \pm 0,07$ ; подгруппа 1.1 –  $3,50 \pm 0,12$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $3,49 \pm 0,11$ ;  $p < 0,05$ ). В отличие от II триместра, в III имело место достоверное увеличение показателей сосудистой резистентности в средней мозговой артерии плода, причем как ПИ (контрольная группа –  $1,35 \pm 0,06$ ; подгруппа 1.1 –  $1,23 \pm 0,03$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $1,21 \pm 0,02$ ;  $p < 0,05$ ), так и ИР (контрольная группа –  $0,76 \pm 0,01$ ; подгруппа 1.1 –  $0,69 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $0,68 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$ ). В аорте плода отмечено только достоверное повышение СДО (контрольная группа –  $6,52 \pm 0,27$ ; подгруппа 1.1 –  $7,28 \pm 0,22$ ;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $7,32 \pm 0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

При анализе основных эндокринологических изменений в III триместре дополнительно к вышеописанным имело место достоверное снижение уровня ПЛ (контрольная группа –  $273,4 \pm 21,5$  нмоль/л; подгруппа 1.1 –  $209,5 \pm 17,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$  и 1.2 –  $208,6 \pm 16,2$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ).

## ВЫВОДЫ

Следовательно, как показали результаты проведенных исследований, основными маркерами плацентарной дисфункции у женщин, которые рожают впервые в

позднем репродуктивном возрасте являются доплерометрические и эндокринологические показатели, что диктует необходимость усовершенствования существующих лечебно-профилактических мероприятий.

## Особливості функціонального стану системи мати–плацента–плід у жінок, які народжують вперше у пізньому репродуктивному віці

*І.О. Фортуна, Л.В. Мних, В.В. Шелудченко*

Результати проведених досліджень показали, що основними маркерами плацентарної дисфункції у ж первородящих пізнього репродуктивного віку є доплерометричні і ендокринологічні показники, що диктує необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** мати–плацента–плід, пізній репродуктивний вік.

## Features of a functional condition of system mother-placenta-born at firstlabors at late reproductive age.

*I.O. Fortuna, L.V. Mnih, V.V. Sheludchenko*

Results of the spent researches have shown that the basic markers of placental dysfunction at firstlabors at late reproductive age are dopplerometrical and endocrinological indicators that dictates necessity of improvement of existing treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** mother–placenta–born, late reproductive age.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Травянка Т.Д. Диагностическая ценность цитогормональных исследований при недонашивании беременности // Невынашивание беременности. – М., 2005. – С. 125–126.
2. Ультразвуковое сканирование в диагностике угрожающих преждевременных родов / Хитров М.В., Охупкин М.Б., Белов Н.И., Лилеев С.В. // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 67–68.
3. Уровень гормонов в крови женщин при угрозе прерывания беременности / М.В. Федорова, В.А. Беспалова, Л.И. Терещенко, И.Д. Хохлова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 12. – С. 31–33.
4. Факторы риска и прогнозирование преждевременных родов / Р.Н. Степанова, М.К. Абдурахимова, Х.А. Расулова, М.С. Рустамова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 12. – С. 30–32.
5. Федорова М.В., Смирнова В.С. Современные представления о многоплодной беременности // Вест. Росс. Асс. акуш.-гинеколог. – 2010. – № 1. – С. 38–45.

## Профилактика невынашивания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста

*И.О. Фортунa, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов*  
Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что первородящие позднего репродуктивного возраста составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений. Это обусловлено изменениями со стороны функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также нарушениями гомеостаза и микробиоценоза половых путей. Использование усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий позволяет существенно снизить частоту невынашивания и перинатальной патологии. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого внедрения в практическое здравоохранение. **Ключевые слова:** невынашивание, первые роды, поздний репродуктивный возраст, профилактика.

Невынашивание беременности (НВ) является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Частота преждевременного прерывания беременности колеблется в пределах 11–26% [1, 2]. Несмотря на значительное число исследований, посвященных профилактике и лечению преждевременного прерывания беременности, невынашивание составляет 6–11% [3–5].

НВ – 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 ярче всего оказывается единство нервной и гуморальной регуляции, контролируемое симпат-адреналовой системой, обеспечивающей организм женщины созданием достаточных энергетических ресурсов в изменившихся условиях внутренней и внешней среды [1, 2, 4, 5].

Несмотря на использование различных лечебно-профилактических методик, частота невынашивания в группах риска остается достаточно высокой, что диктует необходимость поиска новых решений данной научной проблемы.

**Цель научного исследования:** снижение частоты невынашивания у первородящих позднего репродуктивного возраста на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью научного исследования было проведено клинико-функциональное и лабораторное исследование у 80 женщин, рожающих впервые в позднем репродуктивном возрасте (старше 35 лет), распределенных на две группы и две подгруппы каждая:

1 группа – 40 женщин, рожающих впервые в позднем репродуктивном возрасте, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия: подгруппа 1.1 – 20 женщин, у которых беременность наступила естественным путем, подгруппа 1.2 – 20 пациенток после ВРТ.

2 группа – 40 женщин, которые рожают впервые в позднем репродуктивном возрасте, проведенных по разработанной нами методике профилактики невынашивания: подгруппа 2.1 – 20 женщин, у которых беременность наступила естественным путем, подгруппа 2.2 – 20 пациенток после ВРТ.

Контрольную группу составили 20 первородящих без акушерской и соматической патологии без отягощенного репродуктивного анамнеза.

Предложенная методика основана на использовании на протяжении 3–6 мес до наступления беременности использования следующих моментов: всем пациенткам с целью иммунокоррекции назначали системную энзимотерапию препаратом Вобензим по 3 капсулы 3 раза на день на протяжении 2–3 мес, женщинам с начальными эндокринопатиями и гипофункцией яичников дополнительно назначали антигемостатическую терапию: препарат Овариум-композитум по 2,2 мл внутримышечно 2 раза в неделю и препарат Мулимен по 10 капель 3 раза на день в течение 2–3 мес; при наличии осложненного инфекционного анамнеза и при смешанных формах бесплодия кроме вышеописанных препаратов назначали Галиум-Хеель по 10 капель 3 раза на день с 5-го по 25-й день менструального цикла также на протяжении 2–3 мес.

Во время беременности использовали профилактически в I триместре (12–14 нед): свечи Вибуркол per rectum 2 раза на день на протяжении 2 нед с последующим перерывом на одну неделю, препарат Нервохеель по 1 капле 3 раза на день в течение 1 мес с последующим недельным перерывом, препарат Церебрум композитум по 2,2 мл внутримышечно 1 раз в 5 дней с общим курсом 10 инъекций.

Во II и III триместрах беременности (20–22, 30–32 и 37–38 нед) с целью профилактики плацентарной недостаточности (ПН) использовали препараты: Плацента-композитум по 2,2 мл 1 раз в 5–7 дней, Траумель С по 2,2 мл 2 раза в неделю внутримышечно.

В начале первого периода родов дополнительно вводили 2,2 мл Траумель С внутримышечно.

Научным обоснованием предложенной методики является тот факт, что первородящие позднего репродуктивного возраста имеют значительный уровень дисгормональных нарушений, которые нуждаются в специфической и неспецифической коррекции. Без проведения предгравидарной подготовки высокий риск развития невынашивания. Использование предложенного поэтапного подхода, начиная с предгравидарного периода и заканчивая всеми триместрами беременности с единственным методологическим подходом, позволяет активизировать дезинтоксикационные функции межклеточного матрикса, что позитивно влияет на клиническое течение прегравидарного периода. Во время беременности предложенный комплекс позволяет устранить дисметаболические нарушения на всех уровнях, включая и формирование фетоплацентарного комплекса.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что первородящие позднего репродуктивного возраста составляют группу высокого риска относительно развития невынашивания (15,0%), частота которого зависит от репродуктивного анамнеза:

20,0% – после ВРТ и 10,0% – при естественном варианте наступления беременности. По срокам развития чаще всего этого происходят в 8 нед беременности (50,0%) и реже – в 10 (33,3%) и 12 нед (16,7%).

Клиническими маркерами непроизвольного прерывания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста являются боль при физической нагрузке (40,0%) и психоэмоциональном напряжении (30,0%), а эхографическими: гипоплазия хориона (17,5%) и амниона (12,5%), ускоренный рост или ранний гидроамнион (12,5%). Частота клинико-эхографических изменений у 1,5 раза выше у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий.

Высокий уровень невынашивания беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста объясняется наличием дисгормональных нарушений, в первую очередь, со стороны эстрадиола (Э) и прогестерона (ПГ). Степень выраженности этих нарушений зависит от репродуктивного анамнеза и после использования ВРТ характеризуется дополнительным снижением содержания хорионического гонадотропина (ХГ).

Клиническое течение II и III триместров беременности и родов у первородящих позднего репродуктивного возраста характеризуются высокой частотой преждевременных родов (23,5%), плацентарной недостаточностью (65,8%), дистрессом плода (34,9%) и аномалий родовой деятельности (20,0%). Причем, у пациенток после ВРТ преждевременные роды наблюдаются чаще в 1,7 раза, а плацентарная дисфункция – в 1,5 раза.

Перинатальные результаты родоразрешения первородящих позднего репродуктивного возраста характеризуются высокой частотой асфиксии новорожденных средней (26,4%) и тяжелой степени (14,6%), а также респираторного дистресс-синдрома на фоне недоношенности (23,5%). Суммарные перинатальные потери составляют 27,6% и обусловленные тяжелой формой респираторного дистресс-синдрома (75,0%) и тяжелой интранатальной асфиксией (25,0%).

Использование усовершенствованных лечебно-профилактических мероприятий позволяет нормализовать эндокринологические показатели с 5–6 нед терапии (увеличение уровня Э до  $8,1 \pm 0,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ; ПГ – до  $140,6 \pm 8,9$  нмоль/л;  $p < 0,05$  и ХГ – до  $101,3 \pm 7,6$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) и состояние микробиотоза половых путей (увеличение числа лактобацилл – до  $6,2 \pm 0,2$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$  и бифидобактерий – до  $6,3 \pm 0,2$  КОЕ/мл;  $p < 0,05$ ). Клинически это позволяет снизить частоту невынашивания в 2 раза; преждевременных родов – 4,4 раза; плацентарной дисфункции – 1,7 раза; дистресса плода – у 2,9 раза; асфиксии новорожденных среднетяжелой степени – в 3 раза и перинатальных потерь – в 4 раза.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что первородящие позднего репродуктивного возраста составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений. Это обусловлено изменениями со стороны функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также нарушениями гомостаза и микробиотоза половых путей. Использование усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий позволяет существенно снизить частоту невынашивания и перинатальной патологии. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

## Профілактика невиношування вагітності у жінок, що народжують вперше в пізньому репродуктивному віці I. O. Fortuna, L. V. Mnih, K. V. Hodorchuk, S. V. Dereshov

Результати проведених досліджень свідчать, що первородящі пізнього репродуктивного віку складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Це обумовлено змінами з боку функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також порушеннями гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів. Використання вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє істотно знизити частоту невиношування і перинатальної патології. Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого впровадження в практичну охорону здоров'я.

**Ключові слова:** невиношування, перші пологи, пізній репродуктивний вік, профілактика.

## Preventive maintenance incompetence at first labour at late reproductive age I. O. Fortuna, L. V. Mnih, K. V. Hodorchuk, S. V. Dereshov

Results of the spent researches testify that first labour at late reproductive age make group high risk on development obstetrical and perinatal complications. It is caused changes from outside functional conditions of fetoplacental complex, and also infringements of a homeostasis and microbiozosenose of sexual ways. Use of advanced algorithm of treatment-and-prophylactic actions allows to lower essentially frequency incompetence and perinatal pathologists. The received results allow to recommend advanced algorithm for wide introduction in practical public health services.

**Key words:** incompetence, first labour, late reproductive age, preventive maintenance.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Михальченко А.А., Девялтовская М.Г. Беременность с высоким риском невынашивания: особенности её развития и риск для плода // Здравоохранение. – 2009. – № 3. – С. 41–43.
2. Медико-біологічні та соціально-демографічні фактори невиношування вагітності / М.П. Веропотвелян, С.А. Стрелкова, П.М. Веропотвелян та ін. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 59–62.
3. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности / О.Г. Фролова, З.З. Токова, В.Ф. Волгина и др. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 4. – С. 7–11.
4. Минцер А.П. Новые информационные технологии в медицине // Журнал практического врача. – 2012. – № 2. – С. 33–35.
5. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М.: Медицина, 2010. – 544 с.

УДК 618.3-06:618.1-002

## Особливості клінічного перебігу вагітності у первородящих пізнього репродуктивного віку

*І.О. Фортуна, Л.В. Мних*

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень довели, що клінічний перебіг вагітності у первородящих пізнього репродуктивного віку характеризується більш високою частотою репродуктивних втрат: невиношування – 15,0% і недоношування – 23,6%, а також основних акушерських ускладнень: гестаційна анемія, прееклампсія і плацентарна дисфункція. Це свідчить про необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** пізній репродуктивний вік, перші пологи, вагітність.

Невиношування вагітності (НВ) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 11–26% [1, 2]. Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню передчасного переривання вагітності, невиношування складає 6–11% [3–5].

НВ – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, навколишнього середовища й багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової й гуморальної регуляції, контрольована симпатно-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки достатніми енергетичними ресурсами в умовах внутрішнього й зовнішнього середовища [1–5].

**Мета дослідження:** вивчити клінічні особливості перебігу вагітності у первородящих пізнього репродуктивного віку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети нашого наукового дослідження було проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження у 40 первородящих пізнього репродуктивного віку (старше 35 років), розподілених на дві підгрупи: підгрупа 1.1 – 20 жінок, у яких вагітність наступила природнім шляхом і підгрупа 1.2 – 20 пацієнток після ДРТ.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При оцінюванні клінічного перебігу вагітності ми вважали за доцільне представити результати обстеження пацієнток залежно від репродуктивного анамнезу (ви-

користання ДРТ) за основними клінічними, функціональними і лабораторними параметрами. В I триместрі були проаналізовані наступні терміни вагітності: 5–6 тиж; 9–10 тиж і 12–13 тиж вагітності відповідно.

Серед широкого спектру різної клінічної симптоматики ми вибрали ті, що найчастіше зустрічаються: больові відчуття (постійного характеру, в дні передбачуваних місячних, при фізичному і психоемоційному навантаженні); кров'яні виділення зі статевих шляхів (періодичного або постійного характеру); нейроендокринна симптоматика і психоемоційна напруга.

З різних больових відчуттів найчастіше спостерігалися біль при фізичному навантаженні (підгрупа 1.1 – 40,2% і 1.2 – 65,1%), виділення із статевих шляхів, що періодично мажуться (підгрупа 1.1 – 20,1% і 1.2 – 40,2%), нейроендокринна симптоматика (підгрупа 1.1 – 25,2% і 1.2 – 60,1%) і психоемоційний навантаження (підгрупа 1.1 – 50,7% і 1.2 – 80,5% відповідно). З представлених даних видно, що в порівняльному аспекті в 5–6 тиж вагітності частота всіх клінічних проявів загрози переривання вагітності вище у вікових первородящих після ДРТ.

На наступних етапах дослідження описані вище закономірності повністю підтвердилися. Окремо хотілося б виділити в 12–13 тиж вагітності високу частоту психоемоційного навантаження (підгрупа 1.1 – 55,7% і 1.2 – 80,5%), а також больових відчуттів при фізичному (підгрупа 1.1 – 30,1% і 1.2 – 50,4%) і психоемоційному навантаженні (підгрупа 1.1 – 20,4% і 1.2 – 40,3%).

Так, в першу чергу необхідно відзначити, що не дивлячись на проведення спрямованої на збереження вагітності терапії мимовільне переривання вагітності відбулося в 6 випадках (15,2%), причому в 2 (10,1%) в підгрупі 1.1 і в 4 (20,4%) – в підгрупі 1.2. Безумовно, такі показники перевищують загальнопопуляційні і підтверджують високий ступінь ризику невиношування первородящих пізнього репродуктивного віку. За термінами вагітності нами встановлено наступне співвідношення: 8 тиж – 3 випадки з 6 (50,1% від загального числа), 10 тиж – 2 випадки (33,3%) і 12 тиж – 1 випадок (16,5%).

Серед решти особливостей I триместру вагітності можна виділити значний рівень порушень мікробіоценозу статевих шляхів (підгрупа 1.1 – 20,2% і 1.2 – 35,1%), а частота решти ускладнень носила загальнопопуляційний характер.

При оцінюванні клінічного перебігу II триместру вагітності нами встановлено істотний рівень різних ускладнень, причому залежно від репродуктивного анамнезу. Так, частіше за все мали місце плацентарна недостатність (підгрупа 1.1 – 33,1% і 1.2 – 56,5%) і анемія вагітних (підгрупа 1.1 – 44,6% і 1.2 – 43,6%), дещо рідше – порушення мікробіоценозу статевих шляхів (підгрупа 1.1 – 27,9% і 1.2 – 25,1%) і прееклампсія (підгрупа 1.1 – 22,4% і 1.2 – 18,6%). Підсумовуючи клінічний перебіг II триместру вагітності необхідно відзначити, що в обох підгрупах було відзначено по 1 випадку передчасних пологів (підгрупа 1.1 – в 25 тиж і 1.2 – в 23 тиж), причому маса дітей, які народилися живими) складала 920 г і 890 г. Діти були переведені на ШВЛ з відповідним введенням сурфактанту, проте на 5-у і 6-у добу наступив летальний результат від прогресуючого респіраторного дистрес-синдрому. Отже, до початку III триместру в підгрупі 1.1 залишилося 17 пацієнток і в 1.2 – 14 жінок відповідно.

Надалі, вже в III триместрі описані вище особливості збереглися, проте частота плацентарної недостатності (підгрупа 1.1 – 52,7% і 1.2 – 78,9%) і гестаційної

анемії (підгрупа 1.1 – 58,6% і 1.2 – 64,1%) були вище порівняно з II триместром. Крім того зросли порушення мікробіоценозу статевих шляхів (підгрупа 1.1 – 41,5% і 1.2 – 42,6%) і преєклампсії (підгрупа 1.1 – 35,5% і 1.2 – 35,9%).

Враховуючи високий рівень таких ускладнень, як плацентарна дисфункція і гестаційна анемія, ми вважали за доцільне розглянути терміни розвитку даної патології. Виходячи з одержаних результатів плацентарна недостатність в підгрупі 1.1 частіше всього розвивалася в 31–35 тиж (33,5%), а в підгрупі 1.2 – в 26–30 тиж (36,2%). Аналогічна закономірність спостерігалася і при оцінюванні термінів розвитку гестаційної анемії з більш раннім початком у пацієток після ДРТ.

Аналізуючи ступінь вираженості основних акушерських ускладнень: плацентарна дисфункція, гестаційна анемія і преєклампсія, нами не встановлено істотних відмінностей між підгрупами. При цьому, плацентарна дисфункція, в основному (підгрупа 1.1 – 66,5% і 1.2 – 55,7%) носила компенсований характер; анемія була 1 ст. (підгрупа 1.1 – 50,1% і 1.2. – 46,1%), а преєклампсія – легкого ступеня (підгрупа 1.1 – 66,5% і 1.2 – 40,1%).

### ВИСНОВКИ

Отже, як показали результати проведених досліджень на даному етапі, клінічний перебіг вагітності у первородящих пізнього репродуктивного віку характеризується більш високою частотою різних ускладнень і репродуктивних втрат: невиношування – 15,01% і недоношування – 23,6%, а також основних акушерських ускладнень: гестаційна анемія, преєклампсія і плацентарна дисфункція. Це диктує необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

#### Особенности клинического течения беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста И.О. Фортуна, Л.В. Мних

Результаты проведенных исследований показали, что клиническое течение беременности у первородящих позднего репродуктивного возраста характеризуется более высокой частотой репродуктивных потерь: невынашивание – 15,0% и недонашивание – 23,6%, а также основных акушерских осложнений: гестационная анемия, преэклампсия и плацентарная дисфункция. Это диктует необходимость усовершенствования существующих лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *поздний репродуктивный возраст, первые роды, беременность.*

#### Features of a clinical current of pregnancy at first labour late reproductive age I.O. Fortuna, L.V. Mnih

Results of the spent researches have shown that the clinical current of pregnancy at first labour late reproductive age is characterised by higher frequency of reproductive losses: incompetence – 15,0% і preterm labour – 23,6%, and also the basic obstetrical complications: gestational anaemia, preeclampsia and placental dysfunction. It dictates necessity of improvement of existing treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *late reproductive age, first labour, pregnancy.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 2. – С. 78–85.
2. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія. – К.: Здоров'я, 2009. – 240 с.
3. Венцківський Б.М., Костюк А.Л., Белов О.О. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 6. – С. 70–72.
4. Писарева С.П., Воробйова І.І. Нові аспекти діагностики та терапії невиношування вагітності // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2011. – С. 506–508.
5. Писарева С.П. Диагностика и лечение невынашивания беременности // Журнал практического врача. – 2009. – № 3. – С. 19–24.



УДК 618.3-06:618.1-002

## Особливості змін гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів первородящих пізнього репродуктивного віку

*І.О. Фортунa, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов*  
Одеський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень довели, що розродження первородящих пізнього репродуктивного віку характеризуються високою частотою недоношування і перинатальних ускладнень на тлі патологічних змін гомеостазу і порушень мікробіоценозу статевих шляхів. Проте початкові зміни у цих пацієнток починаються в І триместрі і зберігаються до пологів. Це свідчить про необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** перші пологи, пізній репродуктивний вік, гомеостаз, мікробіоценоз тіхви.

Невиношування вагітності (НВ) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 11–26% [1, 2]. Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню передчасного переривання вагітності, невиношування складає 6–11% [3–5].

НВ – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, навколишнього середовища й багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової й гуморальної регуляції, контрольована симпатно-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки достатніми енергетичними ресурсами в умовах внутрішнього й зовнішнього середовища [1–5].

Не дивлячись на значну кількість наукових доповідей щодо проблеми розродження первородящих пізнього репродуктивного віку, це питання залишається досі невирішеним, особливо в аспекті змін гомеостазу у цих жінок.

**Мета дослідження:** вивчити зміни гомеостазу та мікробіоценозу статевих шляхів у первородящих пізнього репродуктивного віку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети нашого наукового дослідження було проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження у 40 первородящих пізнього репродуктивного віку (старше 35 років), розподілених на дві підгрупи: підгрупа 1.1 – 20 жінок, у яких вагітність наступила природнім шляхом і підгрупа 1.2 – 20 пацієнток після ДРТ.

У комплекс проведених досліджень були загальноприйняті параметри гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать про те, що дизадаптацію системного імунітету в І триместрі у первородящих пізнього репродуктивного віку діагностовано вже в 5–6 тиж вагітності і характеризується зниженням числа СД3+ (контрольна група – 61,3±5,2%; підгрупа 1.1 – 52,6±4,3%,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2 – 40,7±3,1%,  $p<0,01$ ) і СД4+ (контрольна група – 42,1±4,4%; підгрупа 1.1 – 31,8±2,2%,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2 – 20,7±1,8%,  $p<0,01$ ) при одночасному збільшенні числа СД8+ (контрольна група – 43,5±5,4%; підгрупа 1.1 – 52,2±4,7%,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2 – 53,3±5,3%,  $p<0,05$ ). Ці зміни наочно є видимим при оцінюванні хелперно-супресорного співвідношення.

Надалі в 9–10 тиж і в 12–13 тиж вагітності описані вище зміни зберігаються виключенням більш достовірного зниження ( $p<0,01$ ) числа СД8+ у первородящих пізнього репродуктивного віку після ДРТ. Біохімічні зміни характеризувалися достовірним збільшенням вмісту  $\beta$ -ліпопротеїдів (контрольна група – 50,2±1,5 ОД/л; підгрупа 1.1 – 65,3±2,2 ОД/л,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2 – 64,6±1,7 ОД/л,  $p<0,05$ ), тригліцеридів (контрольна група – 3,1±0,3 ммоль/л; підгрупа 1.1 – 4,2±0,3 ммоль/л,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2 – 4,6±0,4 ммоль/л,  $p<0,05$ ) і ЛФ (контрольна група – 150,2±10,2 МО/л; підгрупа 1.1 – 184,7±11,1 МО/л,  $p<0,05$  і підгрупа 1.2 – 190,7±12,6 ОД/л,  $p<0,05$ ).

На нашу думку, виявлені біохімічні порушень торкаються, в першу чергу, ліпідного обміну і можуть бути пояснені пізнім репродуктивним віком пацієнток. Разом з тим, проведені дослідження мають також і діагностичне значення, оскільки можуть з'явитися показання для використання препаратів, що позитивно впливають на ліпідний обмін пацієнток.

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

Таким чином, як показали результати проведених в І триместрі вагітності, первородящі пізнього репродуктивного віку складають групу високого ризику щодо невиношування, частота якого складає 15,0%. Дане ускладнення розвивається на фоні виражених ехографічних змін (гіпоплазія амніона; дострокова облітерація екстацелом; прискорене зростання або ранній гідроамніон і гіпоплазія хоріона); дисгормональних порушень (зниження вмісту Е і ПГ); імунологічних (зниження чис-

ла СД3+ і СД4+ при зростанні числа СД8+); біохімічних (збільшення вмісту  $\beta$ -ліпопротеїдів, тригліцеридів і ЛФ) і мікробіологічних (зниження числа лактобацил і біфідобактерій на фоні зростання різних штамів стафілококів) порушень. Залежно від репродуктивного анамнезу більш виражені ехографічні і ендокринологічні зміни мали місце у жінок, які народжують вперше у пізньому репродуктивному віці після ДРТ.

Були вивчені основні зміни гомеостазу: біохімічні і імунологічні параметри, а також особливості мікробіоценозу статевих шляхів у первородящих пізнього репродуктивного віку в II і III триместрах вагітності.

Виявлено, що основні зміни метаболізму у пацієнток різних груп стосуються показників ліпідного обміну: достовірне збільшення холестерину (контрольна група –  $5,5 \pm 0,1$  ммоль/л; підгрупа 1.1 –  $7,0 \pm 0,2$  ммоль/л;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $6,9 \pm 0,3$  ммоль/л;  $p < 0,05$ );  $\beta$ -ліпопротеїдів (контрольна група –  $50,2 \pm 1,6$  ОД/л; підгрупа 1.1 –  $62,2 \pm 1,6$  ОД/л;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $60,8 \pm 1,5$  ОД/л;  $p < 0,05$ ); тригліцеридів (контрольна група –  $3,2 \pm 0,2$  ммоль/л; підгрупа 1.1 –  $4,1 \pm 0,3$  ммоль/л;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $4,4 \pm 0,4$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ) і ЛФ (контрольна група –  $151,5 \pm 7,1$  МО/л; підгрупа 1.1 –  $173,5 \pm 7,1$  МО/л;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $174,6 \pm 6,5$  МО/л;  $p < 0,05$ ). Вся решта параметрів (креатинін, сечовина і загальний білірубін), що вивчаються, була без достовірних змін ( $p > 0,05$ ).

Зміни системного імунітету в III триместрі вагітності характеризувалися достовірним зниженням числа СД3+ (контрольна група –  $59,3 \pm 4,4\%$ ; підгрупа 1.1 –  $47,5 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $46,5 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,05$ ) і СД4+ (контрольна група –  $42,4 \pm 2,2\%$ ; підгрупа 1.1 –  $30,6 \pm 2,3\%$ ;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $29,7 \pm 2,4\%$ ;  $p < 0,05$ ) при одночасному збільшенні кількості СД8+ (контрольна група –  $41,9 \pm 1,9\%$ ; підгрупа 1.1 –  $52,2 \pm 2,3\%$ ;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $53,1 \pm 2,4\%$ ;  $p < 0,05$ ), що у свою чергу відображалося і на змінах хелперно-супресорного співвідношення у бік його вираженого зниження.

Враховуючи високу частоту у новонародженого реалізації внутрішньоутробно-го інфікування ми вважали за доцільне вивчити основні зміни мікробіоценозу статевих шляхів. При цьому нами встановлено достовірне зниження числа лактобацил (контрольна група –  $6,3 \pm 0,3$  КУО/мл; підгрупа 1.1 –  $2,9 \pm 0,2$  КУО/мл;  $p < 0,01$  і 1.2 –  $2,8 \pm 0,1$  КУО/мл;  $p < 0,05$ ); біфідобактерій (контрольна група –  $6,1 \pm 0,2$  КУО/мл; підгрупа 1.1 –  $2,7 \pm 0,2$  КУО/мл;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $2,8 \pm 0,1$  КУО/мл;  $p < 0,05$ ) і молочно-кислих стрептококів (контрольна група –  $3,2 \pm 0,2$  КУО/мл; підгрупа 1.1 –  $2,1 \pm 0,1$  КУО/мл;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $2,0 \pm 0,2$  КУО/мл;  $p < 0,05$ ) при одночасному збільшенні числа різних штамів стафілококів (контрольна група –  $2,5 \pm 0,2$  КУО/мл; підгрупа 1.1 –  $4,8 \pm 0,1$  КУО/мл;  $p < 0,05$  і 1.2 –  $4,7 \pm 0,2$  КУО/мл;  $p < 0,05$ ). Вся решта мікроорганізмів була діагностована в одиничних випадках і істотно не впливали на стан мікробіоценозу статевих шляхів.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень довели, що розродження первородящих пізнього репродуктивного віку характеризуються високою частотою недоношування і перинатальних ускладнень на тлі патологічних змін гомеостазу і порушень мікробіоценозу статевих шляхів. Проте початкові зміни у цих пацієнток починаються в I триместрі і зберігаються до пологів. Це свідчить про необхідність удосконалення існуючих лікувально-профілактичних заходів.

## Особенности изменений гомеостаза и микробиоценоза половых путей у первородящих позднего репродуктивного возраста И.О. Фортунa, Л.В. Мних, К.В. Ходорчук, С.В. Дерешов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что родоразрешение женщин позднего репродуктивного возраста характеризуется высокой частотой недонашивания и перинатальных осложнений на фоне патологических изменений гомеостаза и нарушенный микробиоценоза половых путей, причем исходные изменения у этих пациенток начинаются в I триместре и сохраняются вплоть до родоразрешения. Это диктует необходимость усовершенствования существующих лечебно-профилактических мероприятий.  
**Ключевые слова:** первые роды, поздний репродуктивный возраст, гомеостаз, микробиоценоз влагалища.

## Features of changes of a homeostasis and microbiozosenose of sexual ways at first labour at late reproductive age I.O. Fortuna, L.V. Mnih, K.V. Hodorchuk, S.V. Dereshov

Results of the spent researches testify that delivery of women of late reproductive age is characterised by high frequency preterm labour and perinatal complications against pathological changes of a homeostasis and infringements microbiozosenose of sexual ways, and initial changes at these patients begin in I a trimester and remain up to delivery. It dictates necessity of improvement of existing treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** first labour, late reproductive age, a homeostasis, microbiozosenose of vaginas.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Херодинашвили Ш.Ш., Ходорейшвили Л.Н., Парунашвили Н.И. Сравнительная оценка применения утрожестана и туринала при угрозе прерывания беременности // Сборник научных работ Ассоциации акушеров-гинекологов Украины. – К.: «Интермед», 2012. – С. 239–242.
- Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения. – Севастополь: «Вебер», 2011. – 268 с.
- Чернышов В.П., Водяник М.А., Грекова С.П. Локализация и функциональная активность фактора некроза опухолей в органах и тканях репродуктивной системы женщины // Здоровье женщины. – 2010. – № 1. – С. 26–29.
- Чернуха Е.А., Кочиева С.К., Короткова Н.А. Родоразрешение при многоплодной беременности // Акуш. и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 25–28.
- Шаповалова Е.А. Привычное невынашивание беременности при наличии циркулирующих антифосфолипидных антител (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 25 с.

УДК 618.145-007.415-06:616.71-009.7

## Влияние различных методов лечения генитального эндометриоза на психологические аспекты болевого синдрома

Абугали Алаа

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

Результаты проведенных исследований показали, что у женщин репродуктивного возраста с эндометриозом, в отличие от здоровых, объективно диагностировано наличие костной боли умеренной или средней интенсивности и локализующейся в позвоночнике (с преобладанием в поясничном его отделе); ни один из рассмотренных методов консервативного гормонального лечения эндометриоза не способствовал уменьшению ни выраженности, ни распространенности костно-болевого синдрома, тогда как любое оперативное радикальное вмешательство на органах малого таза сопровождалось его прогрессированием, как за счет нарастания интенсивности, так и за счет генерализации, в том числе, вовлечения периферических костей скелета. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, боль.

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

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза [1–9], до сих пор остаются невыясненными многие вопросы этиологии и патогенеза заболевания, особенности клинической картины в зависимости от локализации процесса. Кроме того отсутствуют данные об особенностях костной боли и ее интенсивности при различных методах лечения данной патологии.

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности изучения костной боли и ее интенсивности у больных с генитальным эндометриозом.

**Цель исследования:** изучение особенностей костной боли и ее интенсивности у больных с генитальным эндометриозом до лечения, а также после оперативного и консервативного лечения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 273 пациентки с генитальным эндометриозом различной локализации и степени выраженности, которые были разделены на три группы в зависимости от используемых методов лечения:

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

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

3 группа – 98 больных генитальным эндометриозом, которые еще не получали лечения и находились на этапе обследования.

Объективное диагностирование костной боли и ее интенсивности в позвоночнике и в периферических костях скелета у всех обследуемых женщин нами осуществлялось методом электрометрической регистрации кожного потенциала. Для каждой пациентки вычисляли средний коэффициент асимметрии (в баллах), в зависимости от которого определяли интенсивность костной боли.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным результатам у женщин контрольной группы коэффициент асимметрии составил: в проекции лучезапястного сустава –  $0,32 \pm 0,03$  балла; локтевого сустава –  $0,41 \pm 0,04$  балла; грудного отдела позвоночника –  $0,63 \pm 0,05$  балла; передней верхней седалищной ости –  $0,71 \pm 0,06$  балла; вертела бедренной кости –  $0,84 \pm 0,09$  балла; крестцового отдела позвоночника –  $0,82 \pm 0,07$  балла; шейного отдела позвоночника –  $0,93 \pm 0,09$  балла; поясничного отдела позвоночника –  $1,12 \pm 0,11$  балла, что соответствовало норме. В итоге, средний индекс асимметрии был равен  $0,81 \pm 0,07$  балла.

У обследованных 3 группы коэффициент асимметрии был в следующих пределах: на уровне лучезапястных суставов –  $0,71 \pm 0,08$  балла; локтевых суставов –  $0,94 \pm 0,08$  балла; вертела бедренной кости –  $1,02 \pm 0,11$  балла; крестцового отдела позвоночника –  $1,12 \pm 0,09$  балла и свидетельствовал об отсутствии болевой реакции; над грудным отделом позвоночника –  $1,22 \pm 0,14$  балла; передней верхней седалищной остью –  $1,23 \pm 0,11$  балла; шейным отделом позвоночника –  $2,02 \pm 0,13$  балла, что указывало на умеренно выраженный болевой синдром; в поясничном отделе позвоночника –  $2,52 \pm 0,27$  балла и местах наибольшей болезненности –  $2,63 \pm 0,23$  балла, где интенсивность костной боли расценивалась как средне выраженная. В результате, средний индекс асимметрии превысил, практически, в 2 раза ( $1,58 \pm 0,11$  балла) данный показатель у здоровых женщин.

В группе пациенток, получавших ранее консервативное гормональное лечение эндометриоза, значения коэффициента асимметрии были следующие: в проекции лучезапястных суставов –  $0,63 \pm 0,05$  балла; локтевых суставов –  $0,71 \pm 0,08$  балла; вертела бедренной кости –  $1,13 \pm 0,19$  балла; передней верхней седалищной ости –  $1,12 \pm 0,12$  балла; над крестцовым отделом позвоночника –  $1,32 \pm 0,14$  балла; шейным отделом позвоночника –  $2,03 \pm 0,21$  балла, что свидетельствовало об умеренной выраженности боли; на уровне поясничного отдела позвоночника –  $2,42 \pm 0,27$  балла и в местах максимальной болезненности –  $2,72 \pm 0,26$  балла, где интенсивность костной боли характеризовалась как средняя.

У пацієнток с оперативним ліченням ендометріоза зареєстровані наступні значення коефіцієнта асиметрії; в області лучезапястных суставов –  $0,93 \pm 0,13$  балла; локтевых суставов –  $1,03 \pm 0,12$  балла, т.е. болевая реакция объективно отсутствовала; в проекции вертела бедренной кости –  $1,42 \pm 0,16$  балла; передней верхней седалищной ости –  $1,53 \pm 0,13$  балла; грудного отдела позвоночника –  $1,72 \pm 0,19$  балла, что свидетельствовало о наличии болевого синдрома умеренной выраженности; на уровне шейного отдела позвоночника –  $2,13 \pm 0,24$  балла; крестцового отдела –  $2,22 \pm 0,17$  балла; поясничного отдела –  $2,63 \pm 0,28$  балла, а в зонах наибольшей болезненности –  $2,82 \pm 0,27$  балла, что расценивалось как костная боль средней интенсивности. В результате средний индекс асимметрии оказался  $1,83 \pm 0,11$  балла и превышал аналогичные показатели у обследованных контрольной и 3 групп соответственно в 2,3 и 1,2 раза.

### Выводы

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, у женщин с эндометриозом репродуктивного возраста, в отличие от здоровых, объективно диагностировано наличие костной боли умеренной или средней интенсивности и локализующейся в позвоночнике (с преобладанием в поясничном его отделе); ни один из рассмотренных нами методов консервативного гормонального лечения эндометриоза не способствовал уменьшению ни выраженности, ни распространенности костно-болевого синдрома, тогда как любое оперативное радикальное вмешательство на органах малого таза сопровождалось его прогрессированием, как за счет нарастания интенсивности, так и за счет генерализации, в том числе, вовлечения периферических костей скелета. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Вплив різних методів лікування генітального ендометріозу на психологічні аспекти болювого синдрому Абугалі Алаа

Результати проведених досліджень показали, що у жінок репродуктивного віку з ендометріозом, на відміну від здорових, об'єктивно діагностована наявність кісткового болю помірної або середньої інтенсивності, що локалізується в хребті (з переважанням в поперековому його відділі); жоден з розглянутих методів консервативного гормонального лікування ендометріозу не сприяв зменшенню ні вираженості, ні поширеності кістково-болювого синдрому, тоді як будь-яке оперативне радикальне втручання на органах малого таза супроводжувалося його прогресом, як за рахунок наростання інтенсивності, так і за рахунок генералізації, у тому числі, залучення периферичних кісток скелета. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, біль.

### Influence of various methods of treatment genital endometriosis on psychological aspects of painful syndrome Abugali Alaa

Results of the lead researches have shown, that at women with an endometriosis of reproductive age, as against healthy, objectively diagnostical presence of a bone pain of moderate or average intensity and located in a backbone (with prevalence in its lumbar department); any of the methods of conservative hormonal treatment of an endometriosis considered by us did not promote reduction expressiveness, promotion bone – painful syndrome whereas any operative radical intervention on bodies of a small basin was accompanied by its progressing, both due to increase of intensity, and due to generalization, including, involving of peripheral bones of a skeleton. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** genital an endometriosis, a pain.

### 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, 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 618.17:615.357

## Зміни якості життя пацієнток при різних термінах використання гормональних рилізінг-систем

*Н.В. Адамчук*

Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Порівняльний аналіз якості життя пацієнток за допомогою опитувальника свідчить про те, що використання гормональних рилізінг-систем з метою контрацепції призводить до підвищення рівня фізичного і психологічного комфорту жінок. Відзначено достовірне підвищення працездатності, фізичної і життєвої активності, зумовлене високим контрацептивним ефектом, що знижує страх перед можливим настанням небажаної вагітності, забезпечуючи пацієнткам упевненість у собі, зменшення інтенсивності або зникнення болю під час менструації, і, особливо, купірування симптомів передменструального синдрому і дисменореї.

**Ключові слова:** *гормональні рилізінг-системи, якість життя.*

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

В даний час значущість якості життя (ЯЖ), як одного з ваговитих критеріїв ефективності лікарських препаратів загальноновизнана. Сучасна характеристика терапії, призначеної для тривалого вживання, вимагає, окрім оцінювання ефективності і безпеки, вивчення його впливу на ЯЖ, без поліпшення якого важко розраховувати на високу комплаєнтність пацієнта до лікарського режиму, що рекомендується.

Будь-яку лікувальну дію можна порівняти з іншими аналогічними за механізмом і ефективністю по критерію впливу на ЯЖ. Подібні роботи стали вже традиційними в кардіології, неврології, онкології та інших областях клінічної медицини. Проте, ми не виявили в доступній літературі робіт, що досліджують проблему ЯЖ жінок, що використовують різні види ГРС, що на наш погляд є вельми перспективним. ГРС є «супутниками» пацієнток впродовж тривалого часу. Безумовний їхній вплив на ЯЖ має бути особливим.

Одним з неспецифічних методів, що найбільшою мірою відображають вплив стану здоров'я на ЯЖ і відповідних меті нашого дослідження є Quality of life questionnaire SF-36. Ця шкала валідна, надійна, чутлива і служить для оцінювання впливу стану здоров'я на основні види повсякденної діяльності пацієнток. Ця анкета складається з 11 питань, відповідям на яких привласнені бальні значення. Оброблення відповідей на питання анкети дозволяє оцінити ЯЖ обстежуваних по 6

параметрам: фізичному (PF) і соціальному (SF) функціонуванню, ролевому функціонуванню, зумовленому фізичним (RP) і емоційним (RE) станом, інтенсивності болю (RP), загальному стану здоров'я (GH), життєвій активності (VT) і психічному здоров'ю (MH).

Все викладене вище є підставою для проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення впливу ГРС на якість життя пацієнток.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Критеріями включення в дослідженні з'явилися: соматично і психічно здорові фертильні жінки репродуктивного віку від 18 до 40 років, регулярне статеве життя, бажання використовувати контрацепцію, відсутність прийому гормональних контрацептивів в передуючих 3 місяці.

Критерії виключення (ВООЗ, 2008) для призначення гормональних рилізінг-систем: наявність множинних чинників ризику серцево-судинних захворювань, артеріальна гіпертонія (А/Т сист.  $>160$ , і А/Т діаст.  $>100$ ), тромбоемболічні захворювання, порушення мозкового кровообігу, цереброваскулярні інсульти, інфаркт міокарду (у анамнезі), хірургічні операції з тривалою іммобілізацією, тромбогенні мутації (чинник У Лейдена, недостатність протеїну S тощо), 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 старше 35 років; цервікальні інтраепітеліальні неоплазії, випадіння шийки матки, грижа сечового міхура, грижа прямої кишки, важкі хронічні запори; 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 (ППШ), туберкульоз внутрішніх статевих органів, кількість статевих партнерів  $>1$ , природжена аномалія статевих органів (дворога матка, сідловидна матка, однорога матка, перегородка в матці), міома матки (субмукозний вузол або вузол деформує порожнину матки), трофобластична хвороба, міхурний замет, хоріокарцинома в анамнезі).

Після скринінгу і оцінювання 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 – нашкірний 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, обстеження по 6

тестах функціональної діагностики, УЗД органів малого тазу і молочних залоз, дослідження бактеріоскопії і культурального вмісту піхви, цитологічне дослідження мазків з шийки матки, розширена кольпоскопія.

Оцінювали: 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 релізінг-систем і в процесі їх використання через 3, 6, 12, 18, 24 міс. Тривалість спостережень складала від 2 до 5 років.

Анкетування пацієнток по SF-36 проводилося 4 рази: перед початком призначення ГРС, на 12-й, 26-й, і 52-й тижні використання контрацептивів. Заповнення анкетних бланків пацієнтки здійснювали самостійно, без допомоги навідних питань дослідника.

Група обстежених пацієнток була однорідна за демографічними показниками: зростом, соціальним положенням, рівнем освіти, сімейним станом і рівнем життя. Так, 78% мали закінчену або незавершену вищу освіту, останні мали середню спеціальну освіту, 82% полягають в зареєстрованому шлюбі. Наведені вище обставини свідчать про те, що з одного боку пацієнтки мають схожі стандарти добробуту, а з іншого – можуть зрозуміти роз'яснення про суть анкетування і правильно виконати інструкцію.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнток усіх трьох груп є відносно низький рівень ЯЖ, що відображає психоемоційний компонент здоров'я: життєвої активності (VT) і рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (RE), що можливо виникло внаслідок використання ненадійних методів контрацепції, а також наявності патології менструального циклу в деяких пацієнток.

При дослідженні якості життя пацієнток, що використовували вагінальне кільце «НоваРінг» тенденція до поліпшення показників ЯЖ простежувалася з 12-го тижня, що виявлялося поліпшенням показників загального стану здоров'я (GH), життєвої активності (VT) ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з початковими даними. Крім того, при використанні вагінального кільця до 26-го тижня контрацепції спостерігали достовірно поліпшення показників інтенсивності болю (BP) ( $p < 0,05$ ), життєвої активності (VT) і рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (RE) ( $p < 0,001$ ), що можливо виникло внаслідок високого контрацептивного ефекту препарату, який знижує страх перед можливим настанням непланованої вагітності. Крім того, до 52-го тижня контрацепції покращилося ЯЖ по цілому ряду показників: BP, GH, VT, SF, RE ( $p < 0,001$ ), що може бути пов'язано з терапевтичним ефектом вагінального кільця при дисменорейі. Зниження больового синдрому також могло призвести до збільшення показника рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (RE).

Особливий інтерес, безумовно, представляє вивчення впливу «НоваРінга» на сексуальне життя у зв'язку з особливостями розташування даної системи, тому дана група жінок відповідала на низку додаткових запитань.

При опитуванні більшість жінок (89%) відзначили, що вагінальне кільце підвищує упевненість в собі і позитивно впливає на сексуальне життя і стосунки з партнером.

Оцінювання впливу «НоваРінга» на сексуальне життя проводили за допомогою опитувальника «Сексуальна формула жіноча» (СФЖ), який жінка заповнювала особисто до введення контрацептиву, а також через 3, 6, 12 міс вживання «НоваРінга». У дослідженні використовували модифіковану версію (СФЖМ), в якій жінки відповідали на питання, ранжируючи їх за шкалою від 0 до 5.

Пацієнтки, що приймали участь в дослідженні, повинні були відповісти на наступні питання:

1. Яка причина, по якій подобається користуватися «НоваРінгом»?
2. Чи відчували жінки і чоловіки кільце під час статевого акту?
3. Який характер відчуттів?
4. Чи заперечував партнер проти використання жінкою «НоваРінга»?
5. Яке вплив «НоваРінга» на сексуальне життя?
6. Які додаткові неконтрацептивні ефекти «НоваРінга»?

Причини, за якими опитуваними жінками подобається користуватися «НоваРінгом», розподілилися таким чином: 46,0% відзначили, що при використанні кільця «не треба ні про що пам'ятати», 32,0% – легкість вживання, 24,0% – ефективність, 8,0% – здатність «НоваРінга» регулювати менструальний цикл, 12,0% – природність методу контрацепції, 6% – не заважає при статевому контакті

Більшість жінок не зазнавали труднощів при введенні (86,0%) і видаленні (84,0%) НоваРінга, що відповідає даним міжнародних досліджень.

Не відчують або украй рідко відчують кільце під час статевого акту – 80,0% жінок і 72,0% чоловіків, завжди відчують кільце – 2,0% жінок і 2,0% чоловіків. При цьому велика частина респондентів (92,0% жінок і 94,0% чоловіків) відзначали позитивні або нейтральні відчуття, і лише 1 партнер був проти використання жінкою «НоваРінга».

Результати опитування жінок показали, що такий метод контрацепції позитивно впливає на сексуальне життя у 78,0% пацієнток, доставляв додаткові позитивні відчуття в 38,0%, дискомфорт 8,0%, незручності для партнера 6,0% респонденткам. Також спостерігали збільшення частоти сексуальної активності і частоти досягнення оргазму.

У проведеному дослідженні використання «НоваРінга» сприяло частішому прагненню до статевої близькості (36,0%) жінок і 54,0% їх статевих партнерів. У той же час зниження статевого відчуття і вираженості оргазму відзначене у 2 жінок, які в період дослідження знаходилися в різних конфліктних ситуаціях зі своїми партнерами. Не було виявлено негативного впливу препарату на статевої потяг. Протягом усього спостереження у 76,0% жінок, що використовували «НоваРінг», спостерігали збільшення сексуального бажання. В цілому за період дослідження збільшення статевого потягу виявили у 80,0% жінок.

Оскільки прояви сексуальності будь-якої людини є багатофакторними, можна передбачити, що зміни лібідо і яскравості оргазму на тлі використання «НоваРінга» у більшості жінок зумовлено збільшенням сексуального інтересу і чеканням від статевого акту нових сексуальних переживань у зв'язку з вагінальним

шляхом використання контрацептиву. Не можна виключити також, що відчуття дотику кільця до стінок піхви може бути додатковим сексуальним подразником ерогенних зон першого порядку як для жінки, так і для їх партнерів.

Таким чином, за результатами анкетування виявлено підвищення задоволеності сексуальними стосунками, почастішання оргазмів під час статевого акту, збільшення частоти статевих контактів. Крім того жінки відзначили, що кільце покращує якість життя, підвищує впевненість в собі, покращує сексуальне життя і стосунки з партнером. Слід підкреслити, що такі якості сексуального життя, як статевий потяг і сексуальна задоволеність вище у жінок, що використовують вагінальне кільце. Можливо це є наслідком багатьох чинників: постійній концентрації гормонів в крові, підвищеній зволоженості піхви (особливо у 8,0% пацієнок, які раніше відзначали сухість піхви і дискомфорт при статевому житті) або локальної стимуляції заднього зведення, а також альтернативним шляхом введення препарату і іншою фармакокінетикою етоногестрелу.

При дослідженні якості життя пацієнок, що використовували нашірний пластир «Евра», до 12-го тижня контрацепції наголошувалося поліпшення показників життєвої активності (VT) і ролевого функціонування, обумовленого емоційним станом (RE) ( $p < 0,001$ ) і показника загального стану здоров'я (GH) ( $p < 0,05$ ), ймовірно обумовлені високим контрацептивним ефектом препарату, що вселяє пацієнткам впевненість у собі і що знижує страх перед можливим настанням непланованої вагітності. Крім того, до 26-го тижня контрацепції покращали показники ЯЖ по показнику інтенсивності болю (BP) ( $p < 0,05$ ), що може бути пов'язане з терапевтичним ефектом при ПМС і дисменореї. Зниження больового синдрому також могло призвести до збільшення показника ролевого функціонування, обумовленого емоційним станом (RE).

Отже, при 52-тижневому використанні контрацептивного пластиру сумарні показники ЯЖ достовірно покращувалися ( $p < 0,001$ ). Відмічено достовірне поліпшення показників ролевого функціонування, пов'язаного з емоційним станом (RE), життєвої активності (VT), ролевого функціонування, загального стану здоров'я (GH) пацієнок.

При оцінюванні впливу контрацептивного пластиру «Евра» на сексуальне життя, спостережувані нами пацієнтки повинні були відповісти на наступні питання:

1. Яка причина, по якій жінці подобається користуватися контрацептивним пластиром?
2. Яке відношення жінки і чоловіка до контрацептивного пластиру?
3. Чи заперечував партнер проти використання жінкою пластиру?
4. Яке вплив пластиру на сексуальне життя?
5. Які додаткові неконтрацептивні ефекти пластиру?

Причини, по яких жінкам подобається користуватися «Евра», по результатам опиту розподілилися таким чином: 44,0% відзначили «не треба ні про що пам'ятати», 32,0% – легкість вживання, 36,0% – ефективність, 8,0% – регулює менструальний цикл, 10,0% – надає лікувальний ефект при ПМС і дисменореї.

Більшість жінок не зазнавали труднощів при наклеюванні (98,0%) і видаленні (98,0%) пластиру, що відповідає даним міжнародних досліджень. 88,0% жінок і 92,0% чоловіків подобається контролювати наявність пластиру на шкірі («контра-

цептив працює»), і лише 2,0% жінок і чоловіків відзначили побоювання з приводу відклеювання пластиру. Жоден партнер жодного разу не заперечив проти використання жінкою контрацептивного пластиру.

Результати опиту жінок показали, що використовуваний метод контрацепції позитивно впливає на сексуальне життя 78,0% жінок. Так само спостерігалось збільшення частоти сексуальної активності і частоти досягнення оргазму.

На тлі використання контрацептивного пластиру збільшення ініціації статевої близькості спостерігалось у 10,0% жінок і 14,0% їх статевих партнерів. У той же час зниження статевого відчуття і вираженості оргазму відмічене у 4,0% жінок.

При аналізі суб'єктивних відчуттів обстежених виявлено, що зниження статевого відчуття вже після 1-го місяця використання пластиру спостерігалось у 2,0% пацієнок, після 3 місяців – у 2,0%, після 6 міс – у 4,0%. Через 1–3 міс після відміни контрацептивного пластиру сексуальна функція у цих жінок повністю відновила-ся. Разом з цим у 6,0% пацієнок було відмічено підвищення лібідо і відчуття оргазму. Не було виявлено негативного впливу препарату на статевий потяг. Протягом всього спостереження у 46,0% жінок, що використовують пластир, спостерігалось збільшення сексуального бажання ( $p < 0,05$ ).

Отже, за результатами анкетування відзначено підвищення задоволеності сексуальними стосунками, почастішання оргазмів під час статевого акту, збільшення частоти статевих контактів. Крім того жінки відзначили, що контрацептивний пластир покращує якість життя, підвищує впевненість в собі, покращує сексуальне життя і стосунки з партнером. Слід підкреслити, що такі якості сексуального життя, як статевий потяг і сексуальна задоволеність, вище у жінок, що використовують вагінальне кільце в порівнянні з пластиром, що можливо є наслідком багатьох чинників: підвищеній зволоженості піхви або локальної стимуляції заднього зведення, а також альтернативним шляхом введення препарату.

При дослідженні якості життя пацієнок, що використовували ВМС «Мірена», на відміну від пацієнок 1-ї і 2-ї груп, було з'ясовано, що побічні ефекти дещо впливають на їхнє життя і повсякденну активність лише протягом початкового періоду контрацепції, що виявлялося деяким зниженням в ці терміни показників фізичного функціонування (RP) і ролевого функціонування, обумовленого фізичним станом (RP) ( $p > 0,05$ ) в порівнянні з початковими даними. Таким чином протягом перших 3 міс використання внутрішньоматкової системи у 38,5% жінок були зареєстровані побічні реакції, які негативно впливали на ЯЖ.

У міру збільшення тривалості контрацепції сумарні показники ЯЖ до 6–7 міс контрацепції достовірно покращувалися. У порівнянні з естроген-гестагенними рилізінг-системами відзначено достовірне поліпшення всіх показників ЯЖ: ролевого функціонування, обумовленого фізичним станом (RP), інтенсивності болю (BP) ( $p < 0,05$ ), загального стану здоров'я (GH), життєвої активності (VT), соціального функціонування (SF) і ролевого функціонування, зумовленого емоційним станом (RE) ( $p < 0,001$ ).

Отже, до 26-го тижня використання ЛНГ-ВМС відзначали поліпшення ряду показників ЯЖ ( $p < 0,001$ ) порівняно з початковими даними, що обумовлене високим контрацептивним ефектом системи і лікувальним ефектом, особливо у пацієнок з дисменореєю і менорагією.

Оцінювання впливу ВМС «Мірена» на сексуальне життя проводили також за допомогою опитувальника «Сексуальна формула жіноча модифікована» (СФЖМ), який жінка заповнювала особисто до вживання контрацептиву, а також через 3, 6, 12, 24 міс контрацепції.

Причини, по яких жінках подобається користуватися ВМС «Мірена» за результатами опитування жінок показав: 74,0% відзначили «не треба ні про що пам'ятати», 56,0% – легкість вживання, 86,0% – ефективність, 37 (38,1%) – лікувальні і профілактичні ефекти. 94,0% жінок і 92,0% їхніх партнерів відзначили легкість вживання даної системи. Сухість піхви, як гестагензалежний ефект, мала місце у 4,0% пацієнок. Занепокоєння і дискомфорт у жінок сухість слизових оболонок піхви не викликала. У 1 пацієнтки спостерігалось зниження лібідо через 9 міс використання внутрішньоматкової системи. Лише 2,0% жінок і чоловіків відзначили побоювання з приводу експульсії ВМС. Жоден партнер не заперечував проти використання контрацептиву. Результати опитування жінок показали, що використовуваний метод контрацепції позитивно впливає на сексуальне життя 70,0% пацієнок. Так само спостерігалось збільшення частоти сексуальної активності з причини високої надійності контрацептиву, особливо через 3 міс після введення ВМС.

На тлі використання ВМС «Мірена» збільшення ініціації статевої близькості спостерігалось у 10,0% жінок і 14,0% їх статевих партнерів. В той же час зниження статевого відчуття відмічене в 2,0%, а вираженості оргазму – у 4,0% жінок.

При аналізі суб'єктивних відчуттів обстежених виявлено, що зниження статевого відчуття вже після 1-го місяця вживання ВМС «Мірена» спостерігали у 2,0% пацієнок, після 3 міс – у 2,0%, після 6 міс – у 4,0%. Зміну лібідо розцінювали як побічну реакцію при використанні даного виду контрацепції, з приводу чого були рекомендовані рослинні фітоестрогени. Ці побічні реакції були транзиторні і до 12 міс контрацепції зникли, не вимагаючи додаткового лікування, у 2,0% жінок. Разом з цим у 6,0% пацієнок було відзначено підвищення лібідо і відчуття оргазму. У динаміці контрацепції не було виявлено негативного впливу на статевої потяг. Протягом усього спостереження у 46,0% жінок, які використовували ВМС «Мірена», спостерігалось збільшення сексуального бажання ( $p < 0,05$ ).

Отже, за результатами анкетування виявлено підвищення задоволеності сексуальними стосунками, почастішання оргазмів під час статевого акту, збільшення частоти статевих контактів. Крім того жінки відзначили, що ВМС «Мірена» покращує якість життя (лікувальний ефект при менорагії), підвищує впевненість в собі, покращує сексуальне життя і стосунки з партнером. Слід підкреслити, що такі якості сексуального життя, як статевої потяг і сексуальна задоволеність, нижче у жінок, що використовують ВМС «Мірена», в порівнянні з тими, що використовують вагінальне кільце, що можливо є наслідком багатьох чинників, в першу чергу різними складами стероїдних компонентів і різними шляхами введення контрацептивів.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, порівняльний аналіз якості життя пацієнок за допомогою опитувальника свідчить про те, що використання гормональних рилізінг-систем з ме-

тою контрацепції призводить до підвищення рівня фізичного і психологічного комфорту жінок – відзначено достовірне підвищення працездатності, фізичної і життєвої активності, що на наш погляд обумовлене високим контрацептивним ефектом, який знижує страх перед можливим настанням небажаної вагітності і забезпечує пацієнткам впевненість у собі, зменшення інтенсивності або зникненням болі під час менструації, і, особливо, купірування симптомів передменструального синдрому і дисменореї.

## Изменения качества жизни пациенток при различных сроках использования гормональных рилизинг-систем

*Н.В. Адамчук*

Сравнительный анализ качества жизни пациенток с помощью опросника свидетельствует о том, что использование гормональных рилизинг-систем с целью контрацепции приводит к повышению уровня физического и психологического комфорта женщин – отмечено достоверное улучшение работоспособности, физической и жизненной активности, что обусловлено высоким контрацептивным эффектом, снижающим страх перед возможным наступлением нежелательной беременности и обеспечивающим пациенткам уверенность в себе, уменьшением интенсивности или исчезновением боли во время менструации, и, особенно, купированием симптомов предменструального синдрома и дисменореи.

**Ключевые слова:** *гормональные рилизинг-системы, качество жизни.*

## Changes of quality of life of patients at various terms of use of hormonal rilizing-systems

*N. V. Adamchuk*

The comparative analysis of quality of life of patients with questionnaire use testifies that use hormonal rilizing-systems for the purpose of contraception leads to increase of level of physical and psychological comfort of women – authentic improvement of working capacity, physical and vital activity that is in our opinion caused by the high contraceptive effect reducing fear before possible approach of undesirable pregnancy and providing patients self-trust, reduction of intensity or pain disappearance during time menstruation, and, especially, knocking over of symptoms premenstrual syndrome and dysmenorea is noticed.

**Key words:** *hormonal rilizing-systems, quality of life.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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



УДК 618.146-02:618.173-08

## Особенности диагностики и лечения патологии шейки матки в климактерический период

Ф.Б. Алиева

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности научного задания – повышение эффективности лечения патологии шейки матки у пациенток с климактерическим синдромом. Усовершенствованный нами алгоритм позволяет добиться низкой частоты рецидивирования и предупредить развитие гемостазиологических нарушений. Методика является простой и общедоступной, что дает нам основные рекомендации ее для широкого использования в практическом здравоохранении. **Ключевые слова:** патология шейки матки, климактерический синдром.

На сегодняшний день патология шейки матки является одной из наиболее распространенных патологий среди женщин репродуктивного и климактерического возраста [1–4]. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется около 500 тыс. пациенток, заболевших раком шейки матки, а основными направлениями в решении данной проблемы является профилактика и ранняя диагностика.

Среди различных групп высокого риска относительно развития патологии шейки матки в последнее время выделяют женщин климактерического возраста. Это обусловлено высоким уровнем сопутствующей экстрагенитальной патологии, дисгормональными изменениями и др. [1–4].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме патологии шейки матки нельзя считать все вопросы данной проблемы полностью решенными. По нашему мнению, в первую очередь это относится к особенностям патологии шейки матки у женщин с климактерическим синдромом, особенно своевременной диагностики и тактики лечебно-профилактических мероприятий. Все это, безусловно, свидетельствует об актуальности избранного научного направления.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения патологических изменений шейки у женщин с климактерическим синдромом на основе изучения у них клинико-кольпоскопических, микробиологических, цитологических и морфологических особенностей, а также усовершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели клинико-лабораторные и функциональные исследования проводились у 126 женщин возрастом 44–55 лет. У всех женщин был

диагностирован климактерический синдром (КС) разной степени выраженности. В соответствии с задачами данного исследования нами были отобраны пациентки, у которых в процессе обследования была обнаружена патология шейки матки на фоне ее деформации, что требовало хирургического лечения. У 42 женщин был диагностирован эндометриоз шейки матки на фоне ее деформации – группа А; у 44 женщин – лейкоплакия (без атипии клеток) на фоне деформации шейки матки – группа Б; группу В составили 40 женщин, у которых была диагностирована лейкоплакия шейки матки с атипией клеток на фоне деформации шейки матки.

В зависимости от методики выполненного хирургического вмешательства были выделены 3 группы женщин, что позволило произвести оценку результатов лечения и обосновать целесообразность дифференцированного подхода к выполнению операции.

Группу 1 составили 44 женщины (18 пациенток с эндометриозом и 26 с лейкоплакией без атипии клеток на фоне деформации шейки матки), у которых было выполнено так называемое LEEP вмешательства (Loop Electrosurgical Excision Procedure).

Группу 2 составили 54 женщины (24 с эндометриозом, 18 с лейкоплакией без атипии, 12 с лейкоплакией и атипией клеток), которым была выполнена диатермическая конусообразная эксцизия шейки матки.

В группу 3 вошло 28 женщин с лейкоплакией и атипией клеток, которым была выполнена ампутация шейки матки по Штурмдорфом. Из этой группы у 16 женщин наблюдалось опущение передней и/или задней стенок влагалища, в связи с чем им было выполнено кроме операции Штурмдорфа также переднюю и заднюю кольпоперинеопластику (кольпорафию).

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) назначалась женщинам через месяц после реконструктивно-пластических операций на шейке матки, LEEP (по поводу эндометриоза шейки матки на фоне ее деформации) проводилась на фоне приема ЗГТ.

Для изучения динамики течения репаративного процесса на шейке матки после LEEP на фоне ЗГТ, пациентки группы 1 были разделены на 2 рандомизированных подгруппы – 1.1 и 1.2. Подгруппу 1.1 составили 26 женщин, которые не получали ЗГТ и подгруппу 1.2 – 18 пациенток, которые получали ЗГТ перорально препаратом Лививал.

Контрольную группу для изучения антитромбогенной активности сосудистой стенки у женщин с КС составили 20 женщин, которые на момент обследования были соматически здоровы.

Всем женщинам с выявленной патологией шейки матки к началу оперативного лечения была проведена манжеткову проба по методу М.В. Балуди с определением основных параметров антитромбогенной активности сосудистой стенки. Антитромбогенную активность сосудистой стенки оценивали на основании антикоагуляционной и фибринолитической активности агрегации стенки сосудов. В зависимости от выраженности исходных нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки были выделены 2 подгруппы: в подгруппу F вошли женщины, у которых изменения индексов, составляющих антитромбогенной активности сосудистой стенки, не превышали 15%; подгруппу D характеризовали более выраженные (свыше 15%) отклонения индексов антитромбогенной активности сосудов.

Для изучения возможности фармакологической коррекции нарушенной функциональной активности сосудистой стенки в зависимости от вида примененной терапии и согласия пациенток на предлагаемую терапию с учетом всех возможных противопоказаний выделена третья подгруппа G.

Следовательно, подгруппу F составили 46 пациенток (выраженность нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки до 15%), которые с целью коррекции нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки получали ЗГТ препаратом Климодиен.

Подгруппу D составили 9 женщин (выраженность нарушений антитромбогенной активности сосудистой стенки больше 15%), которые также получали ЗГТ препаратом Ливиал.

В третьей подгруппе – G, состоящей из 31 женщины также со сначала выраженным снижением антитромбогенной активности сосудистой стенки (более чем на 15%), нами была оценена возможность коррекции антитромбогенной активности стенки сосудов ЗГТ в сочетании с антиагрегантами. Как ЗГТ здесь использовали Ливиал, который не влияет на гемостаз. Среди антиагрегантов преимущество отдавали препарату Кардиомагнил.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре патологических изменений деформированной шейки матки у женщин с климактерическим синдромом в 34,9% случаев имеет место лейкоплакия без атипии клеток; в 33,3% – эндометриоз шейки матки и в 31,8% – лейкоплакия с атипией клеток.

При кольпоскопической оценке деформированной шейки матки у женщин с климактерическим синдромом в большинстве случаев (59,5%) имеет место лейкоплакия шейки матки в дистальной ее части; реже – эндометриоз эндоцервикальной части шейки матки (23,0%), эндометриоз экзоцервикса (10,3%) и лейкоплакия с переходом на свод влагалища (7,2%).

У женщин с патологией шейки матки и климактерическим синдромом при цитологическом исследовании в подавляющем большинстве случаев (65,1%) обнаружены нормальные соотношения многослойного плоского эпителия и парабазальных клеток с небольшим количеством лейкоцитов (I и II тип мазка); в 28,3% наблюдений – атипия клеток и в 6,6% – комплексы клеток зрелой и незрелой плоскоклеточной метаплазии (III тип мазка).

У женщин с патологией шейки матки чаще (60,9%) всего климактерический синдром имеет среднюю степень тяжести по сравнению с легкой (11,4%) и тяжелой (27,7%). При этом наиболее частыми расстройствами являются нейровегетативные (85,0%), психоэмоциональные (70,3%) и обменно-эндокринные (26,5%).

Эффективность оперативного лечения деформированной шейки матки у пациенток с климактерическим синдромом составляет при ЛЕЕР вмешательстве – 97,7%, при диатермической конусообразной эксцизии шейки матки и ампутации шейки матки по Штурмдорфу – 100,0%.

У пациенток с патологией шейки матки на фоне климактерического синдрома изменения системного гемостаза носят компенсированный характер, но в 60% случаев наблюдается снижение антитромбогенной активности сосудистой стенки со-

судов до 15%, в 35% больных отмечается снижение более чем на 15%, а в 5% - изменения отсутствуют.

Использование дифференцированного подхода к профилактике тромботических осложнений после оперативного лечения патологии шейки матки у женщин с климактерическим синдромом позволяет предупредить развитие этих осложнений, а также улучшить послеоперационную реабилитацию пациенток за счет снижения частоты патологической клинической симптоматики.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать следующие моменты:

- для оперативного лечения деформированной шейки матки у женщин с климактерическим синдромом необходимо использовать ЛЕЕР вмешательства, диатермическую конусообразную эксцизию шейки матки и ампутацию шейки матки по Штурмдорфу. Выбор конкретной операции зависит от результатов кольпоскопических, цитологических и гистологических методов исследования.

- основными факторами риска тромботических осложнений у женщин с патологией шейки матки на фоне климактерического синдрома выражены эмоциональный предоперационный стресс, сопутствующая эндокринная патология, хронические инфекции генитальной и экстрагенитальной локализации.

- для оценки степени риска развития тромботических осложнений после оперативного лечения патологии шейки матки на фоне климактерического синдрома необходимо использовать оценку антитромбогенной активности сосудистой стенки с помощью манжеточной пробы.

- с целью профилактики тромботических осложнений после оперативного лечения патологии шейки матки у женщин с климактерическим синдромом необходимо использовать дифференцированный подход с применением заместительной гормональной терапии и антиагрегантов.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – повышение эффективности лечения патологии шейки матки у пациенток с климактерическим синдромом. Усовершенствованный нами алгоритм позволяет добиться низкой частоты рецидивирования и предупредить развитие гемостазиологических нарушений. Методика является простой и общедоступной, что дает нам основание рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Особливості діагностики і лікування патології шийки матки в клімактеричний період Ф.Б. Алієва

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання – підвищення ефективності лікування патології шийки матки у пацієнток з клімактеричним синдромом. Вдосконалений нами алгоритм дозволяє досягти низької частоти рецидивування і попередити розвиток гемостазіологічних порушень. Методика є простою і

загальнодоступною, що дає підставу рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** патологія шийки матки, клімактеричний синдром.

### Features of diagnostics and treatment of a pathology of cervix uterus in the climacteric period

**F.B. Alieva**

Results of the spent researches testify to an urgency of the scientific task – increase of efficiency of treatment of a pathology of cervix of uterus at patients with a climacteric syndrome. The algorithm improved by us allows to achieve low frequency recediving and to warn development hemostasiological infringements. The technique is simple and popular that gives to our the grounds to recommend it for wide use in practical public health services.

**Key words:** a pathology of cervix of uterus, a climacteric syndrome.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Крымская М.Л. Климактерический период / М.Л. Крымская. – М.: Медицина, 2010. – 272 с.
2. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки (клинические лекции) / В.Н. Прилепская. – М., 2010. – С. 56–94.
3. Сольський Я.П. Проблеми клімаксу в Україні / Я.П. Сольський, Т.Ф. Татарчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 6. – С. 72–76.
4. Щербина И.Н. Влияние микробного фактора на результаты термокоагуляции эктопий шейки матки / И.Н. Щербина // Врачебная практика. – 2011. – № 5. – С. 16–18.

УДК 618.17-06:618.39

## Вплив різних методів переривання вагітності в I триместрі на порушення репродуктивної функції жінок

**С.М. Бакшеєв**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що переривання вагітності незалежно від методу його проведення, негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. При цьому кожен метод має свої особливості як ранніх, так і пізніх ускладнень і не може бути рекомендований як ефективний спосіб планування вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** переривання вагітності, ускладнення.

Одним з головних чинників, що негативно впливають на репродуктивний потенціал жінки, є штучне переривання вагітності [1, 2]. Проблема абортів, не дивлячись на сталу тенденцію до зниження їх числа, як і раніше вимагає рішення внаслідок того, що є провідною причиною материнської смертності, запальних захворювань статевих органів, безпліддя, невиношування вагітності і перинатальної патології [1, 2].

Велика частина вагітностей, що настали щорік, закінчується штучними абортами [1, 2], половина всіх переривань вагітності доводиться на жінок в оптимальний репродуктивний вік – 20–29 років [1, 2] і більше, 50% абортів спричиняють за собою ранні або пізні ускладнення. Внаслідок цього існує реальна загроза втрати здоров'я майбутнього населення країни.

Не дивлячись на багаточисельні дослідження, присвячені безпеці абортів, роль останніх в генезі ускладнень подальших вагітностей і пологів ще недостатньо вивчена, і багато питань продовжують залишатися дискусійними [1, 2].

**Мета дослідження:** вивчення ступеня порушення репродуктивного потенціалу жінок, що перенесли різні види абортів в I триместрі вагітності.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для оцінювання впливу переривання вагітності в I триместрі на стан репродуктивного здоров'я жінки був проведений ретроспективний аналіз архівного матеріалу. Проаналізовано 1551 історію хвороби і амбулаторну карту, з них 523 жінок, які мали в анамнезі артифіційний аборт (АА), 723 – вакуум аспірацію (ВА) і 305 – медикаментозний аборт (МА) із застосуванням різних препаратів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення документів 523 пацієток з АА в анамнезі показало, що всі жінки у минулому мали артифіційне переривання вагітності: 35,7% – 1 аборт; 47,8% – до 3 абортів; 16,5% – від 4 до 13 абортів; пологи були в анамнезі у 68,2% пацієток. Подібне співвідношення плогів і абортів було типовим для всіх жінок, що приймали участь у дослідженні.

При аналізі анамнезу вдалося встановити частоту екстрагенітальної патології, на тлі якої проводився АА. Так, захворювання верхніх відділів респіраторного тракту відзначено в 53,5%, хронічний пієлонефрит – в 29,6%, патологія органів травлення – в 12,3%, хронічний бронхіт – у 10,9% пацієток.

При аналізі ускладнень після АА була встановлена їх сумарна частота, рівна 25,1%, з них ранніх було 4,5%. Частота ранніх ускладнень після хірургічного аборту представлена на мал. 1.

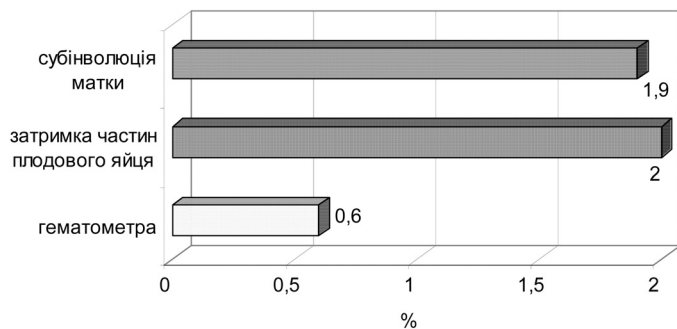
Серед ранніх ускладнень слід виділити затримку частин плодового яйця (2,0%), субінволюцію матки (1,9%) і гематометру (0,6%). В порівнянні з цим серед пізніх ускладнень (мал. 2) загострення хронічних запальних захворювань репродуктивної системи: ендометриту – 5,6% і сальпінгоофориту – 7,2%. Крім того 6,3% випадків жінок відзначали ациклічні маткові кровотечі і рідше – зростання лейоміоми матки – 1,0% і утворення поліпа ендометрія – 0,4% відповідно.

При клінічній характеристиці 723 жінок після переривання вагітності методом ВА встановлено, що 1 аборт в анамнезі мали 26,3% пацієток, до 3 абортів – 29,9% і більше 3 абортів – 8,7% жінок.

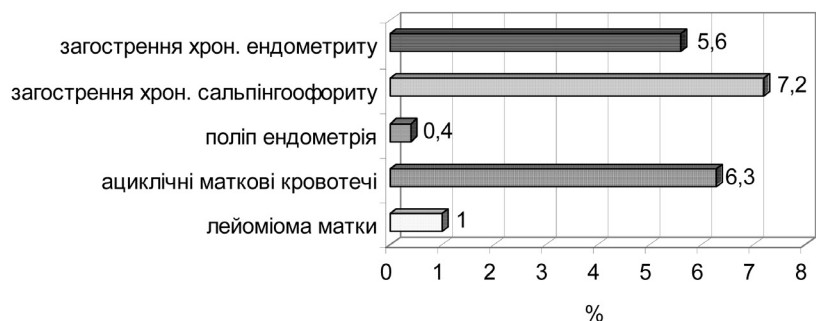
Аналіз історій показав, що ускладнення після ВА спостерігалися у 6,4% жінок, з них ранні – в 3,0% (мал. 3).

З даних мал. 3 видно, що ранні ускладнення склали 3,0% випадків, причому найчастіше зустрічалися гематометра (1,1%) і ЗЧПЯ – 1,1%. Прогрес вагітності спостерігався у 0,8% жінок і це зажадало проведення вискоблювання порожнини матки.

Пізнні ускладнення після вакуум-аспірації (ВА) були відзначені у 3,3% жінок, з них запальні процеси матки і придатків – у 2,4%, поліпи ендометрія з вискоблюван-



Мал. 1. Характер ранніх ускладнень після переривання вагітності (n=523)



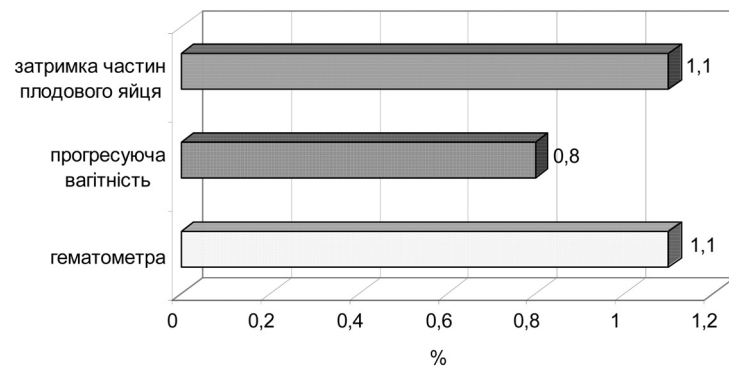
Мал. 2. Характер пізніх ускладнень після переривання вагітності хірургічним шляхом (n=523)

ням порожнини матки – у 0,5%, порушення менструального циклу у вигляді ациклічних кров'яних виділень – у 0,3% пацієток (мал. 4).

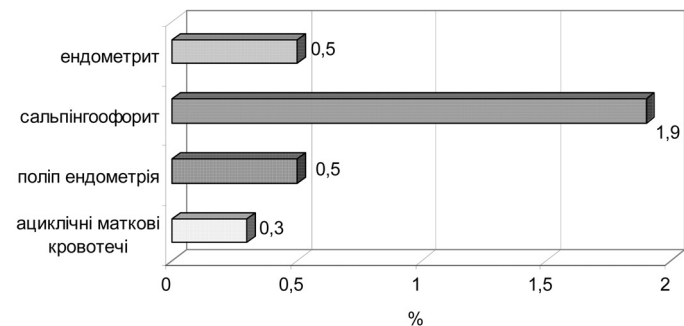
Порівняльний аналіз 305 амбулаторних карт вагітних жінок, що перервали вагітність мифепристоном і мизопростолом показав, що 19,2% вже мали 1 аборт в анамнезі, 15,4% – до 3 абортів і 4,1% – більше 3 абортів.

Аналіз ускладнень після медикаментозного аборту (МА) показав, що ускладнення відзначені у 19,6% пацієток (мал. 5).

Ранні ускладнення склали 13,3%. У групі МА найчастіше зустрічалася ЗЧПЯ – 8,8% випадок. Детальний аналіз випадків ЗЧПЯ показав, що з 27 жінок з цим ускладненням, в 49,2% це було перше переривання вагітності, 35,8% пацієток вже мали досвід переривання вагітності, найчастіше, шляхом ВА або МА і лише 14,9% – хірургічним шляхом. Вагітність прогресувала у



Мал. 3. Характер і частота ранніх ускладнень після переривання вагітності вакуум-аспірацією (n=723)

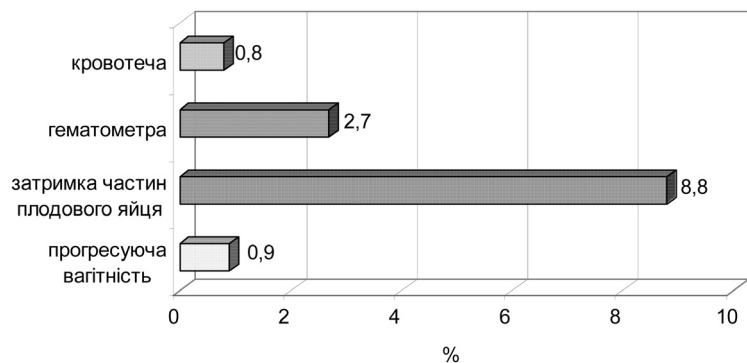


**Мал. 4.** Характер і частота пізніх ускладнень після переривання вагітності вакуум-аспірацією (n=723)

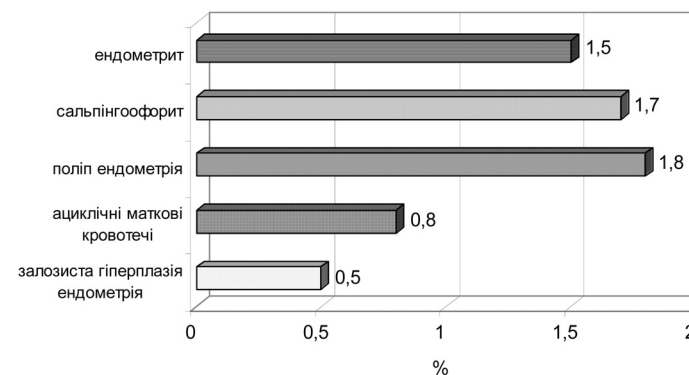
0,9% жінок, що зажадало її переривання шляхом ВА. Окрім того, гематометра була виявлена в 2,7%, причому кровотеча, що зажадала госпіталізації мала місце в 0,6% випадків. Серед жінок, лише з МА в анамнезі, частота ранніх ускладнень складала 4,5%, які були представлені прогресом вагітності в 1,4% і ЗЧПЯ – в 3,1%.

Пізні ускладнення після МА встановлені у 6,3% пацієнток. Запальні процеси матки і придатків виявлені у 3,2% жінок, порушення менструального циклу, у вигляді АМК у 0,8%, залізиста гіперплазія ендометрія – у 0,5% (мал. 6). У жінок виключно з МА пізні ускладнення склали 3,6%, у 46,2% з них – поліпи ендометрія, у 30,8% – сальпінгофорити і у 23,0% – ендометрит.

Порівнюючи частоту ранніх і пізніх ускладнень після різних видів абортів можна помітити, що кожен вид аборту має свої особливості.



**Мал. 5.** Характер і частота ранніх ускладнень після медикаментозного аборту (n=305)



**Мал. 6.** Характер і частота пізніх ускладнень після медикаментозного аборту (n=305)

Так, по сумарній частоті ускладнень лідувала група МА (13,3%), після якого в 8,8% випадках зареєстрована ЗЧПЯ, проти 2% – після АА і 1,1% – після ВА. Гематометра виявлена у 2,7% жінок після МА, що в 4,5 рази частіше, ніж після АА і в 2,5 рази – після ВА.

При аналізі пізніх ускладнень встановлено, що запалення матки і придатків мала місце у 12,8% жінок після АА проти 2,4% і 3,2% після ВА і МА відповідно, порушення менструального циклу відмічене у 6,3% пацієнток після АА, а після ВА і МА – в 0,3% і 0,8% випадків відповідно. Поліпи ендометрія виявлені частішим після МА – 2,0%, тоді як після АА – 0,4%, після ВА – 0,5%.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що переривання вагітності незалежно від методу його проведення негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. При цьому кожен метод має свої особливості як ранніх, так і пізніх ускладнень і не може бути рекомендованим як ефективний спосіб планування вагітності. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## Влияние различных методов прерывания беременности в I триместре на нарушения репродуктивной функции женщин

*С.Н. Бакшеев*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что прерывание беременности независимо от метода его проведения оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. При этом каждый метод имеет свои особенности как ранних, так и поздних осложнений и не может быть рекомендован как эффективный способ плани-

рования беременности. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** прерывание беременности, осложнения.

**Influence various methods of interruption of pregnancy in the first trimester on infringements of reproductive function of women**  
**S.N. Baksheev**

Results of the spent researches testify that interruption of pregnancy irrespective of a method of its carrying out makes negative impact on reproductive health of women. Thus each method has the features both early, and late complications and cannot be to recommend as an effective way of planning of pregnancy. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** interruption of pregnancy, complication.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Гатина Г.А. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины / Г.А. Гатина, А.Р. Махмудова, Д.М. Магомедханова // *Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума.* – Казань, 2007. – С. 223–224.
2. Глуховец Б.И. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, Е.И. Новикова // *Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума.* – Казань, 2007. – С. 224–225.

УДК 618.15-002-022.1-097:612.112.3

**Діагностичне значення місцевого фагоцитозу при інфекційно-запальних захворюваннях піхви**

**Г.А. Барановська**

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

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль системного і місцевого фагоцитозу при оцінці стану чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** інфекційно-запальні захворювання піхви, місцевий фагоцитоз.

Багаточисельними дослідженнями останніх років показано, що інфекційно-запальні процеси, зокрема в піхві, беруть участь у розвитку акушерсько-гінекологічної патології, що визначає не лише здоров'я матері, але і плода [1-6]. У клініці захворювань прослідковуються дві тенденції: по-перше, невідповідність тяжкості зовнішніх проявів і рівня патологічних змін в 1 сфері, по-друге, невисока ефективність лікування, що проводиться, ведуча до фульмінантного перебігу з летальним результатом або до хронізації процесів [1–6].

Етіологічна структура збудників інфекційних процесів в останнє десятиліття істотно змінилася, що пов'язане з постійною еволюцією бактерій і залученням до патологічних процесів умовно-патогенних мікроорганізмів [2, 3]. У зв'язку з подвійною природою останніх, умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) як комменсали, присутні у складі нормальної мікрофлори здорових людей, а також рееструються як етіопатогени при різних місцевих і генералізованих процесах – у клініцистів іноді виникають складнощі при оцінюванні результатів обстеження, визначенні доцільності лікування, що призначається, і виборі лікарських препаратів [4, 5]. У діагностиці неспецифічних інфекцій до останнього часу вирішальне значення при визначенні етіологічної значущості надавалося чисельності виявлених мікроорганізмів в ураженому органі, а в разі мікст-інфекції – встановленню кількісних співвідношень між асоціантами. Проте багатьма дослідниками [1–6] в подібних ситуаціях головним визнається визначення у виділених культур чинників патогенності. Цінність цього критерію підвищується при виявленні не одного, а декількох чинників вірулентності, і особливо в патогенетично значимій дозі і рівні активності. Рішення питання про етіологічну роль УПМ в осередку ураження полегшується при з'ясуванні у відповідь реакції макроорганізму в зоні первинної колонізації, оскільки ступінь реактивності і динамічні зміни показників локальних чинників неспецифічного захисту в істотній мірі відображають «поведінку»

умовного патогена як коменсала або збудника інфекційного процесу. Комплексний підхід, що враховує як біологічні особливості УПМ, так і специфіку локальної у відповідь реакції макроорганізму, розробка нових інформативних і доступних для практики критеріїв, що дозволяють визначити роль ізольованих штамів в патологічному процесі при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви (НІЗВ), представляється актуальною і насущною проблемою.

Не дивлячись на значне число наукових досліджень з проблеми НІЗВ не можна вважати всі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті змін системного і місцевого фагоцитозу при даній патології.

**Мета дослідження:** вивчення діагностичного значення місцевого фагоцитозу при НІЗВ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для детального аналізу інфекційних захворювань репродуктивної сфери була розроблена власна карта обліку, в якій виділені змішані форми інфекції різної етіології (вірусно-бактерійні, бактерійно-грибкові та ін.).

Після оформлення згоди на медичне втручання і відповідно до критеріїв включення і виключення були сформовані відповідні групи.

*Критерії включення:*

- вік обстежуваних від 20 до 45 років;
- скарги на патологічні виділення із статевих шляхів;
- встановлення діагнозу вульвовагінального кандидозу (ВВК), бактерійного вагінозу (БВ), неспецифічного вульвовагініту (НВВ) або змішаних бактерійно-грибкових або аеробно-анаеробних бактерійних інфекцій піхви;
- пацієнтки, обстежені особисто автором.

*Критерії виключення:*

- вживання гормональної або внутрішньоматкової контрацепції;
- наявність ектопії шийки матки, гострого або загострення хронічного екстрагенітального або гінекологічного захворювання;
- позитивний тест на ВІЛ, сифіліс;
- позитивні тести на *M. genitalium*, *C. trachomatis*, вірус папіломи людини (ВПЛ), вірус простого герпесу (ВПГ), цитомегаловірус (ЦМВ), *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*.

В результаті було виділено 9 профільних груп: I – умовно здорові (42 жінки), II – кандидоносійство (45 жінки), III – бактерійний вагіноз (112 жінок), IV – неспецифічний вульвовагініт (107 жінки), V – гострий вульвовагінальний кандидоз (61 жінка), VI – хронічний вульвовагінальний кандидоз (76 жінок), VII – бактерійний вагіноз + кандидозна інфекція (71 жінка), VIII – неспецифічний вульвовагініт + кандидозна інфекція (84 жінки), IX – бактерійний вагіноз + неспецифічний вульвовагініт (63 жінки).

Після розподілу пацієнток по групах були проведені поглиблені імунологічні дослідження. Цитологічне, бактеріоскопію і бактеріологічне дослідження вагінального секрету проводили традиційними методами.

Для дослідження функціональної активності лейкоцитів кров забирали з ліктьової вени в кількості 3,0 мл і переміщували в стерильну пластикову пробірку, виготов-

лену з антиадгезивної пластмаси. Забір вагінального відокремлюваного виробляли за допомогою ложки Фолькмана (100 мкл) і поміщали в пробірку з 900 мкл стерильного фізіологічного розчину.

Розраховували наступні показники: відсоток фагоцитозу, фагоцитарне число, фагоцитарний індекс.

Відсоток фагоцитозу (ФП) – кількість клітин, що захопили один або більш за об'єкти фагоцитозу (ФЕБ) на 100 потенційних фагоцитів.

Фагоцитарний індекс (ФІ) – кількість об'єктів фагоцитозу, яке доводиться на одну клітину («дійсний» фагоцит), що фагоцитують, що характеризує поглинальну активність фагоцитів.

Фагоцитарне число (ФЧ) – кількість об'єктів фагоцитозу, яке в середньому доводиться на один з 100 фагоцитів, що характеризує загальну поглинальну активність фагоцитів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що характерні клінічні ознаки («сирнисті» виділення, запах «гнилої» риби, виражена дифузна гіперемія слизової оболонки) реєструються лише при моноформах захворювання (кандидоз, бактерійний вагіноз, неспецифічний вульвовагініт), а утворення різних бактерійних і бактерійно-грибкових асоціацій мікроорганізмів у вагінальному біотопі призводить до зміни клінічної картини і формування малосимптомних форм захворювання.

Приєднання грибів роду *Candida* до мікробіоценозу, характерного для бактерійного вагінозу, найчастіше реалізується у вигляді кандидоносійства (76,1%). В протилежність цьому, при неспецифічному вульвовагініті гриби залучаються до інфекційного процесу значно частіше (58,3%), при цьому їхня участь у складі бактерійно-грибкових асоціацій формує складний комплекс змін, що спотворюють клінічні симптоми як неспецифічного вульвовагініту, так і власне кандидозу.

Оцінювання якісного і кількісного складу мікрофлори вагінального біотопу, заснована на екологічних принципах, і використання оригінальних індексів відносної різноманітності і домінування облігатних і транзитних видів мікроорганізмів забезпечує велику стандартність і об'єктивність обліку результатів бактеріологічного дослідження.

Аналіз функціональної активності умовно-патогенних мікроорганізмів, що ізолюються при неспецифічних інфекційних захворюваннях піхви, що дозволяє розрізнити штами по мірі патогенності, може бути додатковим критерієм у визначенні їх етіологічної значущості і диференціюванні стану «здорового носійства» від інфекційного процесу.

Як відомо, умовно-патогенні бактерії є сапрофітами-коменсалами і розвиток інфекційного процесу з їх участю можливо при порушенні в системі протиінфекційного захисту. З врахуванням особливостей етіології і переважно локальної природи НІЗВ, можна було чекати різну міру участі компонентів цитокінового статусу.

Клітини, що фагоцитують, утворюють основні, в кількісному відношенні, клітинні популяції в периферичній крові людини. При їхньому нормальному функціонуванні інфекційні процеси мають бути маловірогідні. Проте, вони існують, і однією з можли-

вих причин їхнього існування можуть стати зміни кількості, функціональної активності фагоцитів і що інших «працюють» з ними в комплексі захисних систем. Фагоцитарний процес також є інтегральним і практично єдиним клітинним механізмом місцевого протимікробного захисту піхви. Проте стан системних і локальних захисних чинників при даній патології залишається недостатньо вивченим. У зв'язку з цим нами зроблена спроба порівняльного аналізу вираженості фагоцитарних реакцій в крові і вагінальному секреті умовно здорових і пацієнток з НІЗВ.

Стан фагоцитарного захисту крові оцінювали по кількості лейкоцитів, нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів/макрофагів, їх фагоцитарної активності. Показники фагоцитарної активності в I групі відповідали регіональним нормативам для жінок репродуктивного віку в лютеїнову фазу циклу.

Враховуючи відсутність прямого контакту мікробних антигенів з клітинами крові при НІЗВ, ми передбачали відсутність змін в кількості і функціональній активності лейкоцитів периферичної крові. Аналіз отриманих даних показав достовірні міжгрупові відмінності по абсолютній кількості лейкоцитів ( $F=2,76$ , при  $R_{критич.}=1,94$ ), нейтрофільних гранулоцитів ( $F=21,10$ ) і макрофагів ( $F=5,88$ ). Проте всі значення знаходилися в діапазоні коливань, характерних для здорових жінок (лейкоцити – 7003–8550, нейтрофільні гранулоцити – 6284–7759, моноцити – 287–677). Крім того, при розгляді участі різних популяцій лейкоцитів у фагоцитозі (доля нейтрофільних гранулоцитів і макрофагів) достовірних міжгрупових відмінностей не отримано ( $F=1,42$  і  $F=0,01$  відповідно). Групи також не відрізнялися за показниками активності і ефективності фагоцитозу.

При вивченні клітинного складу вагінального відокремлюваного здорових жінок встановлено, що серед загального числа лейкоцитів (5921–6215 клітин в 1 мкл) нейтрофільних гранулоцитів – 91–97%, частину, що залишилася, складають макрофаги – 3–9%.

У II групі не виявлено яких-небудь змін у порівнянні із здоровими жінками в кількості або функції фагоцитів, що є додатковим аргументом на користь розгляду кандидозостійства як варіанту нормоценозу.

При БВ не відзначено відхилень в кількості лейкоцитів, аналогічні дані отримані при цитологічному дослідженні вагінального вмісту. Співвідношення нейтрофільні гранулоцити/макрофаги не змінилося, але активність і ефективність фагоцитозу була значно знижена ( $p1-3<0,05$ ). Ймовірно, розвиток БВ відбувається на тлі пригнічення локальних фагоцитарних реакцій, а надлишкове антигенне навантаження при підвищенні чисельності і розширення спектру БВ-асоційованих мікроорганізмів посилює процес гальмування функціональної активності фагоцитів.

НВВ характеризувався значним збільшенням числа лейкоцитів у вагінальному секреті ( $p1-4<0,05$ ), при цьому, як і при БВ, доля кожної популяції була збережена: нейтрофільні гранулоцити – 90–98%, макрофаги – 2–10%. На тлі достовірного зниження рівня клітин (нейтрофільні гранулоцити –  $p1-4<0,05$ , макрофаги –  $p1-4<0,05$ ), що фагоцитують, спостерігали активацію поглинальної здатності клітин. Така зміна функціональної активності нейтрофільних гранулоцитів, ймовірно, є компенсаторною реакцією у відповідь на зниження кількості фагоцитів, що вступають в процес фагоцитозу.

Виражена запальна реакція у відповідь на переважання аеробних бактерій у відокремлюваному піхви підтверджується клінічними проявами і результатами дослідження бактеріоскопії.

Абсолютно іншу картину спостерігали при грибковій інфекції. При гострій формі на тлі нормальної кількості лейкоцитів, переважання нейтрофільних гранулоцитів збереження їх активності у вагінальному вмісті виявлено збільшення абсолютного і відносного вмісту макрофагів ( $p1-5<0,05$ ). Показники активності і ефективності фагоцитозу макрофагів були достовірно вище в порівнянні з групою здорових.

Хронічна форма характеризувалася достовірним підвищенням кількості лейкоцитів (нейтрофільних гранулоцитів макрофагів) у вагінальному відокремлюваному в порівнянні з I і IV групою ( $p<0,05$ ). Збільшення долі макрофагів супроводжувалося вираженим зниженням їх фагоцитарної активності. Крім того, зміни відмічені і в активності нейтрофільної ланки. Відмічено як зниження числа нейтрофільних гранулоцитів, що фагоцитують, так і гальмування їх поглинальної здатності, що, ймовірно, призводить до зростання УПБ.

У пацієнток VII і VIII групи відзначали схожі порушення, які виявлялися підвищенням числа лейкоцитів, макрофагів і нейтрофільних гранулоцитів. При домінуванні нейтрофільних гранулоцитів, що зберігається, виявили достовірне підвищення відсотка макрофагів, проте воно було менш значимим, чим при «чистій» формі кандидозної інфекції. В обох групах фагоцитарна активність клітин знижувалася.

При змішаній анаеробно-аеробній інфекції спостерігали збільшення кількості лейкоцитів, при збереженні вкладки кожного пулу в клітинний склад. Відзначена депресія фагоцитарних реакцій нейтрофільних гранулоцитів, при збереженні (ФП, ФЧ) і навіть активації (ФІ) в макрофагів. Виявлені особливості можуть свідчити про тривалість запального процесу і є компенсаторною реакцією, що обмежує поширення інфекції.

Як видно з представлених даних, для НІЗВ характерні порушення фагоцитарних реакцій на локальному рівні, а їх спрямованість і ступінь вираженості залежить від етіологічного чинника. Бактерійні інфекції характеризуються переважанням нейтрофільних гранулоцитів у вагінальному відокремлюваному, проте показники їх фагоцитарної активності різко понижені, що, ймовірно, пов'язано з впливом токсичних біопродуктів на лейкоцити. Переважання анаеробних бактерій не супроводжується розвитком запальної реакції. У той же час, при поєднанні з аеробними УПП, як і в разі абсолютного домінування останніх, КЖІ у вагінальному відокремлюваному різко зростає.

Виражені зміни в кількісному і якісному складі фагоцитів виявлені при кандидозній інфекції. На тлі домінування нейтрофільних гранулоцитів у вагінальному відокремлюваному збільшується пул макрофагів, які мають велике значення в поглинанні крупних об'єктів, якими є клітини грибів. Дисфункція і гальмування фагоцитарних реакцій веде до розмноження та інвазії грибів, формування хронічних форм.

Кількість і активність нейтрофільних гранулоцитів відрізнялися при різних формах захворювання. Так, гострий ВВК характеризувався збереженням їх числа і функціональної активності, а при хронічній формі, не дивлячись на підвищення кількості, відмічено значне зниження поглинальної здатності. Слід зазначити, що такі порушення ведуть не лише до тривалої персистенції грибів, але і до зміни складу мікрофлори піхви.

Фагоцитарні реакції при змішаних формах НІЗВ мали деякі схожі параметри: значне підвищення кількості лейкоцитів, їх дисфункція і збільшення долі макрофагів



при приєднанні грибкової інфекції. Такі зміни можна пояснити не лише дією великої кількості антифагоцитарних чинників мікробної природи, але і тривалістю інфекційного процесу, що призводить до виснаження локальних захисних механізмів.

### ВИСНОВОК

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль системного і місцевого фагоцитозу при оцінюванні стану чинників захисту у пацієнток з інфекційно-запальними захворюваннями піхви. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

#### Диагностическое значение местного фагоцитоза при инфекционно-воспалительных заболеваниях влагалища

*Г.А. Барановская*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли системного и местного фагоцитоза при оценке состояния факторов защиты у пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** *инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, местный фагоцитоз.*

#### Diagnostic value of local fagocytose at infectious-inflammatory diseases of a vagina

*G.A. Baranovsky*

Results of the spent researches testify about an essential role of system and local fagocytose at an estimation of a condition of local factors of protection at patients with infectious-inflammatory diseases of a vagina. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** *infectious-inflammatory diseases of a vagina, local fagocytose.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Карпунина Т.И. Сложности диагностики и лечения вагинального кандидоза, ассоциированного со стафилококковой инфекцией // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2007. – Ч. 1. – № 1 (17). – С. 487.
2. Карпунина Т.И. Микрофлора влагалища и сенсбилизация к микробным антигенам у женщин с привычным невынашиванием беременности // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. – 2008. – Ч. II. – № 2 (22). – С. 569–570.
3. Олина А.А. Местный иммунитет и локальная иммунотерапия эктопии шейки матки // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. LV. – Вып. 4. – С. 71–76.
4. Олина А.А. Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / А.А. Олина // Уральский медицинский журнал. Гигиена и эпидемиология. – 2008. – № 8 (48). – С. 160–163.
5. Падруль М.М. Состояние микробиологии влагалищного биотопа при бактериальном вагинозе // Бюллетень ВСЦН СО РАМН. – 2002. – Т. 1, №4. – С. 119–121.
6. Ширева Ю.В. Аэробный вагинит – реальная угроза сохранению репродуктивного здоровья // Здоровье и образование ребенка: материалы I Всерос. науч.-практ. конф. – Пермь, 2002. – С. 428–430

УДК 618.312-06:618.177-089.888.11

## Відновлення репродуктивної функції і тактика ведення гестації після позаматкової вагітності

*П.Р. Волосовський*

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених досліджень свідчать про високу актуальність наукової проблеми, що вивчається – репродуктивне здоров'я жінок після позаматкової вагітності. Вдосконалений нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність діагностики даної патології, своєчасно провести оперативне лікування з оптимальним об'ємом, знизити частоту ранніх віддалених післяопераційних ускладнень, відновити репродуктивну функцію пацієнток і поліпшити акушерські і перинатальні результати розродження. Отримані результати є підставою для широкого впровадження вдосконаленого алгоритму в практику охорони здоров'я.

**Ключові слова:** *позаматкова вагітність, репродуктивне здоров'я.*

В даний час проблема позаматкової вагітності (ПВ) є однією з найбільш актуальних в сучасній репродуктології. Не дивлячись на впровадження в медичну практику нових технологій, своєчасна діагностика даної патології часто залишається скрутною, а відсутність ефективних реабілітаційних заходів наводить до серйозних порушень репродуктивного здоров'я [1–6].

На сьогоднішні ПВ є одним з невідкладних станів, що найчастіше виявляють в гінекологічній практиці і вимагають термінового хірургічного втручання [1, 4]. Ця патологія зустрічається, переважно у молодому віці, має не лише медичне, але й соціальне значення, що диктує необхідність пошуку таких методів хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і, таким чином, зберегти репродуктивну функцію жінки. Важливе значення для даної категорії пацієнток має і косметичний результат операції.

Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методик дозволило істотно змінити діагностичну і лікувальну тактику при багатьох гінекологічних захворюваннях, особливо при станах, що супроводжуються внутрішньочеревними кровотечами – ПВ [2, 3].

На сьогоднішні в літературі проблема ПВ досить широко освітлена. В той же час існує ще цілий ряд не повністю вирішених моментів: розвиток ПВ після допоміжних репродуктивних технологій; повторна ПВ і особливо клінічний перебіг вагітності і пологів у жінок з цією патологією.

Таким чином, в даний час, проблема репродуктивного здоров'я у жінок, що перенесли ПВ, вирішена частково, що диктує необхідність проведення досліджень в даному науковому напрямі.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції і гестаційних ускладнень у жінок після ПВ за рахунок вивчення нових аспектів патогенезу даної патології, а також розроблення вдосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно поставленої мети на I етапі був проведений ретроспективний аналіз хвороби. Ретроспективне дослідження включало обстеження і лікування хворих зі ПВ (1 група, n=330) традиційними методами.

На I етапі не були упроваджені тести вдосконаленого алгоритму (визначення  $\beta$ -хоріонічного гонадотропіна людини (ХГЛ) і пошук трофобласта з 18-го дня затримки менструації абдомінальним і трансвагінальним датчиками, використаними амбулаторно в день звернення. Тому 330 жінок з підтвердженою ПВ були віднесені до групи порівняння.

Проспективний аналіз включав обстеження і лікування 350 жінок зі ПВ (2 група) з використанням сучасних медико-організаційних технологій і додатковим використанням після оперативного лікування антигомотоксичної терапії (АТ) і плазмафорезу (за свідченнями).

II етап досліджень проводився проспективно після впровадження в лікувально-профілактичних установах вдосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

На III етапі проведено комплексне обстеження 50 вагітних після ПВ (3 група), причому 25 пацієнток завагітніли самостійно (підгрупа 3.1.) і 25 – за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) (підгрупа 3.2.) В 2 контрольну групу увійшли 50 здорових жінок з нормально перебігаючою вагітністю, яка закінчується терміновими пологами через природні пологові шляхи.

Програма досліджень включала:

- клініко-статистичний аналіз;
- дослідження в периферичній крові  $\beta$ -ХГЛ;
- визначення вмісту гемоглобіну, гематокриту і еритроцитів;
- дослідження біохімічних і гемостазіологічних показників;
- ультразвукове дослідження органів малого тазу;
- оцінка функціонального стану фетоплацентарного комплексу;
- статистична обробка отриманих результатів.

Вдосконалений нами алгоритм включав наступні моменти:

- для ефективної і своєчасної діагностики ПВ необхідно визначати вміст  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові, трансвагінальне (ТВ) УЗД і лапароскопію (ЛС). В той же час, самостійне використання лише одного з даних методів не сприяє правильній і своєчасній постановці діагнозу. Діагностичне значення кожного методу залежить від терміну вагітності. При терміні ПВ до 3–4 тиж найбільш інформативними є моніторинг  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові з ТВ УЗД. При терміні ПВ понад 4 тиж зберігається висока діагностична цінність моніторингу  $\beta$ -ХГЛ, а також підви-

щується значущість ТВ УЗД і лапароскопії. Поєднане використання вищеписаних методів дозволяє не лише поставити діагноз, але і проводити динамічний моніторинг за перебігом ПВ і ефективністю лікування;

- методом оперативного лікування ПВ є лапароскопія. При цьому лапаротомія проводиться в поодиноких випадках за наявності важкого геморагічного шоку, вираженого спайкового процесу в малому тазу, за наявності супутньої генітальної і хірургічної патології;

- з метою профілактики післяопераційних ускладнень і відновлення репродуктивної функції необхідне додаткове використання після оперативного лікування АТ і плазмафореза, частота і кількість курсів залежать від клініко-лабораторних і функціональних показників;

- при веденні вагітності у жінок з ПВ в анамнезі необхідно враховувати варіант настання вагітності (ДРТ), а також проводити додаткове використання АТ протягом гестації з урахуванням клініко-лабораторних і функціональних показників.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними чинниками ризику позаматкової вагітності є:

- ранній початок статевого життя;
- висока частота екстрагенітальних захворювань;
- перенесені або існуючі гінекологічні захворювання;
- оперативні втручання як абдомінальні (тубектомія), так і внутрішньоматкові (гістероскопія, артифіційні аборти і роздільне діагностичне вискоблювання).

Позаматкова вагітність розвивається на тлі високої частоти супутніх гінекологічних захворювань (84,7%), причому поєднання двох і більш захворювань спостерігається у 27,2% жінок, а в структурі переважають хронічні запальні процеси геніталій – у 71,9%. Частота різних форм безпліддя складає 33,7% при середній тривалості його лікування – 5,4±0,4 року.

Найбільш типовими скаргами для пацієнток з ПВ є: затримка менструації (95,3%), періодично виникаючий біль тягучого характеру внизу живота (55,4%); хворобливість внизу живота з іррадіацією в пряму кишку (35,3%); кров'янисті виділення із статевих шляхів (29,3%) і переймоподібний біль унизу живота різної інтенсивності (16,1%).

Найбільш інформативні критерії УЗД ПВ:

- утворення в області придатків неоднорідної або підвищеної ехогенності і вільній рідині в черевній порожнині – 35,4%;
- утворення в області придатків неоднорідної або підвищеної ехогенності без вільної рідини – 25,7%;
- ектопічно розташоване плодове яйце з живим ембріоном (с/б +) – 22,3%;
- ектопічно розташований ембріон (с/б-) – 15,7%.

Інформативність пункції через задне зведення при діагностиці позаматкової вагітності є досить низькою – 54,5%, але одночасно володіє високим ступенем травматичності (100,0%), що дозволяє її рекомендувати лише за відсутності сучасних методів діагностики.

Вживання сучасних медичних технологій (УЗД-моніторинг  $\beta$ -ХГЛ-моніторинг і лапароскопія) дозволили скоротити тривалість догоспітального (з  $36,0 \pm 0,5$  до  $7,3 \pm 0,6$  год) і госпітального обстеження (з  $35,0 \pm 0,4$  до  $1,2 \pm 0,3$  год); частоту діагностичних помилок на догоспітальному етапі (з 20,0% до 5,1%) і в стаціонарі (з 9,1% до 0,9%), а також уникнути значної крововтрати в 78,9% і забезпечити умови для органозберігаючих операцій у 85,1% жінок.

Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє поліпшити якість життя пацієнок: загальне погане самопочуття знизилося з 21,5% до 1,8%, а хороше – збільшилося з 21,5% до 52,7% відповідно. Частота настання бажаної вагітності зростає з 18,6% до 30,0% при одночасній корекції дисгормональних і дисметаболічних порушень.

Частота акушерських і перинатальних ускладнень у пацієнок після позаматкової вагітності залежить від стану репродуктивного здоров'я і необхідності використання допоміжних репродуктивних технологій, при цьому наголошується висока частота загрози переривання вагітності (32,0% після природного настання вагітності і 60,0% – після ДРТ); плацентарної дисфункції (56,0% і 72,0%); передчасних пологів (12,0% і 16,0%) і затримки розвитку плода (24,0% і 36,0%).

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок після позаматкової вагітності і особливо в разі використання ДРТ характеризується напередодні розродження високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода (68,0% після природного настання вагітності і 96,0% – після ДРТ), плаценти (20,0% і 36,0%) й об'єму навколоплідних вод (20,0% і 32,0%) на тлі виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень, в основному, субкомпенсованого характеру, але у ряді випадків і декомпенсованими змінами (22,0% і 38,0%), що наводить до високої частоти оперативного розродження (60,0% і 100,0%).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про високу актуальність наукової проблеми, що вивчається, – репродуктивне здоров'я жінок після ПВ. Вдосконалений нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність діагностики даної патології, своєчасно провести оперативне лікування з оптимальним об'ємом, понизити частоту ранніх віддалених післяопераційних ускладнень, відновити репродуктивну функцію пацієнок і поліпшити акушерські і перинатальні результати розродження. Отримані результати є підставою для широкого упровадження вдосконаленого алгоритму в практику охорону здоров'я.

### Восстановление репродуктивной функции и тактика ведения гестации после внематочной беременности П.Р. Волосовский

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой актуальности изучаемой научной проблемы – репродуктивное здоровье женщин после внематочной беременности. Усовершенствованный нами алгоритм диагностических, лечебно-профилактических

и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность диагностики данной патологии, своевременно провести оперативное лечение с оптимальным объемом, снизить частоту ранних отдаленных послеоперационных осложнений, восстановить репродуктивную функцию пациенток и улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения. Полученные результаты являются основанием для широкого внедрения усовершенствованного алгоритма в практическое здравоохранение.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, репродуктивное здоровье.

### Restoration of reproductive function and conducting tactics gestation at women after extra-uterine pregnancy P.R. Volosovsky

Results of the spent researches testify to a high urgency of a studied scientific problem – reproductive health of women after extra-uterine pregnancy. The algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions improved by us allows to raise efficiency of diagnostics of the given pathology, in due time to spend operative treatment with optimum volume, to lower frequency of the early remote postoperative complications, to restore reproductive function of patients and to improve obstetrical and perinatal outcomes of delivery. The received results are the basis for wide introduction of advanced algorithm in practical public health services.

**Key words:** extra-uterine pregnancy, reproductive health.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Використання сучасних технологій у діагностиці та лікуванні поєднаних форм неплідності / Пванюта Л.І., Беліс Н.І., Кондратюк В.К. та ін.] // Клінічна хірургія. – 2012. – № 4. – С. 33–35.
2. Гладчук І.З. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з дистальними трубними оклюзіями / І.З. Гладчук, А.В. Шитова // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2009. – № 3. – С. 32–34.
3. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, А.И. Довгаль // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 34–37.
4. Диагностика, лечение и реабилитация репродуктивной функции при внематочной беременности: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України / [Чайка А.В., Носенко Е.Н., Туреев А.Н., Корниенко С.М.]. – К.: ТМК, 2009. – С. 457–460.
5. Жук С.І. Консервативне лікування прогресуючої трубної вагітності в практиці лікарів Індії : зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України / С.І. Жук, Сіма Мунджал. – К.: ТМК, 2009. – С. 270–271.
6. Запорожан В.М. Основні компоненти мультифакторіальної безплідності у жінок / В.М. Запорожан, Р.В. Соколов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 101–1.

УДК 618.14-06:618.11-07-089-035

## Профилактика послеоперационных осложнений при эндоскопическом лечении сочетанной патологии матки и яичников

А.А. Волошин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – сочетанная патология матки и яичников. Разработанный алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность оперативного лечения, а при желании пациенток и отсутствии противопоказаний – восстановить репродуктивную функцию.

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки и яичников, диагностика, хирургическое лечение.

В структуре гинекологической патологии лейомиома матки и опухоли яичников занимают ведущие места. Так, по данным разных источников эти заболевания встречается у 30–35% женщин репродуктивного возраста [1, 2] и приблизительно у 30% из них новообразование яичников сопровождает лейомиома матки. При этом основным вариантом лечения данной патологии является оперативный [3, 4].

Традиционные подходы в оперативной гинекологии, господствующие десятилетиями, вытесняются новыми прогрессивными технологиями, что вызывает споры и неприятие врачей, которые достаточно долго оперируют традиционными методами. Кроме того, отсутствие критериев решающего выбора оперативного доступа приводит к поляризации мыслей о целесообразности употребления малоинвазивных технологий при больших размерах опухоли яичника и лейомиомы. Существует как точка зрения о неограниченных возможностях эндоскопической хирургии, так и скептическое отношение к внедрению новых технологий и перехода оперативной гинекологии к малоинвазивности [1–4].

Сегодня всемирно признанные авторитеты в эндоскопической хирургии утверждают, что нет ограничений для выполнения лапароскопической операции по удалению матки [1, 3]. Опыт мировой хирургии свидетельствует в интересах того, что излишне конфронтационный, не пренебрегающий крайними мыслями путь развития, стремящийся к разработке «стандартных для всех» альтернатив, не всегда производителен [2, 4]. Все эти подходы являются предметом обсуждения и на сегодняшний день не имеют строго определенных постулатов действия. Остаются до сих пор не изученными критерии отбора, показания, противопоказания, целесообразность, возможны ожидаемые осложнения, отдаленные результаты для назначения

того или другого оперативного вмешательства при сочетанной патологии матки и яичников. Анализ научной литературы свидетельствует о недостаточном освещении указанных аспектов проблемы, что появилось основанием к проведению настоящего исследования.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения сочетанной патологии матки и яичников на основании изучения клиничко-эхографических, эндокринологических и морфологических особенностей, а также усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения настоящего исследования под нашим наблюдением находились пациентки с доброкачественными опухолями яичников и матки. Нами обследовано 160 пациенток, 110 из них вошло в основную группу (эндоскопические методы лечения), 50 пациенток составило группу сравнения (общепринятые методы лечения).

У всех женщин, которые наблюдались, детально изучался анамнез жизни, проведен анализ преморбидного фона, перенесенные в прошлом сопутствующие гинекологические и общесоматические заболевания, особенности менструальной, половой и генеративной функций.

Всем больным проведен стандарт обследования с учетом нозологии имеющейся патологии. Перед операцией проводилась консультация терапевта, анестезиолога и по показаниям – другими специалистами.

Дополнительные методы исследования применяли: оценка эндокринологического статуса, эхография, гистеросальпингография, рентгенологически исследование желудка и кишечника, гистероскопия, лапароскопия, кольпоскопия.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследований свидетельствуют, что средний возраст пациенток с сочетанной патологией матки и яичников составляет  $35,1 \pm 5,2$  года, длительность заболевания –  $2,2 \pm 0,8$  года, а основными жалобами является нарушение менструальной функции (61,2%) и репродуктивной функции (28,9%); болевой синдром (46,4%) и диспаурения (24,3%).

При сочетанной патологии матки и яичников лейомиома матки была с субсерозным расположением узлов в 40,1%; с интерстициальным расположением узлов – в 36,0%; сочетанная лейомиома – в 16,9% и с субмукозным расположением узлов – 7,0%. Частота сопутствующей гиперплазии эндометрия составила 52,9%.

В структуре доброкачественных опухолей яичников при наличии сочетанной патологии матки преобладали эпителиальные (49,8%) и герминогенные опухоли яичников (26,5%) по сравнению с опухолями стромы полового тяжа (7,7%); фолликулярными (6,3%), параовариальными (4,8%) и эндометриоидными кистами (4,9%).

Изменения эндокринологического статуса находятся в прямой зависимости от сопутствующих заболеваний органов и звеньев репродуктивной системы всего организма женщины:

- у женщин с лейомиомой матки и эпителиальными опухолями яичников имеет место повышение уровня ФСГ;

- при сочетании лейомиомы матки с герминогенными опухолями яичников и опухолями стромы полового тяжа – повышение содержания ЛГ, пролактина и прогестерона;

- у пациенток с лейомиомой матки и фолликулярными кистами все показатели гормонального статуса были повышены, кроме прогестерона;

- при эндометриодных кистах яичников и лейомиоме матки уровень ЛГ, эстрадиола, пролактина и прогестерона были достоверно увеличены.

Диагностика лейомиомы матки, опухолей и опухолевидных образований яичников не может базироваться на одном каком-то методе исследования, а требует целого комплекса диагностических мероприятий (трансвагинальное УЗИ, доплерография, гистеро- и лапароскопия) для установления факта наличия опухолевого образования на ранних стадиях развития и проведения дифференциальной диагностики доброкачественного или злокачественного процесса, а также определения возможного морфологического строения опухоли и уточнение действительной опухолевой или неопухолевой природы образований матки и яичников. Информативность такого подхода составляет 96,4%.

Объем хирургического вмешательства при сочетании патологии матки и яичников определяется степенью поражения органов репродуктивной системы, возрастом пациентки, желанием сохранить и восстановить репродуктивную функцию и результатами морфологических исследований до и во время операции.

Частота восстановления репродуктивной функции после оперативного лечения сочетанной патологии матки и яичников составляет через 1–2 года 47,2%, а основными причинами негативного лечения бесплодия является выраженный спаечный процесс – 70,6%; рецидивы лейомиомы (17,76%), кист (17,6%) и опухолей яичников (11,8%).

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

1. Алгоритм обследования пациенток с подозрением на сочетанную патологию матки и яичников должен включать следующие этапы:

И этап – общеклиническое, эндокринологическое исследование и определение неспецифического маркера опухолевого роста СА-125.

II этап – функциональные методы исследования (трансвагинальное УЗИ, доплерометрия с измерением кровотока в узле миомы, в кисте или опухоли яичника, его капсуле и прилежащем эндометрии, гистероскопия с последующим гистологическим исследованием материала

III этап – при необходимости диагностическая лапароскопия.

2. Тактика оперативного лечения сочетанной патологии матки и яичников включает следующие моменты:

- проведение консервативно пластичных или радикальных операций с учетом степени поражения органов репродуктивной системы, возрастом пациентки, желанием сохранить и восстановить репродуктивную функцию и результатами морфологических исследований до и во время операции;

- послеоперационная реабилитация с использованием гормональной коррекции и медикаментозной терапии дисметаболических нарушений;

- диспансерное наблюдение: кольпоскопия, УЗИ и доплерометрия, оценка гормонального статуса и определения неспецифического онкомаркера СА-125;

- контрольная гистеро- и лапароскопия за показаниями.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучаемой научной задачи – сочетанная патология матки и яичников. Разработанный алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность оперативного лечения, а при желании пациенток и отсутствия противопоказаний – восстановить репродуктивную функцию.

### Профілактика післяопераційних ускладнень при ендоскопічному лікуванні поєднаної патології матки і яєчників

**А.А. Волошин**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности научной задачи, что вывещается – поєднана патологія матки і яєчників. Розроблений алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування, а за бажання пацієнток і відсутності протипоказань – відновити репродуктивну функцію.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки і яєчників, діагностика, хірургічне лікування.

### Preventive maintenance of postoperative complications at endoscopic treatment complex pathologies of a uterus and ovariums

**A.A. Voloshin**

Results of the spent researches testify to an urgency of a studied scientific problem – complex pathology of a uterus and ovariums. The developed algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions allows to raise efficiency of operative treatment, and at desire of patients and absence of contra-indications – to restore reproductive function.

**Key words:** complex pathology of a uterus and ovariums, diagnostics, surgical treatment.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробйова Л.І. Сучасні принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин матки і придатків / Л.І. Воробйова, Ю.С. Доценко, Г.В. Євтушенко // ПАГ. – 2006. – № 3. – С. 78–79.
2. Гайдарова А.Х. Сочетанные и симультанные операции в гинекологии / А.Х. Гайдарова, В.Д. Чупрынин // Новые технологии в гинекологии / Под ред. В.Н. Кулакова, Л.В. Адамьян. – К.: Пантори, 2008. – С. 173–174.
3. Галлинин Ю.И. Лапароскопическая миомектомия и аднексектомия / Ю.И. Галлинер, А.Д. Тимошин. – Минск, 2009. – 61 с.
4. Диагностическая значимость определения онкомаркеров СА 125, СА 19–9, СЕА в гинекологии: Методические рекомендации / [Адамьян Л.В., Фанченко Н.Д., Алексеева М.Л. и др.]. – М., 2004. – 45 с.

УДК 618.14-007.415:611.664]-007.61-071.1-036.1

## Вплив анамнестичних особливостей на перебіг гіперпластичних процесів ендометрія

**Д. М. Гаврюшов**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з високою частотою внутрішньоматкових маніпуляцій і наявністю хронічного ендометриту відносний ризик розвитку гіперплазії ендометрія в 11 і 10 разів вище, ніж в популяції, що свідчить про наявність вираженого причинно-наслідкового зв'язку між даними патологічними процесами і розвитком захворювання ендометрія. Будь-яке тривале порушення менструальної функції (>2 років) підвищує ризик розвитку гіперпластичних процесів ендометрія в 6 разів, а за наявності гіперпластичних процесів ендометрія в анамнезі ризик рецидиву збільшується в 2 рази. Поєднання гіперпластичних процесів ендометрія і хронічного ендометриту має місце в 22,9% випадків, а в 15,2% спостережень діагностується хронічний ендометрит з реактивною гіперплазією. У пацієнток з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією в порівнянні з гіперплазією з і без атипії, спостерігається ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок із простою і складною типовою і атипійною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній. У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриту переважають (в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипійною) запальні процеси органів малого тазу, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, клініка, анамнез.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) належать до найбільш поширених гінекологічних захворювань, що зустрічаються з частотою від 30 до 55% [1, 2].

Важливе клінічне значення даної патології полягає в тому, що ГПЕ є однієї з найбільш частих причин маткових кровотеч і госпіталізації жінок в стаціонар. Багато авторів відзначають високу частоту поєднання ГПЕ з міомою матки, аденоміозом, яким незрідка передують хронічні запальні процеси ендометрія [3, 4].

Питання, пов'язані з лікуванням ГПЕ, як і раніше вельми актуальні, що обумовлено високою частотою рецидивів даного захворювання. На сьогоднішній день в арсеналі сучасної медицини є всілякі підходи до лікування ГПЕ. Одним з найбільш поширених методів лікування ГПЕ без атипії залишається проведення гормональної терапії (комбіновані оральні контрацептиви, гестагени, антипрогестини, агоністи гонадоліберина). Проте, ефективність гормональних методів лікування ГПЕ без атипії за даними ряду досліджень невисока – 42% [5–7]. Крім того, консервативне лікування не є диференційованим і не враховує наявності поєднаної патології ендометрія.

Вивчення морфологічних особливостей поєднання ГПЕ і хронічного ендометриту, вираженості проліферативної активності, особливостей характеру їх васкуляризації і рецептивності дозволяє розкрити деякі нові патогенетичні механізми при поєднаній патології матки. Це особливо поважно для проведення профілактики і ефективної терапії.

Таким чином, висока частота тієї, що зустрічається ГПЕ, відсутність належної ефективності від гормональної терапії, а також вірогідність їх злоякісності ставить проблему розвитку і патогенетичного лікування ГПЕ в ряд найбільш важливих сучасної медицини.

**Мета справжнього наукового дослідження:** вивчення причинно-наслідковий зв'язок між гінекологічними захворюваннями і розвитком гіперпластичних процесів ендометрія.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і завдань проведено проспективне дослідження, в яке було включено 149 пацієнток, показаннями до госпіталізації в стаціонар в яких з'явилися маткові кровотечі різного характеру і наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Критерії включення пацієнток в дослідження:

- Вік перименопаузального періоду.
- Відсутність онкологічних захворювань.
- Відсутність ендокринної патології (цукровий діабет, гіпо- і гіпертиреоз, ожиріння II–III ст.) Відсутність гострого запального процесу органів малого тазу.

Інформована добровільна згода пацієнток на проведення всіх необхідних лікувально-діагностичних процедур.

У дослідження не були включені пацієнтки з поліпами ендометрія, міомою матки з діаметром вузлів > 5 см і з субмукозною локалізацією міоматозних вузлів, аденоміозом II–III ст.

Після обстеження, що включало клініко-лабораторні і ехографічні методи, всім пацієнткам проводилося роздільне діагностичне вискоблювання матки під контролем гістероскопії. Залежно від результатів гістологічного дослідження зіскрібків з цервікального каналу і порожнини матки на першому етапі дослідження жінок було розподілено на дві групи.

Група порівняння – 87 пацієнток, в яких за даними морфологічного дослідження не було виявлено патологічних змін в ендометрії та основна група, яку склали 62 жінки з підтвердженим гістологічно гіперпластичним процесом ендометрія.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі обстежені хворі були у віці від 45 до 55 років. Середній вік пацієнток склав  $48,2 \pm 2,9$  року.

Показанням до екстреної госпіталізації з'явилася наявність маткової кровотечі різної інтенсивності і тривалості. Основним показанням до планової госпіталізації послужила наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

У переважаючій більшості пацієнтки основної (85,6%) і контрольної (79,3%) групи були госпіталізовані в екстреному порядку. Зміни ендометрія були запідозрені на підставі даних УЗД у кожній п'ятій жінки групи порівняння (20,6%) і в 14,4% випадків – в основній групі.

Звертає на себе увагу, що в кожній 1/3 і кожній 1/5 пацієнтки з простої і складною гіперплазією ендометрія без атипії зміни ендометрія були діагностовані на підставі даних УЗІ і клінічно себе не проявляла. Це послужило свідченням до планової госпіталізації. Всі пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії і хронічного ендометриу (100%) і переважна більшість жінок з гіперплазією атипії ендометрія (90,5%) і хронічним ендометритом з реактивною гіперплазією (95,7%) поступили в екстреному порядку з діагнозом: «маткова кровотеча перименопаузального періоду».

Згідно з отриманими даними, хворі основної клінічної групи частіше, ніж в групі порівняння скаржилися на тривалі (50,6%), рясні (45,9%) менструації, які при цьому частіше були нерегулярними (46,1%). У кожній другій жінки відмічено поєднання 2 і більш за скарги. Тривалість існування клінічних симптомів захворювання в основній групі була від 1 до 6 років.

У групі порівняння порушення менструального циклу за типом менорагії відмічено в 22,9% випадків, метроррагії – в 51,0%, при цьому у 77,3% пацієнток менструації залишалися регулярними. Тривалість захворювання склала від 2 міс до 1 року. 94 жінки (24,7%) пред'являли дві і більш за скарги.

Отже, необхідно відзначити, що у хворих основної клінічної групи мали місце раніше і виражені клінічні симптоми захворювання залежно від особливостей морфологічного дослідження ендометрія.

Майже у кожній другій жінки з гіперпластичним процесом ендометрія без і з атипією наголошувалися рясні менструації: при простій гіперплазії без атипії – 41,1%, складній гіперплазії без атипії – 46,8%, атипією – 45,2%. У 35,5%, 38,3% і 40,5% випадків відповідно менструації були тривалими – більше 7 днів. Ациклічні кровотечі були характерні для гіперплазії атипії ендометрія і достовірно частіше зустрічалися в порівнянні з іншими підгрупами пацієнток – в 57,1%.

Порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій відмічено у кожній другій пацієнтки з простої і складною гіперплазією ендометрія без атипії 41,1% і 54,2% і достовірно частіше у жінок з гіперплазією атипії і поєднанням простої гіперплазії з хронічним ендометритом – 69% і 64,7% відповідно. При цьому тривалість порушення менструального циклу за наявності простої і складної гіперплазії ендометрія без атипії в середньому склала 0,5 років до 1,5 року, а у пацієнток III, IV і V груп – від 1 до 6 років.

Отже, частота тієї, що зустрічається і характер скарг у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії достовірно не відрізнялися від групи із складною гіперплазією без атипії. Основними скаргами у жінок з гіперплазією атипії ен-

дометрія були нерегулярні менструації (69,0%), слабкість (61,9%), ациклічні кровотечі (57,1%), рясні менструації (45,2%) і тривалі менструації (40,5%).

Жінки з простою гіперплазією ендометрія у поєднанні з хронічним ендометритом і пацієнтками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія достовірно частіше пред'являли скарги на менорагії (91,5% і 95,7%) і тривалі менструації (70,1% і 76,6%) в порівнянні з простою, складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії – 41,1%, 46,8%, 45,2% ( $p < 0,05$ ). При цьому за наявності гіперплазії атипії ендометрія мав місце високий відсоток тієї, що зустрічається порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій (64,7%).

З метою уточнення ролі деяких анамнестичних чинників в розвитку гіперпластичного процесу ендометрія, була проаналізована наявність спадкової схильності у пацієнток, характер і особливості менструальної і репродуктивної функцій. Крім того, вивчені наявність у пацієнток у минулому різних соматичних і гінекологічних захворювань, особливості і характер їх перебігу в даний час.

При вивченні родинного анамнезу обстежених жінок було встановлено, що близькі родички пацієнток основної групи в 47,1% випадків страждали доброякісними пухлинними і пухлиноподібними захворюваннями органів репродуктивної системи, у тому числі їх поєднанням. У групі порівняння ці патологічні стани зустрічалися рідше – в 22,8% спостережень ( $p < 0,0001$ ).

Отже спадковий чинник має певне прогностичне значення в розвитку патології ендометрія і просліджується при гормональнозалежних як доброякісних, так і злоякісних пухлинах. У пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія частота спадкової схильності до пухлинних захворювань в два рази вище в порівнянні з групою порівняння. Проте, за показниками перенесених родичами злоякісних новоутворень, ці групи не відрізнялися.

Важливу роль у виникненні і прогресі проліферативних процесів матки відіграє стан преморбідного фону.

Аналіз частоти перенесених дитячих інфекцій, запальних захворювань ЛОР-органів, а також ГРВІ і грипу у пацієнток у всіх групах дозволив виявити досить високу частоту (88,4–90,8%) перенесених захворювань в дитячому і юнацькому віці (кір, краснуха, вітряна віспа, скарлатина і ін.).

Частота перенесених в дитячому віці захворювань у пацієнток групи порівняння достовірно не відрізняється від частоти цих захворювань в основній групі ( $p > 0,05$ ) і не впливає на розвиток ГПЕ.

У 80,9% жінок основної групи і в 77,4% пацієнток групи порівняння відмічено поєднання два і більш перенесених ескрагенітальних захворювань.

Найбільш екстрагенітальними захворюваннями, що часто зустрічаються, які мали місце в 66,5% жінок основної групи, були захворювання органів травного тракту (ТТ) і гепато-біліарного комплексу. Хронічні гастрити мали місце в 26,6% хворих, холецистити – в 18,9%, виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки – в 7,4%, спастичні ентероколіти – в 15,8%.

Патологія ТТ і гепато-біліарної системи зустрічалася у 33,7% жінок групи порівняння. Найчастіше мали місце хронічний гастрит (19,7%), спастичний коліт (4,7%), холецистит (14,2%).

У пацієнток основної групи частота і вираженість захворювань ТТ перевищувала таку у жінок групи порівняння ( $p < 0,001$ ).

На наступному місці по частоті з супутньої екстрагенітальної патології зустрічалися захворювання серцево-судинної системи (ВСД, гіпертонічна хвороба, ІХС, стенокардія напруги, варикозне розширення вен нижніх кінцівок). Ці захворювання в 1,5 рази частіше ( $p < 0,001$ ) відмічені у пацієнток основної групи (54,5%) в порівнянні з жінками групи порівняння, в яких вони були діагностовані в 35,7% випадків.

Звертає на себе увагу висока частота функціональних захворювань нервової системи (неврози, депресивні стани), особливо у пацієнток основної групи, проте достовірних відмінностей по всіх групах виявлено не було ( $p > 0,05$ ). У жінок основної групи частіше (50,3%), ніж в групі порівняння (29,4%) мала місце надлишкова маса тала ( $p < 0,0001$ ).

Таким чином, в структурі екстрагенітальної патології, що мала місце у пацієнток основної групи, переважали хвороби ТТ, захворювання серцево-судинної системи і порушення жирового обміну. Особливостей соматичного статусу у жінок основної групи залежно від морфологічного варіанту гіперплазії ендометрія виявлено не було.

Слід зазначити високу частоту дисгормональної патології молочних залоз у обстежуваних жінок. 23,4% жінок основної групи і 29,4% пацієнток групи порівняння мали в анамнезі фіброзно-кістозну хворобу, мастодинія відмічена в 54,5% і 57,4% випадках відповідно.

Своєчасне менархе мало місце у 81,3% жінок основної групи. Пізніше менархе відмічене у 16,6% жінок і в 2,1% – раннє менархе. Середній вік менархе в основній групі склав  $12,8 \pm 0,9$  року.

У 78,5% жінок в основній групі ритм менструації встановився відразу, ще у 15,8% пацієнток встановлення регулярного ритму відбувалося протягом 1 року, а в 5,6% – нерегулярні менструації збереглися до перименопаузального періоду.

У групі порівняння своєчасне менархе мало місце у 90,1% жінок: у 64,7% пацієнток вік менархе був 11–12 років, в 26,1% – 13–14 років. Пізнє менархе зустрічалось в 8,7%. У всіх пацієнток групи порівняння менструальний цикл встановився відразу або протягом 1 року.

Отже, звертає на себе увагу, що в основній групі пізніше менархе відмічене в два рази частіше, ніж в групі порівняння. Крім того, в 5,6% випадків основної групи менструальний цикл так і не став регулярним.

Не дивлячись на наявність у пацієнток всіх обстежених груп в анамнезі великого числа перенесених дитячих інфекцій і запальних захворювань ЛОР-органів, останні не викликали стійких змін ритму і характеру менструацій в більшості випадків.

Вивчення репродуктивної функції показало, що у переважної більшості жінок основної групи мала місце велика кількість вагітностей. Безпліддя було діагностовано у 1,1% пацієнток.

Пологами завершилися вагітності у 96,1% пацієнток основної групи і групи порівняння.

Особливо слід звернути увагу на велике число штучних абортів, мимовільних викиднів і вагітності, що не розвивається, у пацієнток основної групи. Середнє чис-

ло абортів складало 2,2 на одну жінку, мимовільного викидня (МВ) – 1,7 і вагітності, що не розвивається, – 0,8.

У групі порівняння кількість виконаних абортів була в 2 рази менше. Середнє число МВ складало 0,3 на одну пацієнтку, вагітності, що не розвивається – 0,1.

Слід зазначити, що перенесені багаточисельні внутрішньоматкові втручання сприяли розвитку у пацієнток основної групи патології ендометрія. Наявність МВ і вагітності, що не розвивається, у цих пацієнток можуть побічно свідчити про гормональні порушення, що теж могло привести до патології ендометрія.

Були вивчені особливості репродуктивної функції у пацієнток основної групи. Так, найчастіше первинне і вторинне безпліддя зустрічалось у пацієнток з гіперплазією атипії ендометрія – 4,7% і 4,7%. У жінок із складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії в 2 рази частіше в порівнянні з пацієнтками з простою гіперплазією без атипії, мали місце пологи один або двічі. За останніми показниками репродуктивного статусу ці три групи не мали статистично значимих відмінностей.

У пацієнток з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія частіше мав місце штучний аборт в анамнезі, виконаний більше двох разів. Звертає на себе увагу висока частота ускладнень пологів і післяродового періоду у жінок основної групи в порівнянні з пацієнтками групи порівняння. Слабкість пологової діяльності наголошувалася у 9,4% жінок основної групи і в 7,7% групи порівняння, передчасний розрив плодових оболонок – в 5,0% і 5,9% відповідно; відшарування плаценти – в 1,0% і щільне прикріплення плаценти – у 2,8% жінок основної групи; гіпотонічні кровотечі в ранньому післяродовому періоді – в 7,0% і 1,3% в основній групі і групі порівняння; післяпологові ендометрити – в 10,7% і 5,9% відповідно.

Оперативні втручання в пологах були у 27,8% жінок основної групи і у 13,4% пацієнток групи порівняння.

Переважає більшість обстежуваних жінок не використали будь-яких засобів контрацепції. Аналіз отриманих показників свідчить про те, що гормональні методи контрацепції в 5 разів частіше використовувалися пацієнтками групи порівняння, в основній групі найбільш методом контрацепції, що часто зустрічається, була внутрішньоматкова контрацепція (ВМК) – 11,9%.

При аналізі даних про методи контрацепції серед жінок основної групи встановлено, що пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту частіше за інших використовували бар'єрний метод контрацепції. Звертає увагу, що кожна десята зі всіх обстежуваних жінок основної групи, мала вказівки в анамнезі на використання ВМК. При цьому в групах, де в подальшому були діагностовані гіперплазія атипії ендометрія і хронічний ендометрит, частота вживання ВМС декілька вище.

Пацієнтки з простою гіперплазією ендометрія без атипії в п'ять разів частіше (5,3%), в порівнянні з групою простої гіперплазії і хронічного ендометриту, з метою контрацепції використовували естроген-гестагенні контрацептиви.

У всіх пацієнток в основній групі і групи порівняння в анамнезі були різні гінекологічні захворювання. Найчастіше відмічені наступні захворювання – доброякісні процеси шийки матки, запальні захворювання нижніх відділів статеві системи жінки (урогенітальна інфекція, вагінальний кандидоз, бактеріальний



вагіноз), хронічний сальпінгоофорит. У 25% жінок основної групи і у 28% пацієнок групи порівняння відмічено поєднання 2 і більш гінекологічних захворювань.

У основній групі, в порівнянні з групою порівняння, в 2 рази частіше зустрічались урогенітальна інфекція (66,5% і 30,3% відповідно) і гіперпластичний процес ендометрія (11,6% і 6,1%), в 7 разів частіше – хронічний ендометрит (7,7% і 0,8%).

Порушення менструального циклу різного характеру в основній групі мало місце більш ніж в половині спостережень – 62,3%, що в 3 рази частіше в порівнянні з групою порівняння – 20,5%. Слід зазначити, що порушення менструального циклу в основній групі були тривалими від 1 до 6 років. У контрольній групі середня тривалість порушень циклу склала 6 міс (2–12 міс)

Особливості гінекологічної захворюваності у пацієнок основної групи залежно від характеру патологічного процесу в ендометрії свідчить про те, що найчастіше гінекологічні захворювання зустрічались у пацієнок з простою гіперплазією ендометрія без атипії у поєднанні з хронічним ендометритом і жінками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією – доброякісна патологія шийки матки (78,8% і 73,4% відповідно), порушення менструального циклу (90,1% і 73,4%), урогенітальна інфекція (85,9% і 94,7%). Крім того, в цих групах спостережень відмічена найбільша кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриту – 12,7% і 19,1%.

У всіх пацієнок основної групи раніше мали місце різні оперативні втручання на матці і придатках. Найбільш поширеними оперативними втручаннями були роздільне діагностичне вискоблювання матки (РДВ) або вискоблювання матки з приводу переривання вагітності. Звертає на себе увагу достовірне вище число випадків вискоблювання порожниці матки з приводу штучного і мимовільного переривання вагітності в основній групі в порівнянні з групою порівняння – 72,4% і 43,2% відповідно. Майже в три рази частіше відмічена кількість вироблених роздільних діагностичних вискоблювань матки в I групі – 16,9%.

Деяким пацієнткам до вступу в стаціонар проводилося консервативне лікування гіперпластичних процесів ендометрія і аденоміозу. В умовах жіночої консультації пацієнтки частіше отримували симптоматичну терапію мено- і метроррагії, дисменореї, постгеморагічної анемії (етамзилат натрію, транексамова кислота, сорбіфер-дурулес, мальтофер). З гормональних препаратів призначали прогестагени (гестріон, дідрогестерон), комбіновані естрогенгестагенні контрацептиви (силест, ярина, жанин, ригевидон). У більшості жінок терапія, що проводилася, була безсистемною і короткочасною, у зв'язку з чим – малоєфективною. Звертає на себе увагу, в частині пацієнок (66,3%) є вказівки в анамнезі на призначення гормональних препаратів без попереднього роздільного вискоблювання матки і гістероскопії.

Таким чином, 40,6% жінок основної групи і 29,5% групи порівняння мали вказівки на вживання гормональних препаратів в анамнезі, при цьому звертає на себе увагу високий відсоток призначення естрогенгестагенних контрацептивів в перименопаузальному періоді за відсутності інформації про стан ендометрія (14,9% і 12,6% відповідно).

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок з вказівкою в анамнезі на високу частоту внутрішньоматкових маніпуляцій і наявність хронічного ендометриту відносний ризик розвитку гіперплазії ендометрія в 11 і 10 разів вище, ніж в популяції, що свідчить про наявність вираженого причинно-наслідкового зв'язку між даними патологічними процесами і розвитком захворювання ендометрія. Будь-яке тривале порушення менструальної функції (>2 років) підвищує ризик розвитку гіперпластичних процесів ендометрія в 6 разів, а за наявності гіперпластичних процесів ендометрія в анамнезі ризик рецидиву збільшується в 2 рази. Поєднання гіперпластичних процесів ендометрія і хронічного ендометриту має місце в 22,9% випадків, а в 15,2% спостережень діагностується хронічний ендометрит з реактивною гіперплазією. У пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією, в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атипійною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній. У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриту переважають (в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого тазу, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Влияние анамнестических особенностей на течение гиперпластических процессов эндометрия

*Д.Н. Гаврюшов*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с указанием в анамнезе на высокую частоту внутриматочных манипуляций и наличие хронического эндометрита относительный риск развития гиперплазии эндометрия в 11 и 10 раз выше, чем в популяции, что свидетельствует о наличии выраженной причинно-следственной связи между данными патологическими процессами и развитием заболевания. Любое длительное нарушение менструальной функции (>2 лет) повышает риск развития гиперпластических процессов эндометрия в 6 раз, а при наличии гиперпластических процессов эндометрия в анамнезе риск рецидива увеличивается в 2 раза. Сочетание гиперпластических процессов эндометрия и хронического эндометрита наблюдается в 22,9% случаев, а в 15,2% наблюдаются диагностируется хронический эндометрит с реактивной гиперплазией. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита и с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года. У женщин с простой и сложной типичной и атипичной гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномоничной клинической симптоматикой отсутствует. В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с наличием хронического эндометрита преобладают (по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией) воспалительные процессы органов малого таза, доб-

рокачественные заболевания шейки матки, гиперпластические процессы эндометрия, что свидетельствует о выраженном системном характере патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, клиника, анамнез.

### Influence of anamnestic features at hyperplastic processes of endometrium

**D.N. Gavrjushov**

Results of the spent researches testify that at patients with instructions in the anamnesis on high frequency intrauterine manipulations and presence chronic endometrite relative risk of development hyperplasia of endometrium in 11 and 10 times above, than in population that testifies to presence of the expressed relationship of cause and effect between the given pathological processes and disease development of endometrium. Any long infringement menstrual functions raises risk of development of hyperplastic processes of endometrium in 6 times, and in the presence of hyperplastic processes of endometrium in the anamnesis the risk of relapse increases in 2 times. The combination of hyperplastic processes of endometrium and chronic endometrite takes place in 22,9% of cases, and in 15,2% of supervision is diagnosed chronic endometrite with jet гиперплазией. At patients with a combination of hyperplasia endometrium and chronic endometrite and with jet hyperplasia, in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia, earlier beginning and expressiveness of clinical symptoms of the disease which duration exceeds 2 years At women with simple and difficult typical and atypical hyperplasia communication between a morphological variant of pathological process is marked and patognomical clinical semiology is absent. In structure of accompanying diseases at patients with presence chronic endometrite prevail (in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia) inflammatory processes of bodies of a small basin, good-quality diseases of cervix uterus, hyperplastic processes of endometrium that testifies to the expressed system character of a pathology. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, clinic, the anamnesis.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: Медпресс-информ, 2011. – С. 316–321.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб., 2012. – 540 с.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2010. – 768 с.
4. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В., Литвинова Н.А. Современные подходы к терапии гиперпластических процессов эндометрия // Эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 3. – С. 24–30.
5. Клиническая гинекология: Избранные лекции // Под ред. проф. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – С. 315–324.
6. Michels T.C. Chronic endometritis // Am Fam Physician. – 2012. – Vol. 52, № 1. – P. 217–222.
7. Montgomery B.E., Daum G.S., Dunton C.J. Endometrial hyperplasia: a review // Obstet Gynecol Surv 2012; 59: 368–378.

УДК 618.141-002.18-039.73

## Тактика консервативної терапії аденоміозу на тлі гіперпластичних процесів матки

**І.П. Гнип**

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

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, консервативна терапія.

Проблема аденоміозу і гіперпластичних процесів матки тісно пов'язані з питаннями їх терапії, у тому числі і консервативною [1–9]. В Україні найчастіше використовується гормональний метод лікування аденоміозу і гіперпластичних процесів матки.

Останніми роками відмічений 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 пізньому репродуктивному віці 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 рішенні питання про метод 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 тощо [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, невивчені, 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 було проведено обстеження і лікування 100 хворих зі встановленим діагнозом аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія. Пацієнтки були розподілені на дві групи залежно від варіанту консервативної терапії: 1 група – 50 жінок, де для лікування використовували внутрішньоматкову систему (ЛНГ–ВМС), що містить левоноргестрел, 2 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 статевої системи.

При вивченні анамнестичних 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 та оцінювання їхньої вираженості. Наголошувалися раніше проведені методи консервативної гормональної терапії, з уточненням часу, тривалості і режиму введення.

Ретельно була вивчена специфічна функція жіночого організму (менструальна): вік менархе, період становлення менструальної функції, тривалість і об'єм менструальних кровотеч, наявність больових відчуттів. За наявності порушень з'ясували їхній характер і тривалість. Репродуктивну систему оцінювали за кількістю вагітностей, їхньому перебігу, результату, наявності ускладнень, особливостям пологів і післяпологового періоду.

Вивчення історії справжнього захворювання включало скарги, час виникнення, особливості клінічного перебігу, характер і об'єм проведеного консервативного гормонального лікування та його ефективність, наявність інших гінекологічних захворювань.

При клінічному обстеженні проводили загальний огляд, оцінювання статури і конституціональних особливостей, стан молочних залоз, серцево-судинної, дихальної, сечовидільної, травної, нервової, ендокринної систем.

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 першийка матки, крижово-маткових зв'язок, придатків матки (величину, рухливість, хворобливість, консистенцію). Бімануальне дослідження проводили в динаміці менструального циклу. Для більшої об'єктивності вважали за доцільне проведення ректо-вагінального дослідження.

З лабораторних методів дослідження були використані як звичайні (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження вагінального виділення, онкоцитологія, аналіз біохімічних параметрів і гемостазиограми, глюкоза крові, дослідження сироватки крові на вміст гормонів), так і сучасні високоінформативні спеціальні методи – ультразвукове трансабдоминальне 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, в 17,0% – поєднання аденоміозу, лейоміоми і гіперплазії ендометрія.

Основними клінічними проявами поєднаної патології матки є дисменорея (89,0%); поліменорея (87,0%); біль унизу живота, що посилюється 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 децидуально-подібною реакцією.

Через 12 міс використання ЛНГ–ВМС відбувається підвищення показників гемоглобіну в середньому на 25,4%; сироваткового заліза на 59,1%; феритину 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 скороминучих ациклічних кров'яних виділень в перших 3–4 міс спостерігають 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 бала), інтенсивності болю (78,4±7,4 бала), загального стану здоров'я (89,6±8,5 бала), життєвої активності (90,2±8,8 бала), 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 скринінги, ультразвукове сканування трансвагінальним доступом, гістероскопію з роздільним діагностичним вискоблюванням ендоцервікса 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, стан 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 консервативной терапии аденомиоза на фоне гиперпластических процессов матки

*И.П. Гнип*

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, консервативная терапия.

### Tactics of conservative therapy adenomyosises against hyperplastic processes of a uterus

*I.P. Gnyr*

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, conservative therapy.

### 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, 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 І.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 618.14-006.36-072.1-089.844

## Репродуктивні аспекти хірургічного лікування лейоміоми матки

С.В. Грідчін

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

Проведений аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

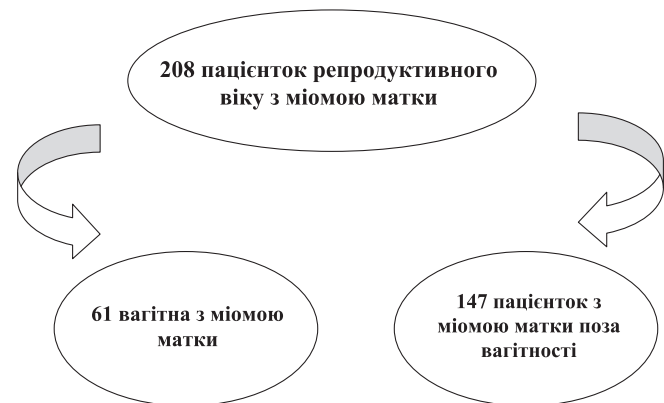
**Ключові слова:** лейоміома матки, хірургічне лікування, репродуктивний прогноз.

Не дивлячись на те, що вивченню міоми матки присвячено безліч наукових робіт, ця проблема дотепер залишається недостатньо вирішеною. Міома матки відноситься до доброякісної пухлини статевої системи жінки, що найчастіше зустрічається, а її частота в структурі гінекологічної захворюваності складає від 20% до 44%, причому в 13–27% спостерігається в репродуктивному віці [1–3].

Порушення репродуктивної функції у вигляді первинної і вторинної неплідності досить часто має місце у пацієнок з міомою матки, досягаючи 60–70% [4–7]. Ця проблема набуває все більшу актуальність у зв'язку з омолодженням хворих на міому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення цієї доброякісної пухлини жіночої статевої системи. Згідно з даними літератури [1–7], у жінок з неплідністю в 12–20% випадків міома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте, питання про роль міоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [1–7].

У разі виключення всіх інших причин порушення репродуктивної функції постає питання про проведення органозберігаючих операцій, а саме міомектомії, але у кожному конкретному випадку перш за все доводиться вирішувати ряд питань про доцільність консервативно-пластичної або радикальної операції з урахуванням можливості відновлення функції ураженого органу, про операційний ризик при тому або іншому способі і про віддалені результати проведеного хірургічного лікування.

Не дивлячись на широке упровадження сучасних ендоскопічних технологій, значущість абдомінальних реконструктивно-пластичних операцій не втратила своєї актуальності, оскільки відсоток хворих молодого віку, охочих зберегти репродуктивну функцію і страждаючих неплідністю або невиношуванням вагітності при міомі матки великих і гігантських розмірів, атиповому розташуванні вузлів, не має тенденції до зниження. Виходячи з вищесказаного, слід зазначити, що абдоміна-



Розподіл обстежених пацієнок за клінічними групами

льна міомектомія при поодиноких і множинних вузлах міоми матки великих і гігантських розмірів залишається актуальною і дискусійною темою. У зв'язку з цим, очевидна необхідність вдосконалення хірургічної техніки реконструктивно-пластичних операцій на матці зовні і під час вагітності, а також периопераційного ведення хворих з даною патологією, що сприятиме зниженню відсотка рецидивів пухлини і збільшенню числа жінок, які реалізували в недалекому майбутньому свої репродуктивні плани після міомектомії.

Все викладене вище є переконливою підставою для проведення нашого наукового дослідження.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок з міомою матки шляхом оптимізації тактики ведення, вдосконалення міомектомії під час і поза вагітності, визначення репродуктивного прогнозу при поєднанні міоми матки з іншими чинниками ризику порушення репродуктивної функції.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням знаходилось 208 пацієнок репродуктивного віку від 19 до 45 років, яким було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом під час вагітності або поза вагітності, простежені найближчі та віддалені результати за період з 1996 по 2006 рік.

Всіх жінок було розподілено на дві клінічні групи, як показано на малюнку.

До першої (I) клінічної групи увійшла 61 пацієнтка, яка звернулася з клінікою загрози переривання вагітності при наявності міоми матки.

Критеріями відбору для дослідження серед усіх, хто звернувся з вагітністю та міомою матки було: бажання жінки мати дітей; вузли міоми, що перешкоджають невиношуванню вагітності чи представляють небезпеку для здоров'я пацієнтки: великі, гігантські, атипово розташовані вузли, швидке їх збільшення під час вагітності, ознаки деструкції вузла, підтвержені даними УЗД. Практично у всіх

випадках були симптоми загрози переривання вагітності. Пацієнок з дрібними вузлами, що перешкоджають невиношуванню вагітності, в дослідження не включали. Відбір пацієнок проводили амбулаторно в науково-консультативному відділенні, призначали обстеження, необхідне для госпіталізації, в тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПШШ). При відсутності показань для екстреної госпіталізації призначали терапію, спрямовану на збереження вагітності та лікування виявлених інфекційних процесів, а потім планово госпіталізували їх на 14–15-й тиждень вагітності для підготовки до операції. При наявності великих, гігантських вузлів, розташованих шийно-перешійно, й кров'янистих виділень із статевих шляхів, що свідчить про переривання вагітності, що розпочалось, госпіталізували екстрено до гінекологічного відділення.

З 61 пацієнтки 45 госпіталізовано в плановому порядку в терміні вагітності 14–19 тиж, 16 – екстрено в терміні вагітності 7–12 тиж.

Другу (II) клінічну групу склали 147 жінок з міомою матки. Критеріями відбору було: великі й атипично розташовані вузли, неплідність або невиношування вагітності, бажання відновити репродуктивну функцію. Відділені результати простежено від 1 до 5 років.

Клінічні й лабораторні методи дослідження включали загальне стандартне обстеження хворих з використанням клінічних, біохімічних, мікробіологічних, гемостазіологічних, функціональних та морфологічних методів, проводились дослідження, спрямовані на виявлення ПШШ (ПЛР), а також інструментальні (ультразвукові, ендоскопічні) методи дослідження.

Статистичну обробку матеріалу проводили на персональному комп'ютері. В роботі використані стандартні методи статистичного аналізу. Достовірність відмінностей між групами щодо даних параметрів оцінювали за допомогою непараметричних критеріїв статистики (Уїлкоксона-Манна-Уїтні) та t-критерія Ст'юдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що міомектомія під час і поза вагітності є доцільною операцією, яка суттєво поліпшує репродуктивний прогноз хворих міомою матки, і при дотриманні умов для виконання операції та відпрацьованої хірургічної тактики не викликає небезпеки здоров'ю пацієнок.

Показаннями до планової міомектомії під час вагітності є: атипичне розташування вузлів (шийне, перешійне, інтралігаментарне), що призводить до порушення функції тазових органів; великі та гігантські розміри вузлів; некроз вузла, підтверджений УЗД; неможливість переривання вагітності; деформація порожнини матки великим інтерстиціальним вузлом; розташування вузла на плаценті.

Плануванню вагітності при міомі матки повинна передувати міомектомія, оскільки в 68,8% випадків при вагітності відмічалось швидке зростання вузлів, а у кожної п'ятої пацієнтки виявляється прогестеронзалежна пухлина (співвідношення рівня експресії рецепторів до прогестерону та естрадіолу 6,0 і вище).

Міомектомія дозволяє поліпшити репродуктивний прогноз у 70% жінок з міомою матки у перші три роки після операції, але не запобігає прогресуванню захворювання надалі, про що свідчить багаторазове підвищення експресії колагену IV типу в стінках судин міометрія з утворенням міоматозних проліфератів.

Несприятливими критеріями репродуктивного прогнозу є поєднання міоми матки з зовнішньо-внутрішнім ендометріозом, ЗЗОМТ, тривалість неплідності більше 5 років, вік понад 30 років. В даних випадках доцільно використання ДРТ впродовж 1 року після міомектомії.

Виконання міомектомії на фоні медикаментозної аменореї або післяопераційна аменорея, викликана 3–4 ін'єкціями а-ГнРГ, дозволяє отримати вагітність у 68,7% пацієнок з репродуктивними проблемами.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо пропонувати наступні рекомендації: тактика ведення під час та поза вагітності.

### Тактика ведення під час вагітності.

При міомі матки великих розмірів, що перешкоджає виношуванню вагітності, але не закриває вузлами доступ до порожнини матки, оптимальним є переривання вагітності у термін до 12 тиж вагінальним доступом. Після цього ми проводили міомектомію поза вагітності, а потім – передгравідарну підготовку та планування вагітності. Обов'язковими умовами ми вважаємо згоду хворої на переривання вагітності або наявність клініки початку самовільного викидня, підтвержене даними УЗД.

У тих випадках, коли пацієнтки не дають згоди на переривання вагітності в ранні терміни гестації та доступ до порожнини матки неможливий, із-за гігантських розмірів шийно-перешійного вузла, при вираженій клініці початку переривання вагітності (яскраві кров'яністі виділення із статевих шляхів), в екстреному порядку показано чреворозтин, міомектомія та видалення плідного яйця вагінальним доступом під контролем хірурга з боку черевної порожнини.

У тих випадках, коли на фоні вагітності діагностована міома великих та гігантських розмірів з ознаками деструкції вузлів або їх атипичною локалізацією, що перешкоджає зростанню та виношуванню плода, при відсутності явних клінічних ознак загрози переривання вагітності і при небажанні жінки перервати вагітність, показана консервативна міомектомія після передопераційної підготовки.

### Тактика ведення поза вагітності.

Точна діагностика порушень у різних ланках репродуктивної системи, стан ендометрія, кількість, розміри, локалізація міоматозних вузлів, стан придатків, наявність та характер супутньої патології.

Передопераційна підготовка, спрямована на санацію інфекційних вогнищ, застосування імуномодуляторів, а також пери- і післяопераційне призначення 3-4 ін'єкцій а-ГнРГ, що дозволяє зменшити ризик хірургічного втручання та післяопераційних ускладнень.

Власно міомектомія з правильним вибором хірургічного доступу, атрауматичної техніки, адекватного шовного матеріалу та антибіотикопрофілактики.

Показаннями до міомектомії є: швидке зростання пухлини; атипичне розташування вузлів (шийні, перешійні, інтралігаментарні та підслизові); великі та гігантські розміри міоми; маткові кровотечі, зумовлені міомою; некроз вузла; неплідність при міомі.

Комплекс післяопераційної реабілітації, для сприяння кращій репарації тканин, а саме: застосування нестероїдних протизапальних препаратів, дезагрегантів, засобів, стимулюючих репарацію тканин, а також продовження імуномодулюючої

терапії. Після цього показано передгравідарну підготовку з плануванням вагітності після відновлення менструального циклу.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз найближчих та віддалених результатів реконструктивно-пластичних операцій при міомі матки свідчить про доцільність та ефективність даного втручання. Значення цієї операції визначається можливістю створення сприятливих умов для виношування вагітності та реалізації репродуктивної функції у жінок з порушеною фертильністю.

### Репродуктивные аспекты хирургического лечения лейомиомы матки С.В. Гридчин

Проведенный анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при миоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушениями фертильности.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, хирургическое лечение, репродуктивный прогноз.

### The reproductive aspects at surgical treatment of leiomyoma uterus S. V. Gridchin

The analysis of the nearest and remote results of reconstructive - plastic operations at leiomyoma of a uterus testifies to expediency and efficiency of the given intervention. Value of this operation is defined by an opportunity of creation of favorable conditions for pregnancy and realization of reproductive function at women with infringements fertility.

**Key words:** leiomyoma of uterus, surgical treatment, the reproductive forecast.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5. – С. 82–90.
3. Логотова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2011. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2012. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemueler W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

## Порівняльні аспекти клінічних проявів аномалій матки і піхви

**А.В. Заболотін**

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

Результати проведених 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. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних заходів з включенням сучасних методів діагностики – ехографія і ендоскопія.

**Ключові слова:** аномалії розвитку матки і піхви, 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 боєм [2, 3]. При ПАР з порушенням відтоку менструальної крові в 80% зустрічається спайковий процес малого тазу і ендометріоз [1, 2].

Не дивлячись на значне число сучасних діагностичних методик, первинний е клінічний огляд і ретельний збір анамнезу, що дозволяє своєчасно ставити питання про необхідність додаткових методів дослідження.

**Мета дослідження:** вивчити особливості клінічної діагностики ПАР матки і піхви.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети були обстежені 91 дівчинку і дівчину у віці 10–18 років з ПАР матки і піхви (1 група).

У роботі використана класифікація вад розвитку матки і піхви Л.В. Адамьян і А.З. Хашукоевої (2008).

Залежно від форми ПАР матки і піхви в 1 групі виділено 5 підгруп:

- підгрупа 1.1 – 17 пацієнток з аплазією піхви, з них з повною аплазією піхви і матки – 3 і частковою аплазією піхви при функціонуючій матці – 14, у тому числі: з аплазією верхньої третини піхви – 3, середній третини – 5 і нижній третини – 6 обстежуваних;

- 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 дівчинок-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 дівчинок-підлітків з внутрішньоматковою перегородкою: 7 – з повною і 8 – з неповною;

- підгрупа 1.5 – 15 дівчинок-підлітків з дворогою маткою, з них 7 – з сідловидною, 3 – з неповною і 5 – з повною формою.

У 6 дівчаток-підлітків з хронічним тазовим болям при проведенні 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'ясовували 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 статевих системи і їх об'єм, кількість вагітностей і їх результат.

Оцінювали загальний стан дівчаток і підлітків: зріст, маса тіла з визначенням індексу маси тіла, ступінь статевого розвитку і його відповідність зросту. При клінічному обстеженні оцінювали стан шкірних покривів, периферичних лімфатичних вузлів, розвиток підшкірно-жирової клітковини, щитовидної залози, температуру тіла, дихальної і серцево-судинної системи (артеріальний тиск, пульс), форму живота, хворобливість при пальпації, наявність симптомів роздратування очеревини.

Гінекологічний статус вивчали при огляді зовнішніх статевих органів (ступінь розвитку, розташування уретри, тип обволосіння, 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 піхво-абдомінальне дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток 1 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.

Середній вік матерів у дівчаток 1 групи склав  $27,4 \pm 2,1$  року, батьків –  $30,7 \pm 1,9$  року. Шкідливі звички і професійні шкідливості були в 71,1% батьків і 25,0% матерів.

З числа обстежених дівчаток-підлітків обтяжена спадковість з боку матері виявлена в 45,7%, з боку батька – в 18,6% ( $p < 0,01$ ). Кількість пацієнток з обтяженим спадковим анамнезом по лінії матері і батька в підгрупах достовірно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ). По лінії матері спадковість була обтяжена гіпертонічною хворобою (11,4%), онкопатологією (8,6%), цукровим діабетом (5,7%) і вродженою вадою серця (2,9%). По лінії батька спадковість обтяжена гіпертонічною хворобою (7,1%), онкопатологією (4,3%), захворюванням нирок (2,9%) і вродженою вадою серця (1,4%).

При вивченні анамнезу у дівчаток-підлітків з ПАР матки і піхви ускладнений перебіг антенатального періоду виявлений в 38,7% випадків. Найбільш часті ускладнення вагітності в матері були наступні: загроза переривання – 14,2%, прееклампсія – 12,1%, плацентарна дисфункція – 28,5%. ГРВІ під час вагітності перенесли 20,4% матерів цих дівчаток.

У пологах в матерів найчастішими ускладненнями були передчасний розрив плодових оболонок (20,4%) і аномалії пологової діяльності (18,3%). Кількість передчасних пологів склала 10,2%, пізніх пологів – 2,3%. Частота операцій кесарева розтину склала 4,1%. Кількість новонароджених з малою масою тіла до терміну гестації – 18,3%, з масою тіла 4000,0 г і більше – в 14,3% випадків.

У пацієнток 1 групи кількість екстрагенітальних захворювань в анамнезі склала 133,0 на 100 випадків. У структурі захворювань переважали часті ГРВІ (38,5%) і дитячі інфекції (37,4%), пієлонефрит і хронічний тонзиліт (по 15,4%), бронхіт (8,8%), хвороба Боткіна (6,6% випадків). Апендектомія в анамнезі була у 5 (5,5%) пацієнток. Кількість захворювань в анамнезі на 100 випадків найбільш висока у пацієнток з дворогою маткою (166,7) і низьке (50,0) – при природженому укороченні зв'язкового апарату матки. Збільшення частоти захворювань в підгрупі 1.4 сталося за рахунок дитячих інфекцій (66,7%), що вище, ніж у дівчаток з однорогою маткою ( $p < 0,01$ ) і повним подвоєнням матки, шийки і піхви ( $p < 0,05$ ). Кожна друга дівчинка в підгрупі 1.2 вказувала на часті ГРВІ, в підгрупі 1.4 (внутрішньоматкова перегородка) в 3 рази рідше ( $p < 0,05$ ). Згідно даних анамнезу, у кожної дівчинки I групи протягом року було 3–4 інфекційних захворювань.

Частота екстрагенітальних захворювань у пацієнток 1 групи склала 91,2 на 100 випадків. З 91 пацієнтки 1 групи в 28 (30,8%) діагностований хронічний пієлонефрит, з них в 19 (65,0%) він був вторинний, який розвинувся на тлі аномалії розвитку нирок. Природжені аномалії розвитку інших органів і систем зустрілися в 9 (9,9%) випадках, у тому числі: пролапс мітрального клапана в 5, аномалія розвитку хребта – в 2, лицьового черепа, природжений свищ слухового проходу по 1 випадку. Найбільш висока (142,9 на 100 випадків) частота захворювань в підгрупі з однорогою маткою і додатковим рудиментарним рогом, що в 2,5 рази вище, ніж у дівчаток з аплазією піхви (підгрупа 1.1). У підгрупі 1.1 хронічний пієлонефрит зустрічався рідше (11,8%), ніж в підгрупі 1.3 (57,1%;  $p < 0,01$ ). У 8 (57,1%) пацієнток підгрупи 1.3 виявлений хронічний пієлонефрит, з них в 7 на тлі ПАР сечовидільної системи. Характерно, що в 4 з 7 пацієнток підгрупи 1.2 діагностований хронічний пієлонефрит єдиної нирки. З 6 дівчаток з природженим укороченням зв'язкового апарату матки екстрагенітальні захворювання виявлені в 3 у формі хронічного пієлонефриту і бронхіту.

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 пацієнок цієї підгрупи без порушення відтоку менструальної крові лише в одній 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 пацієнок з внутрішньоматковою перегородкою (підгрупа 1.4) лише у 3 (20,0%) виявлена аномалія розвитку у формі подвоєння ЧМС і дистопії нирки. У пацієнок з дворогою 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 асиметричному пороку на стороні меншого рогу у дівчаток з повною формою дворогої матки. У дівчаток з природженим укороченням зв'язкового апарату матки аномалії системи не виявлені.

Вік настання менархе у дівчаток і підлітків був в межах 11–16 років. Середній вік настання менархе  $13,2 \pm 0,4$  року.

В обстежуваних підгрупах дівчаток із збереженим менструальним циклом (74), вік менархе достовірно не відрізнявся ( $p > 0,05$ ). Число дівчаток зі своєчасним менархе було 57 (77,0%), раннім (9–11 років) – 8 (10,8%) і пізнім (старше 15 років) – 9 (12,2%). Ранні менархе частіше відзначали дівчатка з повним подвоєнням матки, шийки і піхви і внутрішньоматковою перегородкою, пізніше – у всіх підгрупах однаково часто. У всіх дівчаток з частковою аплазією піхви, аплазією матки і піхви при зверненні менструації відсутні у зв'язку з порушенням відтоку менструальної крові. Середній вік цих дівчаток склав  $14,8 \pm 1,3$  року. У 17 (18,7%) дівчаток 1 групи менструальний цикл не порушений. Найбільш часте порушення менструальної функції (ПМФ) у обстежуваних пацієнок було за типом дисменореї (49,5%), причому у всіх підгрупах дівчаток дисменорея зустрічалася однаково часто. Оліго-аменорея в 2 рази частіше наголошувалася у пацієнок з дворогою маткою порівняно з пацієнтками однорогою маткою і додатковим рудиментарним рогом і внутрішньоматковою перегородкою. ПМФ за типом гіперполіменореї частіше (33,3%) зустрічалася у дівчаток з внутрішньоматковою перегородкою, чим дворогою маткою (6,7%;  $p < 0,05$ ). В кожній 5-ї дівчинки олігоаменорея і гіперполіменорея поєднувалися з дисменореєю.

Статеве життя відзначене у 34 (37,3%) пацієнок. Вагітність в анамнезі мали 6 (6,5%) пацієнок, у 4 вона закінчилася штучним перериванням в ранні терміни і у 2 (внутрішньоматкова перегородка, повна форма) мимовільним викиднем в I триместрі. У 2 з 4 дівчаток з ПАР матки і піхви штучне переривання вагітності ускладнилося перфорацією матки. У одній пацієнтки у віці 18 років під час переривання вагітності була перфорація рогу матки, у зв'язку з чим проведена лапаротомія і видалення рогу. У другій пацієнтки з подвоєнням матки і піхви у віці 17 років сталася перфорація стінки однієї матки, з приводу виниклого ускладнення проведена субтотальна гістеректомія.

У дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці основними скаргами були відсутність менструації і больовий синдром. З 14 дівчаток у

9 тазовий біль був періодичний і пов'язаний з менструальним циклом. Спочатку вони мали ниючий характер, потім наростали по інтенсивності, 4 дівчинки відзначали спастичний характер. Дизуричні розлади відзначали 6 дівчаток. В трьох больовий синдром супроводжувалися підвищенням температури до субфебрильних цифр, нудотою і блюванням. Дівчатка з повною аплазією матки і піхви (3) пред'являли скарги на відсутність менструації і 2 – на безуспішну спробу статевого життя.

З 16 дівчаток з подвоєнням матки і піхви без порушення відтоку менструальної крові в 6 виникав ниючий біль, пов'язаний з менструальним циклом. У 14 дівчаток основною скаргою було порушення менструальної функції за типом гіперполіменореї і дисменореї. Біль у дівчаток цієї підгрупи при частковій аплазії однієї піхви (8) мали такий самий характер, як при частковій аплазії піхви і функціонуючій матці. У 2 дівчаток з 8 біль носив гострий характер, що з'явилося показанням до екстреної лапароскопії.

З 14 дівчаток з однорогою маткою 8 пред'являли скарги на тазовий біль, пов'язаний з менструальним циклом і наростаючий за інтенсивності. У 2 вони мали хронічний характер. Порушення менструального циклу за типом олігоаменореї відзначали 11 дівчаток цієї підгрупи.

У підгрупі дівчаток з внутрішньоматковою перегородкою скарги на больовий синдром пред'являли 3 дівчинки з 15. З них в 1 біль був постійний, а в 2 носили ниючий характер і пов'язаний з менструальним циклом. Характерним симптомом в цій підгрупі дівчаток було порушення менструального циклу за типом дисменореї (9), гіперполіменореї (5) і олігоаменореї (3) випадку.

При дворогій матці в 4 з 15 дівчаток симптоми були відсутні. 10 дівчаток звернулися до лікаря із скаргами на хворобливі менструації, одна – на хронічний тазовий біль. У 2 дівчаток цієї підгрупи ПАР матки виявлений при обстеженні з приводу ретенційної кісти яєчника. Найбільш частою скаргою у дівчаток цієї підгрупи з'явився тазовий біль, пов'язаний з менструальним циклом (46,7%), і порушення менструальної функції (80,0%).

Гострий тазовий біль наголошувалися у 8 (9,7%) дівчаток-підлітків, у тому числі: при частковій аплазії верхньої третини (1), середній третині (2) і нижній третині піхви (3), при однорогій матці з рудиментарним замкнутим рогом і частковим перекрутом маткової труби з однойменного боку у двох пацієнок.

Гармонійний розвиток наголошувався в 79,2% у дівчаток-підлітків з ПАР матки і піхви. Дисгармонійний розвиток в 20,8% обумовлений як відставанням маси тіла від зростання, так і надлишком. Індекс маси тіла у пацієнок 1 групи склав  $19,9 \pm 0,6$ . У досліджуваних підгрупах пацієнок ІМТ достовірно не відрізнявся і був в межах  $19,2 \pm 1,0$  в підгрупі 1.1 і  $21,4 \pm 2,1$  в підгрупі 1.5.

У всіх обстежуваних дівчаток ступінь статевого розвитку відповідала віку.

У 1 групі гінекологічне дослідження під час вступу проведене всім, 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, обвоLOSіння за жіночим типом. Переддень піхви у вигляді невинної пліви з невеликим поглибленням. При ректоабдомінальному дослідженні: матка в типовому

місці не визначалася, в малому тазу пальпувався поперечний тяж, придатки не визначалися.

Статевий хроматин у пацієнок з повною аплазією матки і піхви був в межах 9–12%, каріотипування – 46XX.

У 14 дівчаток з частковою аплазією піхви при функціонуючій матці уретра розташовувалася типово. При аплазії нижньої третини піхви (6) в 4 матка зміщена, в 2 – не визначалася, придатки у всіх пацієнок не пальпувалися. Безболісне утворення тугоеластичної консистенції виявлене в 5, помірно хворобливе у однієї дівчинки. Розміри утворення від 7x5 см до 16x7 см. З 5 дівчаток з аплазією середньої третини піхви в 2 матка дещо більше норми, в 2 зміщена і в 1 не визначалася. Придатки у всіх не визначалися. Утворення в малому тазу було у 3 пацієнок розмірами від 7x5 см до 25x15 см тугоеластичної консистенції, помірно хворобливе. У 2 пацієнок утворень в малому тазу не виявлено, в одному випадку у зв'язку з наявністю свищового ходу, в другому – з частковим стенозуванням піхви після першої операції. При аплазії верхньої третини (3) невелике збільшення матки і утворення в малому тазу розмірами 8x6 см визначалося у 2 дівчаток. Одній дівчинці у віці 15 років була проведена хірургічна корекція аплазії піхви і тубектомія у зв'язку з гематосальпінксом великих розмірів, через рік при бужуванні піхви сталася травма сечового міхура і утворився міхурово-піхвовий свищ, в подальшому проведена пластична операція.

При гінекологічному огляді у дівчаток 1.2 підгруп (24) виявлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, клітор не збільшений. Зовнішній отвір уретри розташовувався типово, не розширено. При ректоабдомінальному (11) і вагінально-абдомінальному (13) дослідженні визначалася одна матка. У дівчаток, що живуть статевим життям, під час вступу встановлена форма ПАР матки і піхви. У 11 (45,8%) дівчаток цієї підгрупи, що не живуть статевим життям, для уточнення форми ПАР було потрібно додаткове обстеження.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання лише клінічних методів діагностики дозволяє встановити наявність природжених аномалій розвитку матки і піхви у 30,6% пацієнок. У 34,1% спостережень діагностика була сумнівною, а в 35,3% випадків діагноз аномалій розвитку матки і піхви не був встановлений. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних заходів з включенням сучасних методів діагностики – ехографія і ендоскопія.

### Сравнительные аспекты клинических проявлений аномалий матки и влагалища А.В. Заболотин

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. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических мероприятий с включением современных методов диагностики – эхография и эндоскопия.

**Ключевые слова:** аномалии развития матки и влагалища, диагностика.

### Comparative aspects of clinical displays of anomalies of uterus and vagina 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. The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic actions with inclusion of modern methods of diagnostics – ehografia and endoscopya.

**Key words:** anomalies of development of uterus and a vagina, 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 618.14-006.36

## Нарушения репродуктивной функции у женщин с лейомиомой матки различной локализации

*Е.В. Заевская*

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

Проведенный анализ показал, что существует четкая тенденция к «омоложению» пациенток с лейомиомой матки и планирование беременности в позднем репродуктивном возрасте. Среди факторов риска лейомиомы можно выделить наследственность, хронические инфекции, обменно-эндокринные заболевания, хроническую патологию пищеварительного тракта и сердечно-сосудистой системы. Причины бесплодия при лейомиоме являются многочисленными, но чаще всего это сочетание лейомиомы, эндометриоза и воспалительных процессов. Предоперационная гормонотерапия не является альтернативой реконструктивно-пластической хирургии при лейомиоме матки и бесплодии, так как эффект ее временный. Репродуктивный прогноз может быть улучшен только после удаления лейомиоматозных узлов.

*Ключевые слова:* лейомиома матки, анамнез, клиника.

Несмотря на то, что изучению лейомиомы матки посвящено множество научных работ, эта проблема донныне остается недостаточно решенной. Лейомиома матки относится к доброкачественным опухолям половой системы женщины, частота которой в структуре гинекологической заболеваемости составляет от 20 до 44%, причем в 13–27% наблюдается в репродуктивном возрасте [1, 2].

Нарушение репродуктивной функции в виде первичного и вторичного бесплодия у пациенток с лейомиомой матки достигает 60–70% [3, 4]. Эта проблема заслуживает особое мнение в связи с ростом частоты женщин активного репродуктивного возраста больных лейомиомой, с одной стороны, поздним планированием беременности (после 40 годов) – с другой. Это обусловлено ростом риска возникновения лейомиомы именно у женщин данной возрастной группы. Согласно данным литературы [1–5], у женщин с бесплодием в 12–20% случаев лейомиома матки является единственной причиной репродуктивных неудач. Однако вопрос о роли лейомиомы матки в формировании нарушений репродуктивной функции остается дискуссионным [1–5].

В случае исключения всех других причин нарушения репродуктивной функции является вопрос о проведении органосберегающих операций, а именно миомэктомии. В каждом конкретном случае непосредственно придется решать ряд вопросов о целесообразности консервативно-пластической или радикальной операции с учетом возможности восстановления функции пораженного органа, об операционном риске при том или другом способе и хирургического вмешательства и его отдаленные последствия.

Несмотря на широкое внедрение современных эндоскопических технологий, абдоминальные реконструктивно-пластические операции не потеряли свою актуальность, поскольку процент больных молодого возраста, любителей сохранить репродуктивную функцию и страдающих на бесплодие или невынашивание беременности при лейомиоме матки больших и гигантских размеров, атипичном расположении узлов, не имеет тенденции к снижению. Исходя из вышесказанного, следует отметить, что абдоминальная миомэктомия при единичных и множественных узлах миомы матки больших и гигантских размеров остается актуальной и дискуссионной темой. В связи с этим, очевидная необходимость совершенствования хирургической техники реконструктивно-пластических операций на матке вне и во время беременности, а также периоперационного ведения больных с данной патологией, способствующей снижению процента рецидивов опухолей и увеличению числа женщин, которые реализовали в скором будущем свои репродуктивные планы после миомэктомии.

**Цель исследования:** изучение клинико-анамнестических особенностей у женщин с лейомиомой матки и нарушенным репродуктивным анамнезом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 208 пациенток репродуктивного возраста от 19 до 45 лет, которым была выполнена консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом во время беременности или вне беременности, прослежены ближайшие и отдаленные результаты.

Все женщины были распределены на две клинических группы. В первую (I) клиническую группу вошла 61 пациентка, которая обратилась с клиникой угрозы прерывания беременности при наличии лейомиомы матки.

Критерии отбора для исследования среди всех обратившихся с беременностью и лейомиомой матки: желание женщины иметь детей; узлы лейомиомы, которые препятствуют невынашиванию беременности или представляют опасность для здоровья пациентки: большие, гигантские, атипично расположенные узлы, быстрое их увеличение во время беременности, признаки деструкции узла, подтвержденные данными УЗИ. Практически во всех случаях были симптомы угрозы прерывания беременности, а затем планоно госпитализировали их на 14–15-ю неделю беременности для подготовки к операции. При наличии больших, гигантских узлов, расположенных шеечно-перешеечно и кровянистых выделений из половых путей, что свидетельствует о начавшемся прерывании беременности, госпитализировали экстренно в гинекологическое отделение.

С 61 пациентки 45 госпитализировано в плановом порядке в сроке беременности 14–19 нед, 16 – экстренно в сроке беременности 7–12 нед.

Вторую (II) клиническую группу составляли 147 женщин с лейомиомой матки. Критерии отбора: большие и атипично расположенные узлы, бесплодие или невынашивание

беременности, желания восстановить репродуктивную функцию. Отдаленные результаты прослежены от 1 до 5 лет.

Клинические и лабораторные методы исследования включали общее стандартное обследование больных с использованием клинических, биохимических, микробиологических, гемостазиологических, функциональных и морфологических методов, проводились исследования, направленные на выявление ИПШП (ПЦР), а также инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические) методы исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее время четко прослеживается тенденция к «омолаживанию» пациенток с лейомиомой матки, с одной стороны, и планированием беременности в позднем репродуктивном возрасте, с другой, о чем свидетельствует анализ возрастных показателей обследованных пациенток, что 76 (36,5%) женщин было в возрасте до 30 лет, в среднюю группу вошло 95 (45,7%) женщин от 30 до 35 лет. После 36 лет планировало беременность 37 (17,8%) пациенток.

Для уточнения возможных причин развития лейомиомы, определения факторов репродуктивного риска и выработки тактики ведения нами проведен анализ анамнеза, менструальной, генеративной функции, экстрагенитального и генитального статуса, паритета, наследственности, исследования рецепторного аппарата утеромиоцитов в биоптатах миоматозных узлов в группы беременных, иммуногистохимические исследования биоптатов миометрия и миоматозных узлов у пациенток, оперируемых до беременности.

При проведении анализа соматического статуса больных установлено, что фоном для развития лейомиомы матки достаточно часто было наличие экстрагенитальной патологии. За нашими наблюдениями, первое место занимали нарушения жирового обмена (36,0%), дальше были заболевания желудочно-кишечного тракта (24,5%) и сердечно-сосудистой системы (20,6%). Анемия, как следствие основного заболевания, диагностирована в 73,5% обследованных.

Кроме того, был проведен анализ гинекологического и акушерского анамнеза. Анализируя полученные данные, выделяли те заболевания и осложнения, которые могли бы повлиять на состояние репродуктивной функции обследованных пациенток. К ним относятся, прежде всего, воспалительные заболевания гениталий, аденомиоз, эндометриоз и эндокринные нарушения функции яичников.

Нарушениями менструального цикла, а именно, обильными, длительными менструациями страдало 110 (74,8%) пациенток II группы, что в семь раз реже (26,2%) отмечалось у обследованных I группы до беременности. Высокий процент воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) (в I группе он составлял 13,1% случаев, а во II – 32,0% наблюдений). Эндометриозом страдало 92 (62,6%) больных II группы и 7 (11,5%) пациенток I группы.

У обследованных обеих групп на протяжении 2–7 лет в 153 (73,5%) случаях оказывались нарушения репродуктивной функции. Первичным бесплодием страдало 1/3 (38,4%) больных, вторичным бесплодием – 1/5 (21,1%) обследованных. На долю недонашивания и беременности, которая не развивается, приходилось 28 (13,4%) случаев.

В I группе репродуктивные проблемы имело около 2/5 (36,0%) обследованных женщин. Из них первичное бесплодие оказывалось у 1/5 (21,3%) пациенток, вторичное бесплодие у каждой 20 (5,0%) женщины, а беременность, которая не развивается или невы-

нашивается диагностировано у каждой десятой (9,8%) больной. Данные, касающиеся сочетания бесплодия, невынашивания, лейомиомы матки, эндометриоза и патологии яичников у больных I группы свидетельствуют, что причиной репродуктивных неудач в I группе в половине случаев (50%) были ВЗОМТ, внешне внутренний эндометриоз или их сочетание, а вторую половину сложностей с беременностью и ее невынашиванием составляло наличие лейомиомы матки (50%).

Во II группе проблемы репродукции имели 89,1% пациенток, из них первичным бесплодием страдало почти половина (46,2%) женщин, вторичным бесплодием 1/4 (27,9%) больных, а беременность, которая не развивается или ее невынашивание наблюдалось у 15% пациенток.

Данные, касающиеся сочетания бесплодия, невынашивания, лейомиомы матки, эндометриоза и патологии яичников у больных II группы показывают, что нарушение репродукции у больных с лейомиомой матки в 42,0% наблюдений было связано с наличием ВЗОМТ, «эндометриозной болезнью» или их сочетанием. СПКЯ обнаружены в 13,6% больных.

У 64,6% пациенток II группы обнаружены патологические изменения шейки матки, которая подтверждает наличие воспалительных заболеваний половых органов. В I группе эта патология диагностирована у 9,8% беременных. Всем пациенткам проводили местное противовоспалительное и иммуномодулирующее лечение в периоперационном периоде.

Из полученных данных видно, что в анамнезе роды через естественные родовые пути имели больше 44,0% пациенток I группы и 14,6% II группы, причем у одной женщины из I группы единичные роды были преждевременными и ребенок погиб на второе сутки жизни, а у второй пациентки родился мальчик с тяжелой хромосомной патологией. Обе пациентки страдали вторичным бесплодием на протяжении 3 лет. Больше 1/3 (34,4%) пациенток I группы в анамнезе имели медицинские аборт до 12 нед гестации.

Во II группе обследованных больше двух аборт в анамнезе было у 20 (13,6%) женщин, у 12 (8,1%) отмечен один искусственный аборт, который в двух случаях осложнился эндометритом, а в одном – маточным кровотечением.

В случае лечебно-диагностических мероприятий у 15 (10,2%) больных с меноррагиями раньше проводилось раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала. У 73,3% пациенток обнаружена гиперплазия эндометрия или полипоз эндометрия и (или) канала шейки матки.

Как видно из полученных данных, одной из форм лечения дисфункции яичников, гиперплазии эндометрия, эндометриоза у больных с лейомиомой матки и тому подобное на протяжении 1–3 годов до операции в 115 (55,2%) пациенток обеих групп была гормональная терапия. 18 (15,6%) пациенток получали противозачаточные препараты с контрацептивной и лечебной целью. Анализируя полученные данные можно сказать, что 30 (26,0%) пациенткам проводилось лечение а-ГнРГ, из них в половины отмечено небольшое уменьшение размеров лейомиомы и повышения уровня гемоглобина, в связи с отсутствием кровотечений на фоне проводимой терапии. У 10 женщин размеры лейомиомы не уменьшались. Лечение прогестинами было основным и проведено в 63 (54,8%).

Консервативное лечение не было альтернативой хирургическому методу лечения, а использовались в качестве временные лечебные мероприятия или с целью отсрочки оперативного вмешательства, о чем свидетельствует анализ следующих данных.

При обращении у этих пациенток лейомиома матки была больших (до 20 нед беременности) или гигантских (больше 20 нед беременности) размеров. Как видно из полученных данных, с 61 беременной у 28 были единичные узлы диаметром от 5 см до 35 см, в 33 – множественные. Во II группе из 147 женщин единичные узлы были у 74, в остальных 73 случаях – множественные. Нами проанализированы данные относительно локализации, размеров и характера «питания» единичных узлов миомы у больных I группы.

Анализируя полученные данные следует заметить, что из 28 пациенток с единичными миоматозными узлами, гигантские размеры были практически у каждой пятой беременной (21,4%), межмышечная локализация отмечена в большинстве наблюдений (89,2%), из них, в основном, (22) оказывалась деформация полости матки.

Атипичная локализация отмечена приблизительно у трети больных с интерстициальными узлами (30%) и в таком же количестве наблюдений (29,5%) обнаружены деструктивные изменения. Из всех единичных узлов нами трижды диагностирована субсерозная лейомиома матки (10,8%), которая в одном наблюдении была гигантской с участками деструкции.

Нами представлены данные о локализации, размерах и характере «питания» наибольшего миоматозного узла при наличии множественной лейомиомы матки у больных I группы. Следует заметить, что у 33 беременных с множественными миоматозными узлами, гигантские размеры встречались в 27,3% наблюдений, межмышечную локализацию обнаружено в 69,7% (из них в 72,7% выявлялась деформация полости матки). Атипичная локализация обнаружена в 30,0% больных с интерстициальными узлами, а в 63,6% наблюдений обнаружены деструктивные изменения узлов. В 30,3% беременные диагностированы субсерозную лейомиому матки (в трех наблюдениях – гигантская, с участками деструкции).

Таким образом, в I группе с единичными и множественными узлами миомы, гигантские размеры опухоли были у 1/4 беременных (24,5%), самой распространенной оказалась межмышечная локализация узлов (78,7%), в подавляющем большинстве случаев она деформировала полость матки (82,6%). Атипичное расположение миомы обнаружено в 1/3 пациентки (30%) с интерстициальными узлами. Деструктивные изменения узлов оказывались более чем в 2/3 (64%) всех наблюдений. Приблизительно 1/4 женщин (21,3%) имели субсерозные узлы, все они были с признаками нарушения «питания».

Данные, касающиеся соотношения локализации миоматозных узлов и плаценты у пациенток I группы, свидетельствуют, что частичное перекрытие лейомиомы плацентой обнаружено в трети пациенток (37,7%), а противоположную локализацию имело около половины женщин (46,0%). У каждой 6 (16,3%) беременной плацента локализовалась на узле миомы.

Исключительно диффузная форма аденомиоза интраоперационно диагностирована у 4 (5,4%) пациенток. Наибольшие узлы миомы от 13 до 20 см малая треть женщин (33,8%). Чаще всего оказывалась их межмышечная локализация (81%), из которых в половине (51,7%) имелась деформация полости матки. У каждой девятой (10,8%) женщины обнаружена субсерозная лейомиома. Всего у 2 (2,7%) пациенток были подслизистые узлы. Среди 74 пациенток атипичное расположение опухоли отмечено в трети больных (33,8%) и приблизительно в таком же количестве случаев имелись ее деструктивные изменения (31%).

Таким образом, среди всех женщин репродуктивного возраста, оперируемых с целью сохранения детородной функции, гигантские размеры узлов имели 3 (2,0%) пациентки. В 80,1% случаев среди 147 обследованных оказывалась межмышечная локализация опухоли. Субсерозное расположение лейомиомы оказывалось у каждой восьмой (12,2%) женщины, а подслизистую локализацию имело лишь 4% обследованных пациенток. У каждой второй (47%) больной имелось атипичное расположение узлов, а у каждой третьей (34,7%) отмечалась их деструкция. Важно отметить, что у четырех (2,7%) пациенток из всей группы интраоперационно обнаружена узловатая форма аденомиоза.

Для уточнения роли инфекционного фактора в генезе лейомиомы и выбора комплексной терапии в послеоперационном периоде при наличии ИППП нами обследовано по 15 пациенток I и II групп (с лейомиомой больших и гигантских размеров и быстрым ростом узлов).

У 10 (66,6%) пациенток I группы из 15 обнаружена та или иная форма ИППП. На часть вирусной инфекции приходилось 20% наблюдений. В двух случаях (13,3%) имелось сочетание вариантов ИППП.

Из 15 обследованных женщин II группы у 6 (40%) обнаружена та или иная форма ИППП в 26,6% с преобладанием инфекции вирусной природы.

У двух больных отмечено сочетание в одном случае вируса простого герпеса (ВПГ-2) и цитомегаловирусной инфекции, во втором случае пациентка страдала уреоплазмозом и микоплазмозом. Обнаружен один случай хламидиоза, два цитомегаловирусной инфекции и одно исследование подтвердило наличие уреоплазмоза. С 15 обследованных ВПГ-2 и хламидийная инфекция составляли по 6,6%, цитомегаловирусная инфекция – 20%, уреоплазмоз встречался в 13,3% случаев, микоплазмоз диагностирован в 6,6% больных.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ показал, что в настоящее время прослеживается четкая тенденция к «омолаживанию» пациенток с лейомиомой матки и планирования беременности в позднем репродуктивном возрасте. Среди факторов риска появления лейомиомы и ее быстрый рост имеет наследственность, хронические инфекции, в том числе и ИППП, обменно-эндокринные заболевания, хронические заболевания пищеварительного тракта и сердечно-сосудистой системы. Причины бесплодия при лейомиоме матки, как правило, множественные. Чаще всего – сочетание миомы, эндометриоза и ВЗОМТ. Тем не менее, у трети пациенток с бесплодием не удалось обнаружить другие его причины, кроме миомы. В возрасте до 25 лет преобладают единичные узлы больших размеров, после 25 – множественные с подавляющей межмышечной локализацией. При больших размерах узлов по данным УЗИ чаще всего есть признаки их деструкции. Предоперационная гормонотерапия не является альтернативой реконструктивно-пластичной хирургии при лейомиоме матки и бесплодия, эффект ее временный или полностью отсутствует, в то время, как заболевание матки приводит к нарушению репродуктивной функции. Репродуктивный прогноз может улучшить после удаления узлов лейомиомы.

**Порушення репродуктивної функції у жінок з лейоміомою матки  
різної локалізації**  
**Е.В. Заєвська**

Проведений аналіз показав, що простежується чітка тенденція до «омолодження» пацієнток з лейоміомою матки та планування вагітності в пізньому репродуктивному віці. Серед факторів ризику поява лейоміоми та її швидке збільшення має спадковість, хронічні інфекції, обмінно-ендокринні захворювання, хронічні захворювання травного тракту та серцево-судинної системи. Причини безпліддя при лейоміомі матки, як правило, множинні. Найчастіше – поєднання лейоміоми, ендометріозу та запальних процесів. Передопераційна гормонотерапія не є альтернативою реконструктивно-пластичній хірургії при лейоміомі матки та безпліддя, ефект її тимчасовий або повністю відсутній, в той час, як захворювання матки призводить до порушення репродуктивної функції. Репродуктивний прогноз може бути поліпшений після видалення вузлів лейоміоми.

**Ключові слова:** лейоміома матки, анамнез, клініка.

**Clinical-anamnesis features at women with leiomyoma of uterus and  
the burdened reproductive anamnesis**  
**E. V. Zaevskaya**

The carried out analysis has shown, that exists accurate tendency to «rejuvenation» of patients with leiomyoma of uterus and pregnancy planning at late reproductive age. Among risk factors leiomyoma it is possible to allocate a heredity, chronic infections, endocrinological diseases, a chronic pathology of a gastroenteric path and cardiovascular system. The barrenness reasons at leiomyoma numerous, but more often this combination leiomyoma, an endometriosis and inflammatory processes. Preoperative gormonotherapy is not alternative of reconstructively-plastic surgery at leiomyoma of uterus and barrenness, as its effect temporary. The reproductive forecast can be improved only after removal leiomyoma knots.

**Key words:** leiomyoma of uterus, the anamnesis, clinic.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Доросевич А.Е. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2011, 4: 26–28.
2. Коржув С.И., Иванян А.Н., Густоварова Т.А. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2006. – № 4. – 136–138 с.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2011. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР, 2012. – 649 с.

УДК 618.2/.3+618.39+618.5+579.882+616.9

**Влияние нарушений микробиоценоза  
половых путей на развитие  
интраамниального инфицирования**

**В.И. Бойко, Ю.П. Ивахнюк**

Медицинский институт Сумского государственного университета МОН  
Украины

Как показали результаты проведенных исследований, у женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования имеет место высокая частота нарушений микробиоценоза половых путей, что приводит к развитию акушерских и перинатальных осложнений. Учитывая недостаточную эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий была предложена новая методика коррекции микробиоценоза половых путей с использованием препарата микосист. Полученные клинические, функциональные, лабораторные, микробиологические и вирусологические результаты подтверждают высокую эффективность данной методики, что позволяет рекомендовать для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** микробиоценоз половых путей, интраамниальное инфицирование, коррекция.

Данные современной литературы свидетельствуют, что проблема внутриутробного инфицирования является одной из наиболее актуальных в современной перинатологии [2, 3]. Кроме традиционного инфекционного фактора основными патогенетическими механизмами нарушения состояния плода при внутриутробном инфицировании являются дисфункция фетоплацентарного комплекса и нарушения иммунной системы матери и плода, а также изменения микробиоценоза половых путей [1, 4]. На сегодняшний день можно констатировать факт наличия взаимосвязи между интраамниальным инфицированием и состоянием микробиоценоза половых путей. Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме внутриутробного инфицирования нельзя считать все вопросы полностью решенными. На наш взгляд, в первую очередь это касается возможности использования коррекции микробиоценоза половых путей при высоком риске внутриутробного инфицирования.

**Цель исследования:** изучение особенностей микробиоценоза половых путей при высоком риске интраамниального инфицирования и разработка методики коррекции возникающих нарушений.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 150 беременных женщин, которые были разделены на три группы:

- контрольная – 50 первородящих без акушерской и соматической патологии;
- I группа – 50 первородящих с высоким риском развития интраамниального инфицирования, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;
- II группа – 50 первородящих с высоким риском развития интраамниального инфицирования, которые с профилактической целью помимо общепринятых лечебно-профилактических мероприятий получали системный антимикотик (препарат «Микосист» фирмы «Гедеон Рихтер») в общепринятой дозировке в следующие сроки беременности: 18–20, 28–30 и 36–38 нед беременности с целью коррекции микробиоценоза половых путей. Наш выбор был сделан именно на этом препарате в связи с его высокой эффективностью и широким спектром действия, а также низким уровнем побочных и негативных эффектов и отсутствием тератогенного эффекта.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что средний возраст женщин контрольной группы составил  $22,1 \pm 1,4$  года, а в основных –  $25,5 \pm 2,6$  года ( $p < 0,05$ ).

Основные факторы риска интраамниального инфицирования:

- наличие урогенитальной инфекции – 58,0%;
- хронические воспалительные процессы репродуктивной системы – 36,0% и почек – 20,0%;
- репродуктивные потери инфекционного генеза (невынашивание, преждевременные и срочные роды инфицированными плодами) – 20,0%.

При анализе результатов проведенных исследований по изучению состояния микробиоценоза половых путей необходимо отметить, что в 18–20 нед беременности у женщин контрольной группы преобладали три вида микроорганизмов (лактобациллы – 96,0%; бифидобактерии – 74,0% и молочнокислые стрептококки – 60,0%) на фоне невысокого уровня различных штаммов (золотистого и эпидермального) стафилококков (20,0%). По сравнению с этим у женщин с высоким уровнем внутриутробного инфицирования отмечено незначительное снижение числа лактобацилл (80,0%); бифидобактерий (62,0%) и молочнокислых стрептококков (40,0%) при одновременном росте штаммов стафилококка (40,0% – преимущественно золотистого) и появлении невысокой частоты хламидий (12,0%); кандид (12,0%); эшерихий (10,0%); протей (8,0%); уреоплазм (6,0%) и микоплазм (4,0%). Суммарная оценка микробиологических и вирусологических исследований в данный срок указывает на отсутствие острых форм и носительства основных показателей TORCH-инфицирования у женщин контрольной группы. У пациенток основной группы острые формы хламидий, герпетической и цитомегаловирусной инфекции имели место только в единичных случаях (по 2,0%), а носительство этих же микроорганизмов – в каждом десятом наблюдении (по 10,0%).

Особый интерес представляют данные к следующему исследуемому сроку (28–30 нед), так как состояние микробиоценоза половых путей у женщин контрольной группы носило аналогичный характер. У женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования отмечено постепенное снижение числа лактобацилл (до 46,0%); бифидобактерий (38,0%) и молочнокислых стрептококков (28,0%) на фоне роста числа штаммов стафилококков (62,0%) и, практически, аналогичного уровня остальных микроорганизмов, диагностированных на предыдущем этапе исследований. Аналогичная

закономерность отмечена и при суммарной оценке микробиологических и вирусологических исследований.

Накануне родоразрешения состояние микробиоценоза половых путей у женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования характеризовалось низким уровнем лактобацилл (48,0%); бифидобактерий (40,0%) и молочнокислых стрептококков (30,0%) на фоне одновременного роста числа штаммов стафилококков (80,0%) и вышеперечисленных микроорганизмов. Суммарная оценка микробиологических и вирусологических исследований в 38–40 нед свидетельствует о преобладании носительства основных показателей TORCH-инфицирования и единичных случаях острых форм.

Здесь следует отметить, что полученные результаты микробиологических и вирусологических исследований указывают на существенную роль этих факторов в генезе фетоплацентарной недостаточности, а также о необходимости включения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий препаратов, способствующих нормализации микробиоценоза половых путей в динамике гестационного периода.

Итак, как свидетельствуют данные первого этапа проведенных научных исследований, при высоком риске внутриутробного инфицирования имеют место нарушения микробиоценоза половых путей, играют существенную роль в развитии акушерских и перинатальных осложнений. Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия являются недостаточно эффективными, что свидетельствует о необходимости их совершенствования.

При оценке эффективности проведенной коррекции микробиоценоза половых путей с использованием препарата микосист необходимо отметить отсутствие аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препарата.

Результаты проведенных микробиологических и вирусологических исследований в 18–20 нед беременности свидетельствуют о несущественных различиях между группами по основным параметрам. По сравнению с этим, в 28–30 нед благодаря применению разработанной методики удалось увеличить по сравнению с I группой число лактобацилл (I группа – 46,0% и II – 68,0%); бифидобактерий (I группа – 38,0% и II – 62,0%) и молочнокислых стрептококков (I группа – 28,0% и II – 46,0%) при одновременном снижении штаммов стафилококка (I группа – 62,0% и II – 50,0%) и остальных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Кроме того, незначительно снизился уровень вирусносительства у женщин II группы. Аналогичная закономерность сохранилась и накануне родоразрешения. Полученные результаты микробиологических и вирусологических исследований указывают на позитивное воздействие предлагаемой методики по отношению к состоянию микробиоценоза половых путей и носительства основных видов TORCH-инфицирования.

Очень важным является тот факт, что использование предлагаемой нами лечебно-профилактической методики позволяет снизить частоту фетоплацентарной недостаточности в 2,1 раза; задержки внутриутробного развития плода – 1,9 раза; обострения урогенитальной инфекции во время беременности – в 2,0 раза; бактериального вагиноза – в 2,1 раза; преждевременных родов – в 2,5 раза; аномалий родовой деятельности – в 1,9 раза; дистресса-плода – в 2,3 раза; интранатальной асфиксии – в 2,1 раза; интраамниального инфицирования – в 2,2 раза и перинатальных потерь – в 2 раза.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. У женщин с высоким риском внутриутробного инфицирования имеет место вы-

сокая частота нарушений микробиоценоза половых путей, что приводит к развитию акушерских и перинатальных осложнений.

2. Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия являются недостаточно эффективными.

3. Клиническая эффективность предложенной новой методики коррекции микробиоценоза половых путей с использованием препарата микосист подтверждается результатами функциональных, лабораторных, микробиологических и вирусологических методов исследования.

### Вплив порушень микробиоценозу статевих шляхів на розвиток інтраамніального інфікування В.І. Бойко, Ю.П. Івахнюк

Як показали результати проведених досліджень, у жінок з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування має місце висока частота порушень микробиоценозу статевих шляхів, що призводить до розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Враховуючи недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів нами запропонована нова методика корекції микробиоценозу статевих шляхів з використанням препарату микосист. Отримані клінічні, функціональні, лабораторні, микробиологічні і вірусологічні результати підтверджують високу ефективність даної методики, що дає нам право рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** микробиоценоз статевих шляхів, інтраамніальне інфікування, корекція.

### Influence of infringements microbiozenose sexual ways on development intraamniacal infection V.I. Boyko, Yu.P. Ivahnyuk

As have shown results of the lead researches, at women with high risk intra-uterine infection high frequency of infringements microbiozenose sexual ways that carries out to development obstetrical and perinatal complications takes place. Taking into account insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions we offer a new technique of correction microbiozenose sexual ways with use of a preparation mikosist. Received clinical, functional, laboratory, microbiological and virusological 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:** microbiozenose sexual ways, intraamniacal infection, correction.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Башмакова М.А., Савичева А.М. Особенности акушерских инфекций // Вестн. Росс, ассоц. акуш.-гин. – 1997. – № 3. – С. 78–81.
2. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні // Перинатологія та педіатрія. – 1999. – № 1. – С. 3–4.
3. Жабченко І.А. Стан здоров'я вагітних як показник здоров'я суспільства і держави / Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 1. – С. 9–16.
4. Сидорова И.С., Макаров И.О., Сидоров А.А. и др. Особенности течения беременности и исходы родов при внутриутробной инфекции плода // Росс. вест. перин. и пед. – 1997. – № 1. – С. 15–20.

УДК 618.3-06:618.1-002

## Роль эффективной терапии патологии шейки матки в профилактике невынашивания беременности

Е.В. Игонина

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

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 разных факторов риска невынашивания все большего значения 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 разных патологических изменений ШМ [1–5].

В последние годы в структуре генитальной патологии ведущее место занимают разные 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 разных 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, отсутствующие данные о дифференцированном подходе к предгравидарной подготовке и профилактике невынашивания беременности с учетом основных вариантов патологии ШМ.

Все изложенное выше является обоснованием актуальности выбранного научного направления.

**Цель исследования:** снижение частоты невынашивания у женщин с начальной патологией ШМ на основе изучения функционального состояния ШМ и микро-



биоценоза половых путей, а также разработки и внедрения дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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%), диатермэлектрорезекция (ДЭЭ) – 11 (26,2%) 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:

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

2. Питание

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

3. Отдых и физическая нагрузка

- не допускать физической нагрузки, связанной с поднятием тяжелых предметов, длительного нахождения в вертикальном положении;
- избегание переутомления;
- при условии отсутствия противопоказаний рекомендуются физические упражнения, специальные курсы аэробики.

4. Витаминные и другие добавки при планировании беременности

- фолиевая кислота.

Рекомендуется ежедневный прием 400 мкг фолиевой кислоты за 3 мес до наступления беременности и в ранние сроки (до 16 нед) беременности для профилактики пороков развития центральной нервной системы плода.

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

5. Отказ от вредных привычек.

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

7. Санация половых путей и ШМ

- по показаниям – лечение протозойно-бактериальных инфекций с использованием антибактериальной терапии согласно протоколов.

Предложенные мероприятия включали следующие моменты:

- хирургическое лечение доброкачественной патологии ШМ – радиоволновая терапия аппаратом «Сургитрон ТМ» фирмы Ellman International (США);
- добавление препарата Гинофлор на этапе эпителизации и при прегравидарной подготовке.

Лечение патологии ШМ проводили на аппарате «Сургитрон ТМ» фирмы Ellman International (США) с добавлением препарата Гинофлор на этапе эпителизации. Также добавляли препарат Гинофлор на этапе прегравидарной подготовки.

Метод радиоволновой хирургии является оптимальным как часть прегравидарной подготовки. Это атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью высокочастотных волн. Радиоволновой разрез выполняется без физического давления или дробления клеток тканей. Из электрода, в качестве которого используется вольфрамовый провод, эмитируются высокочастотные волны. Эффект разреза достигается за счет тепла, которое выделяется при сопротивлении, которое осуществляют ткани проникновению высокочастотной радиоволны. Высокочастотная энергия концентрируется на кончике электрода и повышает образование молекулярной энергии внутри каждой клетки, фактически испаряя клетку. Радиоволновой разрез и коагуляция выполняются без разрушения тканей, чего не удается избежать при использовании электрохирургических низкочастотных приборов. Следовательно, преимуществами радиоволновой хирургии является скорость лечения, отсутствие электроожога, ускоренное и безрубцовое заживление тканей. Результаты радиоволнового лечения намного превышают результаты после применения традиционных методов лечения патологии шейки матки. Также важным преимуществом метода является практически отсутствующие стенозирование и облитерация цервикального канала.

Препарат Гинофлор был избран нами для улучшения эпителизации и оптимизации прегравидарной подготовки. Этот препарат имеет в своем составе лиофилизат *Lactobacillus acidophilus*, эстриол и лактозу. Благодаря своему составу препарат имеет такие характеристики:

- двойное действие – восстановление поврежденного эпителия (пролиферация и дифференциация) и восстановление влагалищной микрофлоры;
- наличие лактозы запускает процесс размножения лактобацилл;
- высокая степень безопасности;
- наличие эстриола позволяет получить оптимальный клинический эффект при нивелировке побочных реакций.

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 являетсяотягощенный репродуктивный анамнез (2–5 беременностей в  $74,2 \pm 5,8\%$ ; среднее число абортот 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 позволило найти показатели биоценоза половых путей за счет снижения IV степени частоты влагалища с  $45,2 \pm 6,9\%$  до  $26,7 \pm 5,6\%$ ; разных патологических изменений влагалищного содержимого – с  $65,2 \pm 6,8\%$  до  $46,7 \pm 4,7\%$ ; уровня микстозных инфекций, которые передаются 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 с  $33,3 \pm 3,3\%$  при общепринятом алгоритме до  $16,7 \pm 1,7\%$  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 влагалища 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 (у 1,9 раза) при одновременной нормализации функционального состояния шейки матки и микробиотенноза 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 микробиотенноза половых путей.

### Роль ефективної терапії патології шийки матки в профілактиці невиношування вагітності Е.В. Ігоніна

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 мікробіотеннозу статевих шляхів.

**Ключові слова:** патологія шийки матки, невиношування профілактика.

### Role of effective therapy of pathology cervix uterus in preventive maintenance incompetent of pregnancy

*E. V. Igonina*

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 ЛІТЕРАТУРИ

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 // Здравоохр. 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 предопухолевых 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.

УДК 618.14-0926612.627

## Особливості поєднаної патології матки у жінок репродуктивного віку з позицій морфологічних змін

*Г.В. Колесник*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, що призводить до дисбалансу гормонального гомеостазу, хронічних запальних захворювань ендометрія, створюють передумови для проліферативних процесів в матці і яєчниках, розвитку аденоміозу, міоми матки, гіперплазії стромы яєчників, гіперплазії ендометрія від простої типової гіперплазії без атипії до складної атипової гіперплазії. Встановлені морфологічні особливості поєднаної патології необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки, репродуктивний вік.

Останнім часом спостерігається закономірне ушкодження матки усіма 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 в 16–90% хворих аденоміозом, 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 в 1,6–17,8% спостережень [3, 4].

Не дивлячись на сучасні методи обстеження, при поєднаній патології вирішальне значення по колишньому належить морфологічному дослідженню при поєднанні аденоміозу і гіперпластичних процесів ендометрія. Це дозволяє заздалегідь поставити діагноз і вирішити питання про доцільність додаткових методів дослідження і виробити адекватну тактику лікування.

Усе викладене вище свідчить про доцільність дослідження морфологічних особливостей при поєднанні аденоміозу з патологічними процесами ендометрія.

**Мета дослідження:** вивчити морфологічні особливості поєднання аденоміозу з патологічними процесами ендометрія.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У справжнє дослідження були включені 153 хворі аденоміозом у поєднанні з патологічними процесами ендометрія. Критерієм відбору з'явився 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 на 15 тиж вагітності також був критерієм виключення.

На підставі результатів власного дослідження 153 пацієнток з поєднаною патологією матки (аденоміоз) і ендометрія були розділені на групи:

1 група – «чистий» аденоміоз (n=40)

2 група – аденоміоз і рецидивуюча гіперплазія ендометрія (n=41)

3 група – аденоміоз і гіперплазія атипії ендометрія (n=42).

4 група – аденоміоз і рак ендометрія (n=30).

Середній вік пацієнток склав  $37,3 \pm 3,5$  року і по групах достовірно не відрізнявся, тобто всі пацієнтки були в репродуктивному віці.

Гіперменоррею або менорагію визначали як менструації із збільшеним об'ємом крові, що втрачалася (більше 80 мл). Кількість крові, що втрачається, визначали з використанням запропонованої піктограми для оцінки об'єму менструальної кровотрати. У наших дослідженнях рясні менструації спостерігалися в 95 (62%) хворих. Поліменоррею визначали як маткова кровотеча, що регулярно виникає через проміжок часу <21 дня і тривалістю більше 7 днів. На тривалі менструації скаржилися 79 (51,6%) пацієнток. Метроррагія – маткові кровотечі, що не пов'язані з менструальним циклом. Метроррагія зустрічалася у 87 (56,7%) хворих, кров'яні виділення, що мастиять, до і після менструації – у 95(62%) пацієнток.

Хворобливі менструації (дисменорея) мали місце у 59 (38,6%) жінок.

Серед основних свідчень для госпіталізації пацієнток слід виділити: маткові кровотечі різної інтенсивності у 124 (81%) пацієнток; підозріння 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%).

Комплексне морфологічне дослідження включало наступні методи: гістологічний і імуногістохімічний.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості пацієнток наголошувалися порушення менструального циклу, такі, як кров'яні виділення, що мастиять, до і після менструації і рясні, тривалі менструації. Більш ніж третина хворих 1 групи – пацієнтки з аденоміозом у поєднанні з ендометритом скаржилися на рясні 14 (35%) і тривалі 12 (30%) менструацій. Більше половини 12 (52,5%) страждали на дисменорею і в 27 (67,5%) наголошувалися кров'яні виділення, що мастиять, до і після менстру-

ації. Ці дані можуть свідчать про «активний» аденоміоз. Порушення менструального циклу в 2, 3, 4 групах, такі, як мено- і метроррагії, є симптомами супутньої гіперплазії ендометрія з атипією і без атипії і супутнього раку ендометрія. Метроррагії в постменопаузі спостерігалися у всіх хворих з аденокарциномою, що є патогномонічною ознакою даного захворювання.

Запальні захворювання матки і придатків досить часто зустрічалися у всіх хворих аденоміозом. У 2 групі хронічний сальпінгоофорит спостерігали у 20 (48,8%) хворих, хронічний ендометрит – у 13 (31,7%). У 3 групі хронічний сальпінгоофорит і ендометрит зустрічався у 23 (54,8%) і 16 (38%) відповідно. У 4 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 групі лейоміома матки супроводила аденоміозу в більш ніж половині випадків (55,2%), тривалістю захворювання від 1 року до 5 років (в середньому 3 роки). РДВ з приводу кровотеч було застосоване 10 (40,4%) хворим, гормональне лікування гестагенами проведене 6 (15,3%) жінкам.

У 2 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 лікувально-діагностичному вискоблюванню матки в 25 (60,9%) випадках. Гормональне лікування провели 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 діагностували в 12 (28,6%) випадків.

У хворих раком ендометрія лейоміома матки спостерігалася більш ніж в третині, утворення яєчників раніше виявлялися у 11 (36,7%) хворих. РДВ виконано у 26 (86,7%) пацієнток.

У більшості хворих 59 (38,6%) розміри матки не перевищували 6–8 тиж вагітності. У 1 групі переважала матка 9–11 тиж – в 11 (27,5%) хворих, в 2 групі – 6–8 тиж – в 21 (51,2%), в 3 групі – 12–15 тиж – в 19 (45,3%), в 4 групі – в 14 (46,7%) розмірів роз ступеня матки не перевищували 6–8 тижневому терміну вагітності.

Найбільш достовірним методом діагностики аденоміозу є комплексне морфологічне дослідження. Були вивчені видалені матки і придатки від 153 прооперованих хворих і зскрібки ендометрія після роздільного лікувально-діагностичного вишкрібання матки.

При макроскопічному дослідженні 153 макропрепаратів мало місце збільшення розмірів матки від 6 до 15 тиж вагітності. Матка була кулеподібної форми з рівною або горбистою поверхнею, збільшення розмірів в основному обумовлене вузлами лейоміоми. Консистенція матки в більшості випадків була нерівномірно щільною. Потовщення задньої стінки при аденоміозі наголошувалося в 68,2% випадків, передньої стінки – 32,3%, області дна – 28,4%.

Враховуючи, що при нормі місце стику ендометрія з міометрієм нерівне, в наших дослідженнях для гістологічної верифікації аденоміозу I ступеня ми орієнтувалися глибини інвазії ендометрія в міометрій 2,5–3 мм і більше, а для II ступеня аденоміозу – більше 5 мм до середини міометрія, III ступінь – ушкодження аденоміозом всього м'язового шару до серозної оболонки.

Дифузний аденоміоз зустрічався у 91,5% жінок, причому аденоміоз 2 ступеня – в 66,2% хворих і 3 ступеня – у 22,2% пацієнток. У 1 групі 2 ступінь аденоміозу зустрічався в 85,1% хворих, 3 ступінь – в 15,0%. У 2 групі аденоміоз 2 ступеня спостерігався в 78,2%, 3 ступеня – в 22,1%. У 3 групі аденоміоз 2 ступеня в 64,3%, і 3 ступеня – в 26,2%. У 4 групі аденоміоз 2 ступеня виявлений в 30,2%, а аденоміоз 3 ступеня – в 40,1% хворих.

Тканина при аденоміозі на розрізі має вигляд ділянок ущільнення неоднорідної будови, без капсули і чітких кордонів, інфільтрати, що є, вузли і дрібнокістозні утворення. Часто в товщі міометрія виявляли дрібні округлі порожнини в діаметрі від 0,2 до 1,3 см з геморагічним вмістом.

При гістологічному дослідженні ділянок міометрія, ураженого ендометріозом, встановлено, що вогнища аденоміозу були представлені залозистим і стромальним компонентами. Залозисті структури мали різну форму і величину, вистилають циліндровим епітелієм. Залози в ендометріальних гетеротипіях розташовувалися одиночно хаотичним чином і (або) у вигляді скупчень. Епітелій одношаровий, циліндровий, оточений густою круглоклітинною стромою.

Строма мала цитогенний характер і складалася з фібробластоподібних клітин з низьким вмістом колагенових волокон. У стромі міометрія спостерігалися також вогнища скупчення лімфоцитів, базофілів, макрофагів, причому наголошувалося різне число лімфоцитів, гістіоцитів. Характерною була наявність безлічі судин синусоїдального типу. Мало місце значне переважання стромального незрілого компонента над залозистим у всіх хворих, особливо у пацієнток з гіперплазією атипії.

Довкола вогнищ аденоміозу виявлялися характерні зміни міометрія: гіперплазія і гіпертрофія міоцитів, формування периваскулярних зон зростання, як при лейоміомах.

Міома матки поєднувалася з аденоміозом у всіх групах, в 60,8% випадках. В основному зустрічалася інтерстиціальна міома матки. Субмукозна міома матки зустрічалася лише в 1 і 2 групах в 7,5% і 2,4% відповідно.

Для встановлення гістологічного типу лейоміоми (ЛМ) використовували класифікацію ВООЗ 2009 р., де виділяється класична ЛМ, яка у вітчизняній літературі часто позначається як проста або звичайна ЛМ, і її гістологічні варіанти (клітинна, мітотично активна, епітеліоїдна, миксоїдна, лейоміома атипії, липолейоміома і так далі). У дослідженні зустрічалися проста, клітинна і мітотично активна лейоміоми матки.

Лейоміоми були представлені як поодинокими, так і первинно-множинними пухлинами. Поодинокі вузли міоми виявлені у 32,1% жінок, множинні – в 67,9%. Вузли мали діаметр від 1 до 15 см (до 15 тиж), біло-рожевого кольору, шаруватого виду. Переважали вузли між'язової і субмукозної локалізації. У

10 жінок (6,5%) визначалися вогнища вторинних змін: ділянки некрозу і гіалінозу, які, як правило, локалізувалися в субсерозних вузлах.

У 17,6% спостереженнях аденоміоз поєднувався з простою лейоміомою матки, представленою вузлами з щільною білястою волокнистою тканиною з чіткими межами і частіше у вигляді поодиноких вузлів. Мікроскопічно проста лейоміома складалася з коротких пучків гладком'язових клітин, що переплітаються, з вираженими прошарками зрілої сполучної тканини, що містить велику кількість колагенових волокон. Від довколишнього міометрія вузли відокремлені псевдокапсулою, представленою прилеглим шаром підлягаючого зберіганню міометрія. Клітинні міоми макроскопічно виглядають у вигляді вузлів з щільною білуватою волокнисто-вузлуватою тканиною з чіткими межами і частіше у вигляді множинних вузлів. При мікроскопічному дослідженні клітинні міоми представлені щільно розташованими пучками гіпертрофованих лейоміоцитів, що погано контурують, великих в порівнянні з клітинами міометрія розмірів, округлої форми з великими гіперхромними ядрами витягнутої форми. Від довколишнього міометрія клітинні лейоміоми відмежовані добре вираженою псевдокапсулою. Ознаки атипізму клітин і фігури мітозів відсутні. Відмітною особливістю клітинних лейоміом є велика щільність клітин пухлини, що, ймовірно, свідчить про їх накопичення і подовження життя. Часто найбільші клітинні ділянки виявляються довкола судин у вигляді периваскулярних муфт.

В 19,1% хворих аденоміоз поєднувався з мітотично активною міомою матки. Мітотично активна лейоміома матки макроскопічно представлена вузлами з щільної білуватої волокнисто-вузлуватої тканини з чіткими межами і частіше у вигляді множинних вузлів. Мітотично активні лейоміоми характеризується наявністю гіпертрофованих лейоміоцитів і незрілої судинної строми. На відміну від простої і клітинної лейоміоми зустрічаються фігури мітозу від 5 до 10 в 10 полях зору при великому збільшенні (x400).

Отже, аденоміоз у поєднанні з хронічним ендометритом характеризувався наявністю в більшості випадків мітотично активної міоми матки з центрипетальним зростанням і субмукозним розташуванням вузлів, що визначило клінічну картину захворювання і тактику лікування.

Досліджуючи стан ендометрія матки, в справжньому дослідженні ми дотримувалися класифікації гіперпластичних процесів ендометрія, згідно якої виділяються наступні типи гіперпластичних процесів ендометрія: проста гіперплазія без атипії; складна гіперплазія без атипії (аденоматоз без атипії); залозисті поліпи ендометрія; проста гіперплазія атипії; складна гіперплазія атипії (аденоматоз з атипією). Виділення простої і комплексної гіперплазії засновано на ступені зміни архітекtonіки тканин – зміни співвідношення епітеліального і стромального компонентів.

У цілому поліпи зустрічалися в 6,5% випадках у хворих 2 групи. Поліпи ендометрія в 91,1% спостережень виявилися поодинокими, в 8,9% – множинними. Основна локалізація була в області дна (52,2%), трубних кутів порожнини матки (15,1%) і по задній стінці матки (33,3%). Поверхня поліпів гладка, рожевого кольору. На розрізі поліп має губчастий вигляд. Поліпи склалися з

проліферуючих залоз базального типу, строма була представлена фіброзними і м'язовими елементами. Залози в поліпі розташовувалися нерівномірно, безладно, різної величини і форми, одні залози вузькі, інші розширені, інколи деновидної форми.

У 19,6% випадків діагностована проста типова залозиста гіперплазія ендометрія, без клітинної і ядерної атипії. При вишкрібанні слизової оболонки порожнини матки отримували рожеву тканину, а у випадку з крововиливами – невеликий зскрібок строкатого вигляду. При дослідженні ендометрія видаленої матки макроскопічно (у випадках діагностування простої типової залозистої гіперплазії) визначалася потовщена слизова оболонка, завтовшки до 12–20 мм, частіше з гладкою, рівною, рідше з нерівною поверхнею. При гістологічному дослідженні відзначали збільшення кількості як залозистих, так і стромальних клітин з реєстрацією в них фігур мітозу, що свідчить про активну проліферацію, але мало місце значне переважання стромального компонента над залозистим у всіх хворих. У хворих з гіперплазією атипії ендометрія строма незріла, залози округлі і різні по величині, вистилають високим призматичним епітелієм з багаторядний розташованими ядрами. Ядра овальні або дещо витягнуті, колбасоподібні, багаті хроматином, цитоплазма базофільна.

У репродуктивному віці проста типова залозиста гіперплазія ендометрія наголошувалася у 13,1% пацієнток, в перименопаузальному періоді проста гіперплазія наголошувалася в 6,5%. Складна типова залозиста гіперплазія ендометрія зустрічалася в 26,8% спостережень і характеризувалася наявністю тісно розташованих залоз з підвищеною структурною складністю. У перименопаузальному віці складна типова гіперплазія спостерігалася у 5,2% жінок, в постменопаузі у 2,1% пацієнток. При складній типовій гіперплазії наголошується більш виражена многорядність епітелію, чим при простій гіперплазії. Ядра однорідні по ступені і формі, кількість мітозів варіює. Із-за переважання залозистого компонента стромальні клітини здавлені і набувають веретеноподібної форми.

У наших дослідженнях для визначення атипичної гіперплазії ми дотримувалися наступних критеріїв: 1) втрата полярності розташування ядер; 2) незвичайна форма ядер (частіше округла форма); 3) поліморфність ядер; 4) порізанна ядерна мембрана; 5) щільний хроматин.

У власних спостереженнях в 21,6% випадків зустрічалася проста атипична гіперплазія, яка схожа по будові з простою типовою гіперплазією ендометрія. Залози при простій атипичній гіперплазії мають округлу або овальну форму, але розташовані тісно з незначними прошарками цитогенної строми між залозами. Частина залоз має неправильну форму, проте вони зустрічаються рідко. Але основною ознакою була наявність клітинної і ядерної атипії. У наших спостереженнях проста атипична гіперплазія зустрічалася в 10,4% в репродуктивному і в 11,1% – в перименопаузальному віці.

Складна атипична залозиста гіперплазія ендометрія в перименопаузальному віці спостерігалася в 2,6% і в постменопаузі – в 3,3% випадків. Макроскопічно при дослідженні зскрібків часто виникали значні труднощі при диференціюванні від аденокарциноми ендометрія. Складна атипична гіперплазія ен-

дометрія відрізнялася вираженою проліферацією епітеліального компонента у поєднанні з явищами атипії на тканинному і клітинному рівнях, але без інвазії базальної мембрани залозистих структур. Для епітеліального компонента характерне дуже тісне розташування залоз з вузькими прошарками строми між ними. Наголошувалося переважання залозистого компонента над стромальним. Епітелій, що вистилає залози, складається з більших, на відміну від типової гіперплазії, клітин. Цитоплазма досить розвинена, ядра поліморфні, як з гіперхромною, так і гіпохромним забарвленням. Блідше забарвлення ядер наголошувалося при більш виражених ступенях атипії. Також наголошувалося порушення полярності розташування ядер, що зростає у міру вираженості атипії.

Кісти і кістоми яєчників відмічені у 47,7% жінок, серед яких кістозноатрезовані фолікули зустрічалися в найбільшому відсотку – в 21,6% випадків. Функціональні кісти відмічені в 9,8% випадків у жінок репродуктивного віку. У 2 групі найчастіше визначалися кісти і кістоми яєчників, в структурі яких переважали функціональні кісти – в 24,4% і кістозноатрезовані фолікули – в 22,1%. Ендометріодні кісти виявлені лише в 1 групі – в 7,5% хворих. Високий відсоток запальних захворювань яєчників – хронічний оофорит відмічений в 68,6% хворих. Хронічний неспецифічний запальний процес був представлений у вигляді лімфо-плазмоклітинної, з домішкою макрофагів і нейтрофільних лейкоцитів, інфільтрацією. У 1 групі хронічний оофорит зустрічався найчастіше – в 92,5% випадків, у кожній п'ятій жінки була виявлена серозна кіста яєчника – в 20,1%. У 3 групі більш ніж в половині жінок спостерігався хронічний оофорит (57,1%), і кістозноатрезовані фолікули (38,2%). У 4 групі також високий відсоток хронічного оофориту (63,3%).

Запальні зміни маткових труб виявлялися в 48,4% випадків, переважно в 1 групі (90,2%). Макроскопічно труби відрізнялися укороченням або подовженням розміру, утворенням вигинів, потовщенням і ущільненням їх стінок. Серозна оболонка видалених труб мала білясте забарвлення з наявністю поодиноких або множинних дрібно-кістозних утворень, з гладкою внутрішньою поверхнею і прозорою жовтуватою рідиною. При мікроскопічному дослідженні в маткових трубах найчастіше (85,3%) виявлявся гіперпластичний тип будови слизової оболонки, який характеризувався збільшенням висоти епітеліального пласта, зростанням питомої щільності клітин, гальмуванням дозрівання невідчастих клітин.

У пре- і постменопаузальному періодах в маткових трубах були вікові зміни: епітелій ендосальпікса типу, що покоїться, у поєднанні з атрофічними процесами, із сплюсненням війчатих клітин, значне зменшення числа невідчастих клітин, а також відмічені виражені склеротичні зміни.

Захворювання шийки матки, такі, як хронічний ендцервіцит (72,1%) і ектопія шийки матки (68,2%), зустрічалися більш ніж в половині пацієнток всіх груп. Комплексна оцінка стану шийки матки у хворих аденоміозом здійснювалася на підставі наступних досліджень: морфологічного дослідження видалених маток; морфологічного дослідження зскрібка цервікального каналу; узяття мазків з екто- і ендцервікса; розширеної кольпоскопії і біопсії шийки матки. У

72,5% випадків були виявлені запальні зміни (ендоцервіцити), що виявлялися неспецифічною запальною інфільтрацією з лімфоїдних, плазматичних клітин і лейкоцитів. Ектопія шийки матки виявлена у 68,2% жінок. CIN 1–2 виявлені в 9,8% хворих, виявлені у всіх групах, в найбільшому відсотку в 4 групі – у 13,3% пацієнток. CIN 3 виявлена в 2, 3 групах (по 1 злучаю), і в 4 групі у 2 жінок (6,7%). Лейкоплакія виявлена в 17,2% хворих, в найбільшому відсотку випадків в 4 групі – в 23,3%. Ендометріоз шийки матки виявлений в 6,5% хворих, фіброзний поліп цервікального каналу виявлений у 14,4% пацієнток.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, що призводить до дисбалансу гормонального гомеостазу, хронічних запальних захворювань ендометрія, створюють передумови для проліферативних процесів в матці і яєчниках, розвитку аденоміозу, міоми матки, гіперплазії строми яєчників, гіперплазії ендометрія від простої типової гіперплазії без атипії до складної атипової гіперплазії. Встановлені морфологічні особливості поєднаної патології необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Особенности сочетанной патологии матки у женщин репродуктивного возраста с позиций морфологических изменений А. В. Колесник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что обтяженный акушерско-гинекологический анамнез, приводящий к дисбалансу гормонального гомеостазу, хроническим воспалительным заболеваниям эндометрия, создают предпосылки для пролиферативных процессов в матке и яичниках, развитию аденомиоза, миомы матки, гиперплазии стромы яичников, гиперплазии эндометрия от простой типичной гиперплазии без атипии до сложной атипичной гиперплазии. Установленные морфологические особенности сочетанной патологии необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки, репродуктивный возраст.

### Features combination pathologies of uterus at women of reproductive age from positions of morphological changes A. V. Kolesnik

Results of the spent researches testify that the burdened obstetrical-gynecologic anamnesis leading to a disbalance of a hormonal homeostasis, to chronic inflammatory diseases endometria, preconditions for proliferative processes in a uterus and ovariums, to development adenomyose create, uterus myomas, hyperplasia of stroma ovariums, hyperplasia of endometrium from idle time typical hyperplasia without atypia to difficult atypical hyperplasia. The established morphological features combination are necessary for considering pathologies by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** combination uterus pathology, 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 аденомиоза 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.
4. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозная болезнь. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л». – 2002. – 452 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – М.: Медицина, 2009. – 463 с.
6. Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицинское информационное агентство – 2008. – 768 с.

УДК 618.16-007.415-02:616.441-008.64

## Особливості клінічного перебіг генітального ендометріозу за наявності супутньої гіпофункції щитоподібної залози

*В.І. Бойко, Т.Н. Колесникова**Медичний інститут Сумського державного університету МОН України*

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу у поєднанні з гіпофункцією щитоподібної залози. При гіпотиреозі має місце значно частіша локалізація ретро-цервікального ендометріозу і наявність поширених форм зовнішнього генітального ендометріозу. Не дивлячись на відсутність гіперполіменореї при зовнішньому генітальному ендометріозі, поєднання його з гіпотиреозом часто супроводжується анемією легкого ступеня. Жінки репродуктивного віку із зовнішнім генітальним ендометріозом на тлі гіпофункції щитоподібної залози достовірно частіше відзначають безпліддя і невиношування вагітності на ранніх термінах, причому в переважній більшості випадків на тлі вагітності, що не розвивається. Виявлено також частіше інфікування пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом у поєднанні з гіпотиреозом герпесвірусної і уреоплазменної інфекціями. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення цих пацієнток.

*Ключові слова:* зовнішній генітальний ендометріоз, гіпотиреоз, клінічний перебіг.

В даний час ендометріоз є однією з найбільш важливих проблем гінекології. Не дивлячись на більш ніж столітній період, що пройшов з моменту опису цього захворювання, дана проблема не лише не втратила своєї актуальності, але й залишається епіцентром дискусій і предметом постійних наукових досліджень.

Генітальний ендометріоз в структурі гінекологічної захворюваності займає третє місце. Частота його коливається від 10% до 59% [1–5], і є найбільш поширеною причиною, що призводить до госпіталізації і гістеректомії.

Зовнішній генітальний ендометріоз є медико-соціальною проблемою, оскільки до нього схильні жінки молодого репродуктивного віку (21–40 років), і при вираженому ушкодженні геніталій веде до частой і тривалої непрацездатності і безпліддя. Ендометріоз частіше зустрічається у жінок інтелектуальної праці, з високим соціальним рівнем, великою емоційною напругою, хронічним стресом, що живуть в несприятливій екологічній обстановці і мають невелику кількість пологів [6–9].

Патогенез цього захворювання до кінця не вивчений і представляється хронічним, багатофакторним, прогресуючим, рецидивуючим захворюванням, з оз-

наками автономного зростання гетеротипії і порушенням біологічної активності клітин ектопічного ендометрія [2, 4].

Результати досліджень останніх років свідчать про істотну роль екстрагенітальної патології в генезі зовнішнього генітального ендометріозу, особливо в тому плані, що дана патологія розвивається на тлі порушеної імунної рівноваги а саме активації В-лімфоцитарної системи при одночасному розвитку Т-клітинного імунodefіциту [7, 9].

Одним з основних варіантів соматичної захворюваності у жінок репродуктивного віку є гіпофункція щитоподібної залози (ЩЗ) у вигляді гіпотиреозу. Відхилення від фізіологічної секреції тиреоїдних гормонів, що є модуляторами дії естрогену на клітинному рівні, можуть сприяти прогресу порушень гісто- і органогенезу гормоночутливих структур і формуванню ендометріозу [5, 6].

У той же час, наукові дані про стан тиреоїдного статусу при зовнішньому генітальному ендометріозі і його ролі у виникненні, розвитку і перебігу захворювання досить нечисельні і суперечливі, що визначає актуальність справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** установити особливості клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу при гіпотиреозі.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 110 хворих репродуктивного віку від 20 років до 41 року із зовнішнім генітальним ендометріозом.

Усіх жінок розподілили на дві групи. До першої групи увійшли 50 пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ) без патології ЩЗ, в другу – 60 жінок з ЗГЕ і супутнім гіпотиреозом.

Клінічні групи пацієнток сформовані таким чином: першу групу склали 10 (20%) хворих, які лікувалися з приводу безпліддя і в ході обстеження у них були виявлені вогнища ЗГЕ по очеревині малого тазу; 15 (30%) звернулися до гінеколога із скаргами на дисменорею, диспареунію, болям в області таза і при комплексному обстеженні був виявлений ЗГЕ; 25 пацієнток (50%), які поступили на планове оперативне лікування з приводу ендометріодних кіст яєчників.

По локалізації процесу розподіл хворих в першій групі був таким чином: 8 хворих (16%) мали ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ); 17 (34%) ендометріоз очеревини малого тазу (ЕО); 25 (50%) – ендометріодні кісти яєчників (ЕКЯ).

Другу клінічну групу склали 39 жінок (65%), які первинно зверталися до ендокринолога і лікувалися з приводу гіпотиреозу, що виник унаслідок аутоімунного тиреоїдиту (АІТ), але у зв'язку із скаргами на біль униз живота і дисменорею були обстежені у гінеколога, внаслідок чого у всіх був виявлений зовнішній генітальний ендометріоз, причому 12 (20%) з них звернулися до гінеколога із скаргами на безпліддя, при дообстеженні у п'яти жінок з них були ендометріодні кісти яєчників, в семи – вогнища ЗГЕ по очеревині малого тазу; 21 пацієнтка (35%) скаржилася на постійний біль в області таза і диспареунію, при лапароскопії у них виявлений ЗГЕ (малі форми і ендометріодні кісти), в анамнезі був перенесений АІТ, а на момент дослідження – гіпотиреоз.

З 60 пацієнток другої групи в 30 був виявлений субклінічний гіпотиреоз і в 30 – маніфестний, що дозволило розділити цю групу жінок на дві підгрупи: 2.1 підгрупа – хворі з субклінічним гіпотиреозом і 2.2 – пацієнтки з маніфестним гіпотиреозом.

До 2.1 підгрупи увійшли 4 пацієнтки (13,3%) з ЕО; 6 (20%) з поширеними формами ЗГЕ; 8 (26,7%) з ЕКЯ і 12 (40%) з РЦЕ.

До 2.2 підгрупи увійшли 4 жінки (13,3%) з поширеними формами ЗГЕ; 4 (13,3%) з РЦЕ; 9 (30%) з ЕБ і 13 (43,3%) з ЯКЯ.

Середній вік жінок в першій групі склав  $31,7 \pm 1,7$  року і виявився достовірно нижче ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з хворими в другій групі ( $35,4 \pm 1,3$  року).

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні і функціональні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженнях проведено порівняльний аналіз клінічного перебігу ЗГЕ без патології ЩЗ і при гіпотиреозі.

Кількість хворих з ендометріодними кістами яєчників була порівняна в обох групах і склало 50% (25 жінок) в першій групі і 35% (21 жінка) в другій групі.

Що стосується ретроцервікального ендометріозу (РЦЕ), то кількість його в другій групі (16 жінок – 26,7%) мало тенденцію до збільшення відносно першої групи (8 жінок – 16%), а достовірні відмінності виявлені при порівнянні хворих по підгрупах. Так, за наявності субклінічного гіпотиреозу (2.1 підгрупа) РЦЕ зустрівся у 12 жінок (40%), що виявилось достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) порівняно з 1 групою (8 жінок – 16%).

Особливу увагу звертає на себе той факт, що поширені форми ЗГЕ (поєднання ендометріодних кіст яєчників, ретроцервікального ендометріозу, ендометріозу очеревини малого тазу і шийки матки) мали місце лише в 2 групі: у 6 (20%) жінок з супутнім субклінічним гіпотиреозом, і в 4 (13,3%) – з маніфестним.

Слід зазначити, що проявами гіпотиреозу, особливо маніфестного, є наступні симптоми: набряклі кінцівки, ожиріння, пониження температури тіла, уповільнення мови, охриплий голос, сонливість, загальмованість, парестезії, зниження пам'яті, порідшення волосся на голові, гіперкератоз шкіри ліктів, анемія, дискінезія жовчовивідних шляхів і депресія.

Як відомо, основним клінічним симптомом ЗГЕ є больовий синдром, при аналізі якого виявлені деякі його особливості при поєднанні даної патології з гіпотиреозом. Дисменорея мала місце у 30 жінок (50%) 2 групи, що достовірно рідше ( $p < 0,05$ ) порівняно з 1 першою групою (36 чоловік – 72%), причому різниця найбільш виражена в групі хворих з субклінічним гіпотиреозом ( $p < 0,001$ ).

Аналізуючи прояв постійного ниючого тазового болю, не пов'язаного з менструацією, по групах істотних відмінностей не встановлено ( $p > 0,05$ ), так її відзначали 56% (28 хворих) – 1 групи і 60% (36 жінок) – 2 групи.

Не дивлячись на те, що у пацієнток при поєднанні ЗГЕ з гіпотиреозом значно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічався РЦЕ і поширені форми, які визначають важчу течію, дисменорея і скарги на біль не були основними. Ймовірно, це пов'язано з тим, що при гіпофункції ЩЗ відбувається зниження чутливості, що сприяє зменшенню бо-



лю, а також має місце зміна емоційного стану жінки (загальмованість, апатія), і психологічна домінанта відводить гінекологічні симптоми на другий план.

Кров'яні виділення, що масять, після менструації, які є проявом гіполютеїзму при ЗГЕ, відзначено у 33 пацієнток (66%) 2 групи, що достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше порівняно з 1 групою (16 жінок – 26,7%), причому ця різниця найбільш виражена у хворих з субклінічним гіпотиреозом ( $p < 0,001$ ).

Власні дослідження показали, що при поєднанні ЗГЕ і гіпотиреозу значно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічалася олігоменорея (18 жінок – 30%), порівняно з 1 групою (7 жінок – 14%) - за рахунок пацієнток з наявністю субклінічного гіпотиреозу ( $p < 0,05$ ).

Особливе місце в клінічних проявах ЗГЕ займає безпліддя, причому у пацієнток з ЗГЕ і гіпотиреозом воно незрідка є єдиною гінекологічною скаргою цих хворих.

Виявлено, що кількість пацієнток з безпліддям в 2 групі – 22 (36,7%), що достовірно вище ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з хворими з ЗГЕ без патології ЩЗ (10 жінок – 20%). Слід зазначити, що у жінок з ЗГЕ і субклінічним гіпотиреозом безпліддя зустрілося в 23,3% випадків (7 жінок), а з маніфестним – в 50% випадків (15 жінок). Виявлено достовірне збільшення числа безплідних жінок з ЗГЕ і маніфестним гіпотиреозом порівняно з пацієнтками 1 групи ( $p < 0,001$ ), а також порівняно з хворими з ЗГЕ і субклінічним гіпотиреозом ( $p < 0,05$ ).

Досить цікавими виявилися анамнестичні відомості про мимовільне переривання вагітності у обстежених пацієнток. Так, кількість мимовільних викиднів раннього терміну в 2 групі (у хворих з гіпофункцією ЩЗ) виявилася вищою – 18 (58,1%) жінок, порівняно з аналогічним показником в 1 групі – 8 (28,57%)  $p < 0,05$ . Причому, великим ризиком переривання вагітності з'явився субклінічний гіпотиреоз (38,7% – 12 жінок,  $p < 0,05$ ). Особливо слід зазначити, що в 32,3% (10 жінок) викиднів відбувалися на тлі вагітності, що не розвивається, що достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше порівняно з пацієнтками з ЗГЕ без патології ЩЗ (3 хворі – 10,7%).

Згідно власним спостереженням при поєднанні ЗГЕ і гіпотиреозу досить часто має місце легкий ступінь анемії (25% випадків – 15 жінок), що достовірно вище порівняно з 1 групою хворих (10% – 5 жінок)  $p < 0,05$ . Слід зазначити що, у всіх пацієнток унеможливлено постгеморагічну анемію.

Звертає на себе увагу також частіша наявність доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія в 2 групі жінок. Так, кількість хворих з гіперплазією ендометрія в 2 групі (15% – 9 жінок) була достовірною вище порівняно з 1 групою пацієнток (4% – 2 жінки,  $p < 0,05$ ).

Всіх пацієнток 1 і 2 групи було обстежено на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Отримані результати показали, що герпесвірусною інфекцією інфіковано 43 жінки (71,7%), уреоплазменною інфекцією – 25 хворих (41,7%) 2 групи, що виявилася достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) порівняно з хворими першої групи.

Клінічний прояв ЗГЕ при поразці ІППП у хворих в 2 групі мав деякі особливості. Так, у жінок з уреоплазмозом інфекцією за наявності субклінічного гіпотиреозу (8 жінок – 26,7%) достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічалися ЕКЯ порівняно

з 1 групою пацієнток (4 жінки – 8%), а також в 20% випадків (6 хворих) мали місце поширені форми ЗГЕ. Що стосується герпесвірусної інфекції, то вона виявлена у всіх пацієнток 2 групи з поширеними формами ЗГЕ.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу у поєднанні з гіпофункцією ЩЗ. При гіпотиреозі має місце значно частіша локалізація ретроцервікального ендометріозу і наявність поширених форм зовнішнього генітального ендометріозу. Не дивлячись на відсутність гіперполіменореї при зовнішньому генітальному ендометріозі, поєднання його з гіпотиреозом часто супроводжується анемією легкого ступеня. Жінки репродуктивного віку із зовнішнім генітальним ендометріозом на тлі гіпофункції ЩЗ достовірно частіше відзначають безпліддя і невиношування вагітності на ранніх термінах, причому в переважній більшості випадків на тлі вагітності, що не розвивається. Виявлено також частіше інфікування пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом у поєднанні з гіпотиреозом герпесвірусної і уреоплазменною інфекціями. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення цих пацієнток.

### Особенности клинического течения генитального эндометриоза при наличии сопутствующей гипопункции щитовидной железы

*В.И. Бойко, Т.Н. Колесникова*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей клинического течения наружного генитального эндометриоза в сочетании с гипопункцией щитовидной железы. При гипотиреозе имеет место значительно более частая локализация ретроцервикального эндометриоза и наличие распространенных форм наружного генитального эндометриоза. Несмотря на отсутствие гиперполименореи при наружном генитальном эндометриозе, сочетание его с гипотиреозом часто сопровождается анемией легкой степени. Женщины репродуктивного возраста с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипопункции щитовидной железы достоверно чаще отмечают бесплодие и невынашивание беременности на ранних сроках, причем в подавляющем большинстве случаев на фоне неразвивающейся беременности. Выведено также более частое инфицирование пациенток с наружным генитальным эндометриозом в сочетании с гипотиреозом герпесвирусной и уреоплазменной инфекциями. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения этих пациенток.

**Ключевые слова:** *наружный генитальный эндометриоз, гипотиреоз, клиническое течение.*

### Features clinical current genital endometriosis in presence of accompanying hypofunction of thyroid gland

*V.I. Boyko, T.N. Kolesnikova*

Results of the spent researches testify to presence of features of a clinical current external genital endometriosis in a combination to thyroid gland hypofunction. At hypothyriose much more frequent localisation of a retro-cervical endometriosis and presence of widespread forms external genital endometriosis takes place. Despite lacking hyperpolymenorea at external

genital endometriosis, its combination with hypothyriose is often accompanied by an anaemia of easy degree. Women of reproductive age with external genital endometriosis against thyroid gland hypofunction authentically mark barrenness and incompended pregnancy on early terms, and in overwhelming majority of cases against not developing pregnancy is more often. More frequent is revealed also infection patients with external genital endometriosis in a combination with hypothyriose herpesvirus and ureaplasma infections. The received results are necessary for working out of tactics of conducting these patients.

**Key words:** *external genital endometriosis, hypothyriose, a clinical current.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллаева У.А. Актуальные вопросы лечения наружного генитального эндометриоза с хроническими тазовыми болями / У.А. Абдуллаева, А.И. Ищенко, Д. Озген // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 1. – С. 41–45.
2. Адамьян Л.В. Нарушение электронно-транспортной цепи как проявление оксидативного стресса при эндометриозе / Л.В. Адамьян, Е.Н. Бугрова, В.Д. Микоян // Проблемы репродукции. – 2012. – № 5. – С. 103–107.
3. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – М.: Медицина, 2009. – 411 с.
4. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз / Э.К. Айламазян, В.В. Потин, М.А. Тарасова // Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: МЕДпресс-информ., 2011. – С. 284–302.
5. Баскаков В.П. Эндометриодная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: Н-Л, 2012. – 452 с.
6. Браверманн Л.И. Болезни щитовидной железы / Л.И. Браверманн / Под редакцией Л.И. Бравермана (Перевод с английского). – М.: Медицина, 2010. – 377 с.
7. Галкина Н.В. Диффузный эутиреоидный зоб (эпидемиология, этиология и патогенез, роль генетических факторов в развитии, лечение) / Н.В. Галкина, Н.В. Мазурина, Е.А. Трошина // Пробл. эндокринологии. – 2012. – Т. 52, № 4. – С. 49–56.
8. Гатаулина Р.Г. Функциональное состояние щитовидной железы у больных с опухолевидными образованиями яичников, страдающих бесплодием / Р.Г. Гатаулина // Вестн. акуш. и гинек. – 2011. – № 2. – С. 38–40.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2007. – № 3. – С. 66–69.

УДК 618.33-084:616-053.1

## Вплив перенесених операцій на придатках матки на тактику проведення допоміжних репродуктивних технологій

**С.М. Кукурудз**

Прикарпатський центр репродукції людини, м. Івано-Франківськ

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути направлені на консультацію лікаря-репродуктолога в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і у разі потреби розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни. Вдосконалена методика допоміжних репродуктивних технологій у цих пацієнток дозволяє понизити частоту жіночого безпліддя і підвищити ефективність настання бажаної вагітності.

**Ключові слова:** операції на придатках матки, допоміжні репродуктивні технології.

Останнім часом допоміжні репродуктивні технології все частіше використовуються у пацієнток з різними варіантами гінекологічної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1–4]. У структурі різної гінекологічної патології, при якій використовують допоміжні репродуктивні технології, зростає роль різних оперативних втручань на придатках матки [2, 3]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Жінки після допоміжних репродуктивних технологій відносяться до групи підвищеного ризику різних акушерських і перинатальних ускладнень, у тому числі й невиношування вагітності, особливо в разі початкової ендокринопатії унаслідок порушень оваріального резерву. Особливо це стосується пацієнток після перенесених операцій на придатках матки з приводу різної генітальної патології.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми допоміжних репродуктивних технологій не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення пацієнток, що перенесли різні операції на придатках матки і профілактики у них акушерських і перинатальних ускладнень.

Усе викладене вище з'явилося для нас підставою до проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з оперованими придатками на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розроблення та упровадження комплексу лікувально-діагностичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставлених завдань було проведено ретроспективне групове дослідження 342 пацієнок з безпліддям, які пройшли 435 циклів ДРТ у Прикарпатському центрі репродукції людини з 2008 по 2011 рр.

З 342 пацієнок з безпліддям 143 жінки (57,5%) мали в анамнезі оперативні втручання на придатках матки, пройшли 288 циклів ДРТ і склали основну групу дослідження (група 1).

Група 1 була розділена таким чином: 1А підгрупа – пацієнтки (73), що мали в анамнезі операції на яєчниках з приводу пухлиноподібних утворень. На підставі вивчення гінекологічного анамнезу дана група була поділена на 3 підгрупи:

- 1 підгрупа (1А-1) – 43 пацієнтки (59,0%), яким було проведено видалення ендометріюїдних кіст;
- 2 підгрупа (1А-2) – 20 пацієнок (27,3%), в яких оперативні втручання були проведені з приводу фолікулярних кіст і кіст жовтого тіла;
- 3 підгрупа (1А-3) – 10 пацієнок (13,7%) після хірургічного лікування синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ).

Контрольна (група 2) включала 199 пацієнок з безпліддям, підібраних так, щоб ізольовано оцінити вплив оперативних втручань на результати ДРТ. Нижче представлені критерії підбору контрольних груп і розділення їх на підгрупи:

2А підгрупа – пацієнтки (106) мають на момент проведення ДРТ в одному або обох яєчниках пухлиноподібні утворення. Дана група так само була розділена на 3 підгрупи:

- 2А-1: ендометріюїдні кісти (середній розмір кіст склав  $2,8 \pm 1,3$  см), були виявлені у 56 пацієнок (52,8%);
- 2А-2: функціональні кісти (фолікулярні, кісти жовтого тіла діаметром до 5см, середній розмір склав  $4,3 \pm 1,1$  см) – у 36 пацієнок (34,0%);
- 2А-3: мультифолікулярні кісти – у 14 пацієнок (13,2%).

2Б підгрупа – пацієнтки (63), які мають в анамнезі двух- або однобічні тубектомії була розділена:

- 2Б-1 підгрупа – 28 пацієнок (44,0%) яким тубектомія була проведена перед проведенням програми ДРТ (група контролю для пацієнок після реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах і наявністю одно- або двостороннього гідросальпінксу на момент проведення ДРТ);

- 2Б-2 підгрупа – 35 пацієнок (56,0%), яким тубектомія була проведена до звернення у відділення ДРТ.

Пацієнтки основної і контрольної груп за віком, тривалістю безпліддя, тривалістю менструального циклу, масо-зростовим показником між собою достовірно не розрізнялися. Вік всієї когорти пацієнок з безпліддям вагався від 22 до 35 років і в середньому склав  $29,3 \pm 3,4$  року. Тривалість безпліддя всіх пацієнок склала  $7,1 \pm 3,4$  року.

При вивченні гінекологічного анамнезу в 1Б підгрупі було встановлено, що провідною причиною, що призводить до виконання реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах, є позаматкова вагітність – 24 (43,7%), гідро-, сакто-сальпінкс – 23 (41,8%), порушена прохідність маткових труб за даними ГСГ – 8 (14,5%).

Причинами гідросальпінксу в 1Б-1 підгрупі були попередні оперативні втручання на маткових трубах, запальні захворювання органів малого тазу, хронічний сальпінгіт.

У 1Б підгрупі пацієнткам з патологією маткових труб проводилися органозберігаючі операції:

- фімбріолізис – 8 (14,5%);
- фімбріопластика – 19 (34,5%);
- сальпінгостомія – 28 (51%);

При ретроспективному аналізі 142 історій хвороби було встановлено, що пацієнтки в цілому перенесли 230 оперативних втручань: з їх числа лапароскопія – 180 (78,2%) і шляхом лапаротомії – 50 (21,8%).

Дослідження є ретроспективним, і проводилося відповідно до дизайну випадок-контроль. Як основна група (випадок) розглядалися пацієнтки з вагітністю, що настала після ДРТ. Як контроль розглядалися пацієнтки, в яких всі спроби ДРТ були не вдалими.

Дані про раніше виконані хірургічні втручання збиралися на підставі анамнезу і виписок з історій хвороби пацієнок.

Проводилося порівняння вірогідності настання вагітності після ДРТ в основній і контрольній групі по засобах розрахунку відносного ризику і статистичне порівняння пропорцій.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, мікробіологічні, ендоскопічні і статистичні.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі усіх операцій на придатках матки у жінок з безпліддям у 41% випадків мали місце операції на яєчниках; в 26% – операції на маткових трубах и в 33% – поєднані операції на яєчниках і маткових трубах.

У пацієнок з безпліддям основними варіантами операцій на яєчниках є:

- двобічна резекція яєчників – 48,0%;
- однобічна резекція яєчника – 38,4%;
- діатермокаутеризація яєчників – 8,2%;
- однобічна оваріектомія – 5,4%

на маткових трубах:

- одно- (8,5%) и двобічна тубектомія (44,9%) – 53,4%;
- реконструктивно-пластичні операції – 46,6%.

Перенесені операції на яєчниках і маткових трубах у пацієнок з безпліддям погіршують результати допоміжних репродуктивних технологій, що виявляється меншою кількістю фолікулів (на  $3,2 \pm 0,5$ ), ооцитів (на  $4,1 \pm 0,7$ ) при більшій кількості препаратів, необхідних для індукції овуляції, що є результатом зниження оваріального резерву і погіршення кровопостачання яєчників.

Вірогідність настання вагітності у жінок з операціями на яєчниках і маткових трубах в анамнезі залежить від об'єму виконаної операції, рівня збереження здорової тканини яєчників і її здатності реагувати на проведення відповідної стимуляції, кількості, інтенсивності дроблення і здібності до імплантації перенесених в порожнину матки ембріонів.

Ефективність допоміжних репродуктивних технологій вище у пацієнок з неоперованою патологією яєчників: при незначних розмірах ендометріом (37% – неоперованих і 17% – після оперованих); при функціональних кістах яєчників (46% і 25%) і при синдромі полікістозних яєчників (43% і 23%).

У пацієнок, що оперуються на маткових трубах, ефективність допоміжних репродуктивних технологій вище після проведення тубектомії в порівнянні з реконструктивно-пластичними операціями: частота настання вагітності складає 45% – після тубектомії і 30% – за наявності маткових труб, а частота імплантації 11% і 5% відповідно.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- пацієнткам з ендометріодними кістами (діаметром до 2–3 см), з функціональними кістами яєчників діаметром не більш 4 см рекомендується проведення лікування безпліддя методом допоміжних репродуктивних технологій без попереднього хірургічного лікування.

- для пацієнок з безпліддям, що мають в анамнезі операції на яєчниках, чинниками, що підвищують вірогідність настання вагітності є відмова від вичікувальної тактики і проведення допоміжних репродуктивних технологій відразу після завершення хірургічного лікування.

- реконструктивно-пластичні (органозберігаючі) операції на маткових трубах у пацієнок з безпліддям є мало перспективними, тому що механічне відновлення прохідності маткових труб у хворих з безпліддям (гідросальпінкс, позаматкова вагітність) призводять до рецидиву позаматкових вагітностей і гідросальпінксу, що диктує необхідність виконання тубектомії перед допоміжними репродуктивними технологіями.

- за наявності патології маточних труб (гідросальпінкс, функціональна неспроможність маточних труб після позаматкової вагітності) перед проведенням допоміжних репродуктивних технологій необхідне виконання двобічної тубектомії.

- всі пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути направлені на консультацію з лікарем-репродуктологом в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і у разі потреби розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність індивідуального підходу до проведення ДРТ у жінок з оперованими придатками (яєчники і маткові труби) в анамнезі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### Влияние перенесенных операций на придатках матки на тактику проведения вспомогательных репродуктивных технологий С.М. Кукурудз

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки после оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы должны быть направлены на

консультацию врача-репродуктолога в специализированное отделение для того, чтобы оценить их репродуктивную функцию и в случае необходимости, разработать эффективные методы ведения таких женщин с целью восстановления фертильности в оптимальные сроки. Усовершенствованная методика вспомогательных репродуктивных технологий у этих пациенток позволяет снизить частоту женского бесплодия и повысить эффективность наступления желанной беременности.

**Ключевые слова:** операции на придатках матки, вспомогательные репродуктивные технологии.

### Influence of transferred operations on uterus appendages at tactics of carrying out auxiliary reproductive technologies S.M. Kukurudz

Results of the spent researches testify, that patients after operative interventions on bodies of reproductive system should be directed on consultation of the doctor-reproductologist to specialised branch to estimate their reproductive function and, in case of need, to develop effective methods of conducting such women for the purpose of restoration fertility in optimum terms. The advanced technique of auxiliary reproductive technologies at these patients allows to lower frequency of female barrenness and to raise efficiency of approach of desired pregnancy.

**Key words:** operations on uterus appendages, auxiliary reproductive technologies.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюх та ін. // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 4. – С. 57–58.
2. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 147–149.
3. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс та ін. // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики: зб. наук. праць. – К. – Луганськ, 2010. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Гойда Н. Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.

УДК 618.14-006.36-072.1-089.844

## Диагностическое значение оценки рецепторного аппарата утеромиоцитов у больных с лейомиомой матки

**Е. О. Литвак**

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

Государственное управление делами

Научно-практический центр профилактической и клинической медицины

Проведенный анализ показал, что изучение особенностей рецепторного аппарата утеромиоцитов у больных с лейомиомой матки имеет существенное научно-практическое значение. Полученные результаты позволяют установить новые аспекты патогенеза лейомиомы матки и обосновать необходимость усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, морфологические особенности.

Нарушение репродуктивной функции в виде первичного и вторичного бесплодия у пациенток с лейомиомой матки достигает 60–70% [3, 4]. Эта проблема заслуживает особое мнение в связи с ростом частоты женщин активного репродуктивного возраста больных лейомиомой, с одной стороны, поздним планированием беременности (после 40 лет) – с другой. Это обусловлено ростом риска возникновения лейомиомы именно у женщин данной возрастной группы. Согласно данным литературы [1–5], у женщин с бесплодием в 12–20% случаев лейомиома матки является единственной причиной репродуктивных неудач. Однако вопрос о роли лейомиомы матки в формировании нарушений репродуктивной функции остается дискуссионным [1–5].

Несмотря на широкое внедрение современных эндоскопических технологий, абдоминальные реконструктивно-пластические операции не потеряли свою актуальность, поскольку процент больных молодого возраста, любителей сохранить репродуктивную функцию и которые страдают бесплодием или невынашиванием беременности при лейомиоме матки больших и гигантских размеров, атипичном расположении узлов, не имеет тенденции к снижению. Исходя из вышесказанного, следует отметить, что абдоминальная миомэктомия при единичных и множественных узлах лейомиомы матки больших и гигантских размеров остается актуальной и дискуссионной темой. В связи с этим, очевидная необходимость совершенствования хирургической техники реконструктивно-пластических операций на матке вне и во время беременности, а также периоперационного ведения больных с данной патологией, которая будет способствовать снижению про-

цента рецидивов опухоли и увеличению числа женщин, которые реализовали в скором будущем свои репродуктивные планы после миомэктомии.

**Цель исследования:** изучение особенностей рецепторного аппарата утеромиоцитов у больных с лейомиомой матки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 208 пациенток репродуктивного возраста от 19 до 45 лет, которым была выполнена консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом во время беременности или вне беременности, прослежены ближайшие и отдаленные результаты.

Все женщины были распределены на две клинических группы. В первую (I) клиническую группу вошла 61 пациентка, которая обратилась с клиникой угрозы прерывания беременности при наличии лейомиомы матки.

Критериями отбора для исследования среди всех обратившихся с беременностью и лейомиомой матки было: желание женщины иметь детей; узлы лейомиомы, которые препятствуют невынашиванию беременности или представляют опасность для здоровья пациентки (большие, гигантские, атипично расположенные узлы, быстрое их увеличение во время беременности, признаки деструкции узла, подтвержденные данными УЗИ). Практически во всех случаях были симптомы угрозы прерывания беременности. Пациенток с мелкими узлами, которые препятствуют невынашиванию беременности, в исследование не включали. Отбор пациенток проводили амбулаторно в научно-консультативном отделении, назначали обследование, необходимое для госпитализации, в том числе на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). При отсутствии показаний для экстренной госпитализации назначали терапию, направленную на сохранение беременности и лечение обнаруженных инфекционных процессов, а затем планомерно госпитализировали их на 14–15 нед беременности для подготовки к операции. При наличии больших, гигантских узлов, расположенных шеечно-перешеечно и кровянистых выделений из половых путей, что свидетельствует о прерывании беременности, которое началось, госпитализировали экстренно в гинекологическое отделение.

Из 61 пациентки 45 госпитализировано в плановом порядке в сроке беременности 14–19 нед, 16 – экстренно в сроке беременности 7–12 нед.

Вторую (II) клиническую группу составляли 147 женщин с лейомиомой матки. Критериями отбора было: большие и атипично расположенные узлы, бесплодие или невынашивание беременности, желание восстановить репродуктивную функцию. Отдаленные результаты прослежены от 1 до 5 лет.

Клинические и лабораторные методы исследования включали общее стандартное обследование больных с использованием клинических, биохимических, микробиологических, гемостазиологических, функциональных и морфологических методов, проводились исследования, направленные на выявление ИППП (ПЛР), а также инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические) методы исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 15 больных I группы ретроспективно пытались обнаружить взаимосвязь между состоянием рецепторного аппарата утеромиоцитов лейомиоматозного уз-

ла и клиническим течением беременности при лейомиоме матки больших и гигантских размеров.

Срок беременности у обследованных пациенток составлял 10–18 нед. Возраст варьировал от 25 до 46 лет, причем до 30 лет были всего три пациентки. В анамнезе у семи женщин были роды с благоприятным течением, у восьми должны были состояться первые роды. Течение данной беременности у всех пациенток усложнилось наличием лейомиомы матки больших размеров. Следует заметить, что у восьми беременных было диагностировано перешеечное расположение узла, который препятствует нормальному развитию плода, у остальных обнаружены гигантские размеры опухоли (от 22 до 30 нед беременности).

У одной беременной 25 лет была диагностирована гигантская лейомиома матки 9–10 нед гестации. Эта беременность у пациентки была первой. Принимая во внимание размеры опухоли (диаметр до 21 см), в 10 нед беременности ей была выполнена миомэктомия и по желанию женщины во время операции трансвагинально выполнено прерывание беременности путем выскабливания стенок полости матки. Через 1 год эта пациентка благоприятно забеременела и родила здорового ребенка.

Остальные 14 пациенток были заинтересованы в пролонгации беременности, срок которой колебался от 12 до 18 нед, причем у четырех он составлял 12–14 нед, а у остальных – 15–18 нед. Учитывая невозможность пролонгации беременности без хирургического лечения, консервативная миомэктомия была выполнена при сроках 12–18 нед гестации.

Всех 14 беременные были госпитализированы в стационар за 5–7 дней до операции, где им проводили терапию, направленную на пролонгирование беременности. Хирургическое лечение во всех случаях заключалось в энуклеации нескольких миоматозных узлов без разреза полости матки. В одном наблюдении состоялся интраоперационно разрез полости матки, после чего было выполнено удаление плодного яйца. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. В трех случаях отмечено формирование небольших гематом шва на матке (размерами не больше 1,0×1,3×2 см), которые не представляли угрозы для реабилитации пациенток. После операции 13 беременным была продолжена терапия, направленная на пролонгацию беременности. Однако, в двух случаях, несмотря на лечение, беременность сохранить не удалось: на первые и четвертые сутки соответственно состоялся самопроизвольный выкидыш. У 11 женщин был получен позитивный результат, и после комбинированного лекарственно-хирургического лечение беременность была пролонгирована, пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями для последующего лечения.

В дальнейшем 10 пациенток было родоразрешены при доношенном сроке гестации: 7 – путем операции кесарева сечения и 3 – через естественные родовые пути. Все дети родились живыми и здоровыми. В одном наблюдении преждевременные роды состоялись в сроке 32 нед, ребенок погиб на третьи сутки жизни.

Показатели уровней эстрадиола и прогестерона в плазме периферической крови беременных с эстрогензависимой и прогестеронзависимой лейомиомой приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Показатели уровня эстрадиола и прогестерона в плазме периферической крови беременных I группы с эстроген- и прогестеронзависимой лейомиомой матки**

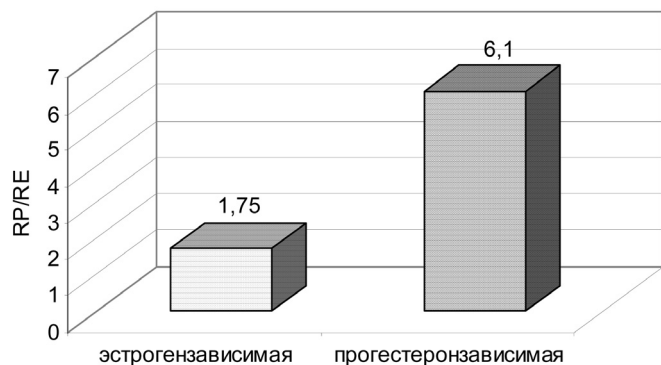
Показатели	Группа I			
	Эстрогензависимая лейомиома матки		Прогестеронзависимая лейомиома матки	
	Эстрадиол (нМ)	Прогестерон (нМ)	Эстрадиол (нМ)	Прогестерон (нМ)
Медиана	23,5	169	17,4	219
Квартиль q1	9,3	126,5	14	133,5
Квартиль q2	37	198,5	30	322,5
Min	3	29,7	10,6	48
Max	87,3	226	42,6	426

Наибольший интерес, на наш взгляд, представляет анализ результатов трех случаев, когда состоялось прерывание беременности (в двух случаях самопроизвольные выкидыши на первые и четвертые сутки после операции, в одном – интраоперационное удаление плодного яйца). В двух наблюдениях отмечали увеличение содержимого прогестерона в плазме крови в 1,6 и 2,0 раза при нормальном уровне эстрадиола. В одном случае концентрация обоих гормонов находилась в физиологичном пределе для данного срока беременности. Не была обнаружена четкую зависимость течения беременности при лейомиоме матки больших и гигантских размеров от уровня половых гормонов и их соотношения. Это можно объяснить тем, что при пассаже через печень метаболизируется до

Таблица 2

**Ровные экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрадиолу и их соотношению у беременных с эстроген- и прогестеронзависимой лейомиомой**

Показатели	Группа I					
	Эстрогензависимая лейомиома матки			Прогестеронзависимая лейомиома матки		
	RE (Фмоль/мг белка)	RP (Фмоль/мг белка)	RP/RE	RE (Фмоль/мг белка)	RP (Фмоль/мг белка)	RP/RE
Медиана	3,75	7	1,75	9	57,9	6,4
Квартиль q1	2,75	6,3	1,25	6,3	42,5	6,2
Квартиль q2	4,5	8,6	2,15	10,2	63	6,95
Min	1,5	1,4	0,5	3,6	27,1	6
Max	6,3	12,2	3,1	11,4	68,1	7,5



#### Соотношение уровней экспрессии рецепторов прогестерона и эстрадиола при эстроген- и прогестеронзависимой лейомиоме у беременных I группы

80% стероидов. Следовательно, содержание стероидов в плазме периферической крови лишь частично отображает действительную ситуацию гуморального обеспечения матки. Однако раньше было показано, что реализация действия гормонов зависит, в основном, не от содержания половых гормонов в плазме периферической крови, а от чувствительности к ним миометрия, то есть от функционирования рецепторного аппарата утеромиоцитов.

В табл. 2 представлено значение уровней экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрадиолу и их соотношению у беременных с эстроген- и прогестеронзависимой лейомиомой матки.

Наиболее информативным является не анализ отдельных параметров концентрации половых стероидов и рецепторов к ним в ткани лейомиоматозного узла, а соотношением уровней экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрадиолу, что отображено на рисунке.

Проведено ретроспективное изучение полученных результатов показало, что у 11 беременных (10 – с пролонгированной беременностью, 1 – отказалась от ее сохранения) величина коэффициента RP/RE в лейомиоматозных узлах варьировала от 0,5 до 3,0, составляя в среднем 1,86. При этом у 8 (72,7%) беременных значения данного показателя колебались от 1,5 до 1,9.

Уделяя особое внимание в нашей работе репродуктивному прогнозу, нам хотелось бы описать один случай интраоперационного прерывания беременности трансвагинальным доступом по желанию женщины. При анализе гистологического материала соотношения RP/RE составляло 1,4, что, за нашими наблюдениями было моментом, надежда которого подающей в плане реализации репродуктивной функции у этой пациентки в будущем. Через в 1,5 года она благополучно была родоразрешена.

В отличие от этого, соотношение RP/RE у трех женщин с беременностью, которая перервалась, составляло 6,0, 6,4 и 7,5, то есть больше чем в три раза пре-

вышало величину аналогичного параметру у остальных пациенток. Следует заметить, что у одной из них разрез полости матки и удаления плодового яйца состоялось интраоперационно при попытке энуклеации наибольшего интерстициального лейомиоматозного узла 11 см в диаметре, который располагался в области плацентарной площадки и увеличивался центростремительно, резко деформируя полость матки и плодное яйцо. Эта пациентка хотела сохранить беременность, но высокий показатель соотношения RP/RE (6,0) ставил под сомнение пролонгацию данной беременности, даже в случае проведения успешного хирургического лечения.

Величина соотношения RP/RE 6,0 и выше может быть расценена как показатель, характерный для прогестеронзависимой опухоли матки. Это свидетельствует о преобладающем влиянии прогестерона на развитие лейомиомы матки у этих пациенток. Другими словами, можно сказать, что у 3 (20%) из 15 беременных с лейомиомой матки была обнаружена прогестеронзависимая опухоль. Данный вывод имеет большое значение для практического акушерства, так как терапия гестагенами на ранних сроках гестации у этих женщин, по-видимому, не всегда является обоснованной, и, напротив, в некоторых случаях может способствовать быстрому росту лейомиомы. По-видимому, эти исследования необходимо продолжить на достаточном количестве материала.

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ показал, что изучение особенностей рецепторного аппарата утеромиоцитов у больных с лейомиомой матки имеет существенное научно-практическое значение. Полученные результаты позволяют установить новые аспекты патогенеза лейомиомы матки и обосновать необходимость усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

#### Діагностичне значення оцінювання рецепторного апарату утеромиоцитів у хворих з лейомиомою матки

*О.О. Литвак*

Проведений аналіз показав, що вивчення особливостей рецепторного апарату утеромиоцитів у хворих з лейомиомою матки має суттєве науково-практичне значення. Отримані результати дозволяють встановити нові аспекти патогенезу лейомиоми матки та обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** лейомиома матки, морфологічні особливості.

#### Diagnostic value of an estimation of receptors the device uteromycytes at patients with leiomyoma of uterus

*E.O. Litvak*

The carried out analysis has shown, that studying of features receptors the device uteromycytes at patients with leiomyoma of uterus has essential scientifically-practical value. The received results allow to establish new aspects patogenesis leiomyoma of uterus and to prove necessity of improvement of treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** leiomyoma of uterus, morphological features.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Доросевич А.Е. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке после консервативной миомэктомии. // Вестник Смоленской медицинской академии. – Смоленск, 2010. – 4: 26–28.
2. Коржув С.И., Иванян А.Н., Густоварова Т.А. Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин // Вестник Смоленской медицинской академии, Смоленск, 2009. – 4: 136–138.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2010. – 860 с.
4. Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2007. – С. 487–570.
5. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР, 2009. – 649 с.

УДК 618.36-06-084:618.5-06

## Корекція плацентарної дисфункції у жінок з чинниками ризику

*В.І. Бойко, О.М. Лопатка*

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Проведений аналіз даних сучасної літератури дозволяє науково обґрунтувати доцільність вживання препарату кратал для профілактики перинатальної патології у жінок з чинниками ризику фетоплацентарної недостатності. Результати проведених досліджень довели клінічну ефективність запропонованої методики, яка підтверджується результатами додаткових функціональних і лабораторних методів досліджень.

**Ключові слова:** профілактика, перинатальна патологія, плацентарна дисфункція.

В даний час проблема плацентарної дисфункції є однією з найбільш актуальних в сучасному акушерстві [1, 2]. Не дивлячись на те, що багато наукових колективів працюють над вирішенням даної проблеми, частота порушень в системі мати–плацента–плід зростає з року в рік і на сьогоднішній день досягає 60–70% [3, 4]. Основними причинами такої негативної тенденції є збільшення частоти соматичної захворюваності, зростання інфекцій, що передаються статевим шляхом, несприятливий вплив виробничих і екологічних чинників, погіршення матеріально-технічного забезпечення пологодопоміжних установ тощо.

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 різними чинниками ризику її розвитку. Все це вимагає проведення подальших наукових розробок, направлених на вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги вагітним з високим ризиком дизадапційних змін в системі мати–плацента–плід.

**Мета дослідження:** знизити частоту перинатальних ускладнень у жінок з чинниками ризику плацентарної дисфункції на основі удосконалення основних лікувально-профілактичних заходів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 жінок, які були розподілені на такі групи:

контрольна група – 50 первородящих у віці 20–25 років без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи;



I група – 50 перво- і повторнородящих з чинниками ризику плацентарної дисфункції, що отримують загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

II група – 50 перво- і повторнородящих з чинниками ризику плацентарної дисфункції, які отримували запропоновану методику.

У комплекс загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів були включені препарати, які поліпшують матково-плацентарно-плодовий кровообіг (еуфілін, курантил, аспірин, трентал); препарати, що нормалізують метаболізм і білковий обмін (оротат калія, фолієва кислота, розчини амінокислот, аскорбінова кислота, Токоферолу ацетат, препарати заліза) і рослинні адаптогени (ехінацея, валеріана, пустирник) [1].

Запропонована методика полягала в додатковому використанні окрім перелічених вище моментів препарату кратал.

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

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, ендокринологічні і статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними чинниками ризику розвитку плацентарної дисфункції були екстрагенітальна патологія (54,0%); вік первородящих до 18 або після 30 років (34,0%); безпліддя в анамнезі (24,0%); невиношування (22,0%) і різні порушення менструального циклу в предгравідарний період (18,0%). Істотних відмінностей між групами в частоті описаних вище чинників ризику не відзначено.

Під час справжньої вагітності, детальний аналіз структурних змін плацентарної дисфункції показав значне зниження при використанні мілдронату частоти багатоводдя (у 2,3 разу); маловоддя (у 2,1 разу) і затримки внутрішньоутробного розвитку плода по симетричному варіанту (у 2,9 разу). Ці дані наочно підтверджують ефективність і доцільність запропонованої лікувально-профілактичної методики.

Для адекватного оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу використаний порівняльний методологічний підхід, заснований на динаміці плацентографічних, фетометричних, гемодинамічних і ендокринологічних показників в II половині вагітності. Терміни обстеження жінок були вибрані з врахуванням отриманих результатів, а також відповідно до оптимальної оцінки порушень системі мати–плацента–плід.

Аналіз отриманих даних показав наявність достовірних змін з боку всіх показників, що вивчалися, у жінок з чинниками ризику плацентарної дисфункції. Так, підсумовуючи результати досліджень функціонального стану фетоплацентарного комплексу необхідно відзначити, що у пацієток II групи, які приймали профілактично кратал, вдалося попередити після 28 тиж вагітності декомпенсацію гемодинаміки (посилення кровотоку в маткових і пуповинних артеріях на тлі зменшення в середній мозковій артерії) і ендокринних порушень

(достовірно підвищення вмісту в сироватці крові естріолу (з 47,4(2,8 до 55,8(2,4 нмоль/л;  $p < 0,05$ ), плацентарного лактогену (з 208,7(18,4 до 269,4(22,4 нмоль/л;  $p < 0,05$ ) і хоріонічного гонадотропіну (з 269,4(22,4 до 358,9(30,8 нмоль/л;  $p < 0,05$ ) при одночасному зниженні рівня альфа-фетопротеїну (з 241,5(20,8 до 91,4(9,6 мкг/л;  $p < 0,01$ ) і кортизолу (з 821,4(27,1 до 635,7(21,8 нмоль/л;  $p < 0,05$ )). Одночасно з цим достовірно знизилася і частота плацентографічних і фетометричних змін ( $p < 0,05$ ).

Оцінюючи результати проведених морфологічних досліджень можна відзначити, що при використанні кратала у жінок з чинниками ризику плацентарної дисфункції включаються всі структурні механізми адаптації плаценти, які дозволяють зберегти морфометричні дифузні показники ворсинчастого дерева на рівні таких при фізіологічному перебігу вагітності, що є найбільш важливим компенсаторно-присосовним процесом, що дозволяє підтримувати життєздатність плода.

Безумовно, одним з основних підтверджень ефективності запропонованої профілактичної методики є істотне зниження у жінок II групи частоти передчасного розриву плодових оболонок в 2,4 разу, патологічного преліментарного періоду – в 2,2; аномалій пологової діяльності – в 2,2 разу, гіпоксії плода в пологах – в 2,3; кесарева розтину – в 2,6 разу, середньо-важких форм асфіксії новонароджених – в 2,4 разу, гіпотрофії плода – в 2,4 і перинатальних втрат – відповідно в 2,8 разу.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, профілактичне використання препарату кратал по запропонованій методиці дозволяє істотно поліпшити функціональний стан фетоплацентарного комплексу і знизити частоту перинатальної патології у жінок з чинниками ризику плацентарної дисфункції.

### Коррекция плацентарной дисфункции у женщин с факторами риска В.И. Бойко, Е.М. Лопатка

Проведенный анализ данных современной литературы позволяет научно обосновать целесообразность применения препарата кратал для профилактики перинатальной патологии у женщин с факторами риска фетоплацентарной недостаточности. Результаты проведенных исследований показали клиническую эффективность предлагаемой методики, которая подтверждается результатами дополнительных функциональных и лабораторных методов исследований.

**Ключевые слова:** профилактика, перинатальная патология, плацентарная дисфункция.

### Correction of placental dysfunction at women with risk factors. V.I. Boyko, E.M. Lopatka

The lead analysis of the data of the modern literature allows to prove scientifically expediency of application of a preparation kratral for preventive maintenance perinatal pathologies at

women with risk factors placental insufficiency. Results of the lead researches have shown clinical efficiency of an offered technique which proves to be true results of additional functional and laboratory methods of researches.

**Key words:** *preventive maintenance, perinatal a pathology, placental dysfunction.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубосарська З.М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода // Функціональні методи дослідження в акушерстві та гінекології. – Донецьк, 2012. – С. 69–78.
2. Запорожан В.М., Нізова Н.М., Рожковська Н.М. Сучасні клініко-епідеміологічні особливості затримки розвитку плода в Одеському регіоні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 5. – С. 109–112.
3. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. – М.: РАВУЗДПГ, 2008. – 208 с.
4. Шадлун Д.Р. Корекція фетоплацентарної недостатності з використанням мідронату // Одеський медичний журнал. – 2011. – № 5. – С. 62–64.

УДК 618.16-007.415-02:616.441-008.64

## Порівняльні аспекти клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу за наявності і відсутності тиреоїдної патології

**Б.М. Лисенко**

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

Державне управління справами

Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу у поєднанні з гіпофункцією щитоподібної залози. При гіпотиреозі має місце значно частіша локалізація ретроцервікального ендометріозу і наявність поширених форм зовнішнього генітального ендометріозу. Не дивлячись на відсутність гіперполіменореї при зовнішньому генітальному ендометріозі, поєднання його з гіпотиреозом часто супроводжується анемією легкого ступеня. Жінки репродуктивного віку із зовнішнім генітальним ендометріозом на тлі гіпофункції щитоподібної залози достовірно частіше відзначають безпліддя і невиношування вагітності на ранніх термінах, причому в переважній більшості випадків на тлі вагітності, що не розвивається. Виявлено також частіше інфікування пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом у поєднанні з гіпотиреозом герпесвірусної і уреаплазменної інфекціями. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення цих пацієнок.

**Ключові слова:** *зовнішній генітальний ендометріоз, гіпотиреоз, клінічний перебіг.*

В даний час ендометріоз є однією з найбільш важливих проблем гінекології. Не дивлячись на більш ніж столітній період, що пройшов з моменту опису цього захворювання, дана проблема не лише не втратила своєї актуальності, але навпроти, залишається епіцентром дискусій і предметом постійних наукових досліджень.

Генітальний ендометріоз в структурі гінекологічної захворюваності займає третє місце. Частота його коливається від 10% до 59% [1–5] і є найбільш поширеною причиною, що призводить до госпіталізації і гістеректомії.

Зовнішній генітальний ендометріоз є медико-соціальною проблемою, оскільки до нього схильні жінки молодого репродуктивного віку (21–40 років), і при вираженому ушкодженні статевих органів призводить до часті і тривалої непрацездатності і безпліддя. Ендометріоз частіше зустрічається у жінок інтелектуальної праці,

з високим соціальним рівнем, великою емоційною напругою, хронічним стресом, що живуть в несприятливому екологічному середовищі і мають невелику кількість пологів [6–9].

Патогенез цього захворювання до кінця не вивчений і представляється хронічним, багатофакторним, прогресуючим, рецидивним захворюванням, з ознаками автономного зростання гетеротипії і порушенням біологічної активності кліток ектопічного ендометрія [2, 4].

Результати досліджень останніх років свідчать про істотну роль екстрагенітальної патології в генезі зовнішнього генітального ендометріозу, особливо в тому плані, що дана патологія розвивається на тлі порушеної імунної рівноваги а саме активації В-лімфоцитарної системи при одночасному розвитку Т-кліткового імунodefіциту [7, 9].

Одним з основних варіантів соматичної захворюваності у жінок репродуктивного віку є гіпофункція щитоподібної залози (ЩЗ) у вигляді гіпотиреозу. Відхилення від фізіологічної секреції тиреоїдних гормонів, що є модуляторами дії естрогену на клітинному рівні, можуть сприяти прогресу порушень гісто- і органогенезу гормоночутливих структур і формуванню ендометріозу [5, 6].

У той же час, наукові дані про стан тиреоїдного статусу при зовнішньому генітальному ендометріозі і його ролі у виникненні, розвитку і перебігу захворювання вельми небагаточисельні і суперечливі, що визначає актуальність справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** встановити особливості клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу при гіпотиреозі.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 110 хворих репродуктивного віку від 20 років до 41 року із зовнішнім генітальним ендометріозом.

Усіх жінок було розподілено на дві групи. До першої групи увійшли 50 пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ) без патології ЩЗ, у другу – 60 жінок з ЗГЕ і супутнім гіпотиреозом.

Клінічні групи пацієнток сформовані таким чином: першу групу склали 10 (20%) хворих, які лікувалися з приводу безпліддя і в ході обстеження були виявлені вогнища ЗГЕ по очеревині малого тазу; 15 (30%) звернулися до гінеколога із скаргами на дисменорею, диспареунію, біль в області таза і при комплексному обстеженні був виявлений ЗГЕ; 25 пацієнток (50%), які поступили на планове оперативне лікування з приводу ендометріюїдних кіст яєчників.

По локалізації процесу розподіл хворих в першій групі був таким чином: 8 хворих (16%) мали ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ); 17 (34%) – ендометріоз очеревини малого тазу (ЕО); 25 (50%) – ендометріюїдні кісти яєчників (ЕКЯ).

Другу клінічну групу склали 39 жінок (65%), які первинно зверталися до ендокринолога і лікувалися з приводу гіпотиреозу, що виник унаслідок аутоімунного тиреоїдиту (АІТ), але у зв'язку із скаргами на біль внизу живота і дисменорею були обстежені у гінеколога, внаслідок чого у всіх був виявлений ЗГЕ, причому 12 (20%) з них звернулися до гінеколога із скаргами на безпліддя, при дообстеженні у 5 з них були ендометріюїдні кісти яєчників, у 7 – вогнища ЗГЕ по очеревині

малого тазу; 21 пацієнтка (35%) скаржилася на постійний біль в області таза і диспареунію, при лапароскопії у них виявлений ЗГЕ (малі форми і ендометріюїдні кісти), в анамнезі був перенесений АІТ, а на момент дослідження – гіпотиреоз.

Із 60 пацієнток другої групи у 30 був виявлений субклінічний гіпотиреоз і у 30 – маніфестний, що дозволило розділити цю групу жінок на дві підгрупи: 2.1 підгрупа – хворі з субклінічним гіпотиреозом і 2.2 – пацієнтки з маніфестним гіпотиреозом.

До 2.1 підгрупи увійшли 4 пацієнтки (13,3%) з ЕО; 6 (20%) – з поширеними формами ЗГЕ; 8 (26,7%) – з ЕКЯ і 12 (40%) – з РЦЕ.

До 2.2 підгрупи увійшли 4 жінки (13,3%) з поширеними формами ЗГЕ; 4 (13,3%) – з РЦЕ; 9 (30%) – з ЕБ і 13 (43,3%) – з ЯКЯ.

Середній вік жінок в першій групі склав  $31,7 \pm 1,7$  року і виявився достовірно нижче ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з хворими в другій групі ( $35,4 \pm 1,3$  року).

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні і функціональні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У власних дослідженнях був проведений порівняльний аналіз клінічного перебігу ЗГЕ без патології ЩЗ і при гіпотиреозі.

Кількість хворих з ендометріюїдними кістами яєчників була порівняна в обох групах і склала 50% (25 жінок) в першій групі і 35% (21 жінка) в другій групі.

Що стосується ретроцервікального ендометріозу (РЦЕ), та кількість його в другій групі (16 жінок – 26,7%) мало тенденцію до збільшення відносно першої групи (8 жінок – 16%), а достовірні відмінності виявлені при порівнянні хворих по підгрупах. Так, за наявності субклінічного гіпотиреозу (2.1 підгрупа) РЦЕ зустрівся у 12 жінок (40%), що виявилось достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) порівняно з 1 групою (8 жінок – 16%) пацієнток.

Особливу увагу звертає на себе той факт, що поширені форми ЗГЕ (поєднання ендометріюїдних кіст яєчників, ретроцервікального ендометріозу, ендометріозу очеревини малого таза і шийки матки) мали місце лише у 2 групі: у 6 (20%) жінок із супутнім субклінічним гіпотиреозом, і у 4 (13,3%) – із маніфестним.

Слід зазначити, що проявами гіпотиреозу, особливо маніфестного, є наступні симптоми: набряклі кінцівки, ожиріння, зниження температури тіла, уповільнення мови, охриплий голос, сонливість, загальмованість, парестезії, зниження пам'яті, порідшення волосся на голові, гіперкератоз шкіри ліктів, анемія, дискінезія жовчовивідних шляхів і депресія.

Як відомо, основним клінічним симптомом ЗГЕ є больовий синдром, при аналізі якого виявлені деякі його особливості при поєднанні даної патології з гіпотиреозом. Дисменорея мала місце у 30 жінок (50%) 2 групи, що достовірно рідше ( $p < 0,05$ ) порівняно з 1 групою (36 жінок – 72%), причому різниця найбільш виражена в групі хворих з субклінічним гіпотиреозом ( $p < 0,001$ ).

Аналізуючи прояв постійного ниючого тазового болю, не пов'язаного з менструацією, по групах істотних відмінностей не встановлено ( $p > 0,05$ ), так її відзначали 56% (28 хворих) 1 і 60% (36 жінок) 2 групи.

Не дивлячись на те, що у пацієнток при поєднанні ЗГЕ з гіпотиреозом значно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічався РЦЕ і поширені форми, які визначають важчий пе-

ребіг, дисменорея і скарги на біль не були основними. Ймовірно, це пов'язано з тим, що при гіпофункції ЩЗ відбувається зниження чутливості, що сприяє зменшенню болю, а також має місце зміна емоційного стану жінки (загальмованість, апатія), і психологічна домінанта відводить гінекологічні симптоми на другий план.

Кров'яні виділення, що маються, після менструації, що є проявом гіполютеїнізму при ЗГЕ, нами відмічено у 33 пацієток (66%) 2 групи, що достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше порівняно з 1 групою (16 жінок – 26,7%), причому ця різниця найбільш виражена у хворих з субклінічним гіпотиреозом ( $p < 0,001$ ).

Власні дослідження показали, що при поєднанні ЗГЕ і гіпотиреозу значно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічалася олігоменорея (18 жінок – 30%), порівняно з 1 групою (7 жінок – 14%) за рахунок пацієток з наявністю субклінічного гіпотиреозу ( $p < 0,05$ ).

Особливе місце в клінічних проявах ЗГЕ займає безпліддя, причому у пацієток з ЗГЕ і гіпотиреозом воно часто є єдиною гінекологічною скаргою цих хворих.

У дослідженні виявлено, що кількість пацієток з безпліддям в 2 групі склала 36,7% (22 людини), що достовірно вище ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з хворими з ЗГЕ без патології ЩЗ (10 жінок – 20%). Слід зазначити, що у жінок з ЗГЕ і субклінічним гіпотиреозом безпліддя зустрілося в 23,3% випадків (7 жінок), а з маніфестним – в 50% випадків (15 жінок). Виявлено достовірне збільшення числа безплідних жінок з ЗГЕ і маніфестним гіпотиреозом порівняно з пацієтками 1 групи ( $p < 0,001$ ), а також порівняно з хворими з ЗГЕ і субклінічним гіпотиреозом ( $p < 0,05$ ).

Досить цікавими виявилися анамнестичні відомості про мимовільне переривання вагітності у обстежених пацієток. Так, кількість мимовільних викиднів раннього терміну в 2 групі (у хворих з гіпофункцією ЩЗ) виявилася вищою (58,1% – 18 жінок), порівняно з аналогічним показником в 1 групі жінок (28,57% – 8 жінок)  $p < 0,05$ . Причому, великим ризиком переривання вагітності з'явився субклінічний гіпотиреоз (38,7% – 12 жінок,  $p < 0,05$ ). Особливо слід зазначити, що в 32,3% (10 жінок) викиднів відбувалися на тлі вагітності, що не розвивається, що достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше порівняно з пацієтками з ЗГЕ без патології ЩЗ (3 хворі – 10,7%).

Згідно власним спостереженням при поєднанні ЗГЕ і гіпотиреозу досить часто має місце легкий ступінь анемії (25% випадків – 15 жінок), що достовірно вище порівняно з 1 групою хворих (10% – 5 жінок)  $p < 0,05$ . Слід зазначити що, у всіх пацієток унеможливлено постгеморагічну анемію.

Звертає на себе увагу також частіша наявність доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія в 2 групі жінок. Так, кількість хворих з гіперплазією ендометрія в 2 групі (15% – 9 жінок) була достовірна вище порівняно з 1 групою пацієток (4% – 2 жінки,  $p < 0,05$ ).

Всі пацієтки 1 і 2 групи були обстежені на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПЧС). Отримані результати показали, що герпесвірусною інфекцією інфіковано 43 жінки (71,7%), уреоплазмозом – 25 хворих (41,7%) 2 групи, що виявилася достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з хворими першої групи.

Клінічний прояв ЗГЕ при ураженні ПЧС у хворих в 2 групі мав деякі особливості. Так, у жінок з уреоплазмозом інфекцією за наявності субклінічного гіпотиреозу (8 жінок – 26,7%) достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) зустрічалися ЕКЯ порівняно

з 1 групою пацієток (4 жінки – 8%), а також в 20% випадків (6 хворих) мали місце поширені форми ЗГЕ. Що стосується герпесвірусної інфекції, то вона виявлена у всіх пацієток 2 групи з поширеними формами ЗГЕ.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу у поєднанні з гіпофункцією щитоподібної залози. При гіпотиреозі має місце значно частіша локалізація ретроцервікального ендометріозу і наявність поширених форм зовнішнього генітального ендометріозу. Не дивлячись на відсутність гіперполіменореї при зовнішньому генітальному ендометріозі, поєднання його з гіпотиреозом часто супроводжується анемією легкого ступеня. Жінки репродуктивного віку із зовнішнім генітальним ендометріозом на тлі гіпофункції щитовидної залози достовірно частіше відзначають безпліддя і невиношування вагітності на ранніх термінах, причому в переважній більшості випадків на тлі вагітності, що не розвивається. Виявлено також частіше інфікування пацієток із зовнішнім генітальним ендометріозом у поєднанні з гіпотиреозом герпесвірусною і уреоплазмозною інфекціями. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення цих пацієток.

## Сравнительные аспекты клинического течения наружного генитального эндометриоза при наличии и отсутствии тиреоидной патологии

**Б.М. Лысенко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей клинического течения наружного генитального эндометриоза в сочетании с гипопункцией щитовидной железы. При гипотиреозе имеет место значительно более частая локализация ретроцервикального эндометриоза и наличие распространенных форм наружного генитального эндометриоза. Несмотря на отсутствие гиперполименореи при наружном генитальном эндометриозе, сочетание его с гипотиреозом часто сопровождается анемией легкой степени. Женщины репродуктивного возраста с наружным генитальным эндометриозом на фоне гипопункции щитовидной железы достоверно чаще отмечают бесплодие и невынашивание беременности на ранних сроках, причем в подавляющем большинстве случаев на фоне неразвивающейся беременности. Вывявлено также более частое инфицирование пациенток с наружным генитальным эндометриозом в сочетании с гипотиреозом герпесвирусной и уреоплазмозной инфекциями. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения этих пациенток.

**Ключевые слова:** *наружный генитальный эндометриоз, гипотиреоз, клиническое течение.*

## Comparative aspects clinical current external genital endometriosis at presence and absence thyroidal pathologies

**B. M. Lysenko**

Results of the spent researches testify to presence of features of a clinical current external genital endometriosis in a combination to thyroid gland hypofunction. At hypothyriose much

more frequent localisation of a retro-cervical endometriosis and presence of widespread forms external genital endometriosis takes place. Despite lacking hyperpolymenorea at external genital endometriosis, its combination with hypothyriose is often accompanied by an anaemia of easy degree. Women of reproductive age with external genital endometriosis against thyroid gland hypofunction authentically mark barrenness and incompended pregnancy on early terms, and in overwhelming majority of cases against not developing pregnancy is more often. More frequent is revealed also infection patients with external genital endometriosis in a combination with hypothyriose herpesvirus and ureaplasma infections. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting these patients.

**Key words:** *external genital endometriosis, hypothyriose, a clinical current.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллаева У.А. Актуальные вопросы лечения наружного генитального эндометриоза с хроническими тазовыми болями / У.А. Абдуллаева, А.И. Ищенко, Д. Озген // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 1. – С. 41–45.
2. Адамьян Л.В. Нарушение электронно-транспортной цепи как проявление оксидативного стресса при эндометриозе / Л.В. Адамьян, Е.Н. Бугрова, В.Д. Микоян // Проблемы репродукции. – 2012. – № 5. – С. 103–107.
3. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – М.: Медицина, 2009. – 411 с.
4. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз / Э.К. Айламазян, В.В. Потин, М.А. Тарасова // Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – С. 284–302.
5. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: Н-Л, 2012. – 452 с.
6. Браверманн Л.И. Болезни щитовидной железы / Л.И. Браверманн / Под редакцией Л.И. Бравермана (Перевод с английского). – М.: Медицина, 2010. – 377 с.
7. Галкина Н.В. Диффузный эутиреоидный зоб (эпидемиология, этиология и патогенез, роль генетических факторов в развитии, лечение) / Н.В. Галкина, Н.В. Мазурина, Е.А. Трошина // Пробл. эндокринологии. – 2012. – Т. 52, № 4. – С. 49–56.
8. Гатаулина Р.Г. Функциональное состояние щитовидной железы у больных с опухолевидными образованиями яичников, страдающих бесплодием / Р.Г. Гатаулина // Вестн. акуш. и гинек. – 2011. – № 2. – С. 38–40.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе / А.М. Герасимов // Проблемы репродукции. – 2007. – № 3. – С. 66–69.

УДК 618.145-007.415:618.173-02-07-08

## Особенности гиперпластичних процесів ендометрія у жінок з різним числом пологів в анамнезі

*Н.П. Михайлів*

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

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 кровотечами, осередкові гіперплазії ендометрія частіше в протікають безсимптомно або малосимптомно. При поліпах ендометрія хворі відзначають збільшення тривалості й/або кількості менструальних виділень і наявність больового синдрому. При поєднаннях ендометріальних поліпів і гіперплазій переважають скарги на ациклічні кровотечі. У кожній четвертій хворій з гіперпластичним процесом ендометрія в пременопаузі захворювання перебігає безсимптомно або малосимптомно. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні тактики ведення пацієнток даної групи.

**Ключові слова:** *гіперпластичні процеси ендометрія, жінки, які багато народжують.*

У даний час встановлено, що передумови для гіперпластичних змін в ендометрії у жінок в пременопаузі виникають в результаті вікових особливостей нейроендокринної регуляції в цьому віці. Відбувається зниження продукції інгібіна яєчниками, що призводить до зміни гіпоталамічної активності, одним з проявів якої є збільшення рилізінг-секреції. У результаті цього припиняється циклічна гонадотропна функція гіпофіза, наростає рівень фолікулостимулювального і лютенізувального гормонів, що призводить до персистенції або атрезії фолікулів і до абсолютної або відносної гіперестрогенії [1–3].

Не дивлячись на досягнуті успіхи в лікуванні ГПЕ, деякі питання, що стосуються етіопатогенетичної терапії цих захворювань, не вирішені остаточно. Зокрема однією з проблем є їхнє рецидивування і резистентність до гормонотерапії, особливо в групах високого ризику, до якої відносяться і жінки, що багато народжують.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки, що багато народжують, складають групу високого щодо розвитку не лише акушерських і перинатальних ускладнень, але й гормональнозалежної гінекологічної патології, до якої відносяться і гіперпластичні процеси ендометрія [1–3]. Наукові дослідження в даному напрямі є поодинокими і носять суперечливий характер.

Все викладене вище свідчить про актуальність вибраного наукового завдання.

**Мета дослідження:** вивчення клінічних особливостей доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія в пременопаузі у жінок, що багато народжують.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження приймали участь дві групи (ретроспективна і проспективна) жінок, що багато народжують, у віці 45–50 років (30 і 30 жінок), в яких виявлені поліпи і гіперплазія ендометрія, надалі іменовані «доброякісні гіперпластичні процеси в ендометрії». Ретроспективна і проспективна групи були порівнянні по своїх основних характеристиках.

Обстеження пацієнток проводили з детальним оцінюванням скарг, анамнезу, менструальної і репродуктивної функцій, лабораторних досліджень крові; ультразвуковою дослідження; оцінки ендокринологічного статусу (ФСГ, ЛГ, естрадіол і прогестерон) і гістологічного дослідження ендометрія.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що між жінками ретроспективної і проспективної груп не було істотних відмінностей за віком, частоті генітальної і екстрагенітальної патології.

Найчастішим симптомом гіперпластичних процесів ендометрія є маткові кровотечі. Хворі ретроспективної і проспективної груп пред'являли скарги, пов'язані з порушенням менструального циклу відповідно в 76,7% і 80,0% випадків. При дифузних гіперплазіях ендометрія хворі пред'являли скарги на маткові кровотечі, що виникають, як правило, після затримки менструації відповідно по групах в 73,3% і 76,7%. У 16,7% і 13,3% випадків дифузна гіперплазія ендометрія була виявлена під час профілактичного огляду.

Основні скарги хворих з поліпами ендометрія ретроспективної і проспективної груп були наступними: міжменструальні кров'яні виділення із статевих шляхів – в 26,7% і 30,0%, рясні і тривалі менструації при збереженому їх ритмі – в 20,0% і 23,3%, перименструальні кров'яні виділення – в 13,3% і 16,7%. Ці хворі скаржилися на болі в гіпогастрії в 23,3% і 26,7%. Ациклічні кровотечі відмічені в 13,3% і 10,0% спостережень. В 23,3% і 20,0% жінок з поліпами ендометрія захворювання протікало безсимптомно або малосимптомно.

Хворі з осередковими гіперплазіями ендометрія не пред'являли скарг – в 46,7% і 43,3%. При детальному опиті в 36,7% і 33,3% цих хворих виявлено деяке збільшення тривалості менструацій протягом останніх 3–18 міс до звернення. Ациклічні кровотечі відмічені лише в 16,7% і 20,0% випадків.

У хворих з поєднаною патологією ендометрія (поліпи і гіперплазія) обох груп на перший план виходили скарги на кровотечі на тлі відсутності менструацій від 2 тиж до декількох місяців – в 73,3% і 83,3% випадків. Набагато рідше наголошувалося збільшення тривалості менструацій при збереженому їх ритмі відповідно в 10,0% і 13,3%. Давність захворювання на момент звернення у хворих обох груп склала від 2 міс до 2,5 років.

Середня кількість пологів у хворих з різними гіперпластичними захворюваннями ендометрія достовірно не розрізнялася ( $4,3 \pm 0,3$  і  $4,5 \pm 0,5$ ). Відзначена висока частота ускладнень післяпологового періоду у хворих з поліпами ендометрія і поєднаною патологією ендометрія в обох групах, відповідно 43,3% і 36,7%; 40,0% і 30,0% випадків. У меншій мірі цей показник відзначений у хворих з дифузними і осередковими гіперплазіями ендометрія, відповідно по групах в 26,7% і 30,0%; 26,7% і 23,3% випадків.

Патологія шийки матки відзначена практично в третини хворих з дифузними і осередковими гіперплазіями – 33,3% і 36,7%; 33,3% і 36,7%. У хворих з поліпами і поєднаною патологією ендометрія захворювання шийки матки виявлені більш ніж в половині випадків – 56,7% і 66,7%; 53,3% і 56,7%.

Екстрагенітальна патологія зустрічалася в 86,7% і в 90,0% серед хворих обох груп. Захворювання травного тракту виявлені більш ніж в половині хворих. Практично з тією ж частотою відзначені захворювання серцево-судинної системи. Серед захворювань серцево-судинної системи переважала артеріальна гіпертензія (ця патологія відмічена практично в кожній третій з обстежуваних хворих). Більш ніж в третині хворих відмічена варикозна хвороба нижніх кінцівок.

Дослідження молочних залоз виявило наявність дифузної мастопатії по групах в 36,7% і в 33,3%, наявність кістозно-фіброзної мастопатії – в 13,3% і 10,0% жінок.

Серед хворих з дифузними гіперплазіями ендометрія в 86,2% і 89,4% показників гормонального профілю свідчили про ановуляцію. Рівень естрадіолу у цих хворих знаходився в межах 134–567 пг/мл і 110–574 пг/мл; рівень прогестерону – в межах 0,8–1,9 нмоль/л і 0,9–2,1 нмоль/л, що свідчило про гіперестрогенемію і прогестеронову недостатність. Показники ФСГ і ЛГ наближалися до верхньої межі норми, і знаходилися відповідно в межах 6,02–10,7 мМО/мл і 8,3–12,4 мМО/мл; 6,3–11,3 мМО/мл і 8,6–11,9 мМО/мл.

У хворих з поліпами ендометрія і осередковими гіперплазіями в 43,3%; 46,7% і в 46,7%; 50,0% випадків наголошувалися овуляторні цикли, але з недостатністю прогестеронової фази. При цьому у хворих з фіброзними і фіброзно-залозистими поліпами ендометрія на тлі гіпопластичного або атрофічного ендометрія рівні гонадотропних і статевих гормонів наближалися до менопауз, що свідчило про ановуляцію з гіпоестрогенемією. У хворих із залозистими і залозисто-фіброзними поліпами реєструвалися випадки овуляторних циклів, про що свідчили рівні гонадотропних і статевих гормонів в сироватці крові, ознаки секретції в доволишньому ендометрії, а так само виявлення жовтого тіла при ультразвуковому скануванні органів малого таза.

У пацієнток з осередковими і дифузними гіперплазіями і поєднаною патологією ендометрія без лікування рецидиви наставали більш ніж в половині випадків. При цьому основна кількість рецидивів приходилася на перші 6 міс спостереження. Аналогічна картина спостерігалася при поєднанні ендометріальних поліпів і гіперплазій, при чому при зверненні у зв'язку з рецидивом у всіх цих хворих в гістологічному матеріалі з порожнини матки була виявлена дифузна гіперплазія ендометрія. Ендометріальні поліпи рецидивували лише в третині випадків, і рецидиви були відмічені в основному через рік і більш.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, клінічні прояви гіперпластичних захворювань ендометрія в пременопаузі у жінок, що багато народжують, залежать від їх морфологічного варіанту. Дифузні гіперплазії ендометрія виявляються ациклічними матковими кровотечами в 73,3–76,7% випадків. Осередкові гіперплазії ендометрія в 43,3–46,7% випадків протікають безсимптомно або малосимптомно. При поліпах ендометрія хворі відзначають збільшення тривалості і кількості менструальних виділень – в 20,0–23,3%, міжменструальні кров'яні виділення – в 26,7–30,0%. У 23,3–26,7% випадків при цій

патології присутній больовий синдром. При поєднаннях ендометріальних поліпів і гіперплазій переважають скарги на ациклічні кровотечі – 73,3–83,3%. У кожного четвертого хворого з гіперпластичним процесом ендометрія в пременопаузі захворювання протікає безсимптомно або малосимптомно. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток даної групи.

### **Особенности гиперпластических процессов эндометрия у женщин с различным числом родов в анамнезе**

**Н.П. Михайлив**

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 чаще 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:** гиперпластические процессы эндометрия, многорожавшие женщины.

### **Features of hyperplastic processes endometrium at women with various number of labors in anamnesis**

**N.P. Mihayliv**

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 litesymptoms. 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 litesymptoms. The received results are necessary for considering by working out of tactics of conducting patients of the given group.

**Key words:** hyperplastic processes endometrium, multigiving birth women.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Брауде И.Е. Гистерэктомиа у многорожавших женщин по поводу генитальной патологии // Збірник наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – вип. 16. – К. 5. – К., 2007. – 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.
4. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: МИА, 2008. – 247 с.
5. Сімрок В.В. Гормональні показники у хворих із доброякісною патологією матки / В.В. Сімрок // Ендокринологія. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 10–15.

6. Коханевич Е.В. Гиперпластические процессы и рак эндометрия / Е. Коханевич, К.П. Ганина, В.Е. Мицкевич [и др.] // Журнал практического врача. – 2008. – № 4. – С. 23–31.

7. 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.

8. 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.

УДК 618.3-036.1-06

## Роль нереализованной репродуктивной функции в генезе рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки

**С.Н. Николишин**

Национальная медицинская академия последипломного 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 снизить 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, но 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 противoinфекционной 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 особого внимания изучение 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 рецидивирующими фоновыми заболеваниями шейки матки: 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 группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших радиоволновую терапию;

2 группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших кроме радиоволновой терапии иммунотропную терапию;

3 группа – 30 нерожавших женщин с РФЗШМ, получавших криодеструкцию;

4 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 возможны, но лишь в сроки до 22 недель).

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 «Сургитрол 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 минут после первого.

В качестве иммунотропной терапии применили: 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 индивидуальный подбор под контролем иммунологических методов исследования

В комплекс методов исследования были включены клинические, функциональные и лабораторные методы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что нереализованная репродуктивная функция женщин 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 сальпингофорита (26,7%); изменений биоценоза 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 недель от начала лечения и сопровождается нормализацией картины мазков соскобного материала из уретры, влагалища, цервикального канала, уменьшением числа лейкоцитов, количества слизи, исчезновением дрожжевого мицелия, уменьшением числа кокков, мелких палочек, появлением большого числа лактобактерий. Полная эпителизация раневой поверхности происходила на  $5,9 \pm 0,6$  дней раньше на фоне иммунокоррекции, а через 6 недель отмечена элиминация патогенного агента и улучшение регенеративных процессов в шейке матки, которая свидетельствует об эффективности дополнительного использования иммуномодулирующей терапии.

Частота рецидивирования фоновых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин составила 10,0%, причем лишь в случаях без дополнительного использования иммуномодулирующей терапии. Усовершенствованный нами алгоритм позволяет нормализовать кольпоскопическую картину, состояние микробиотоза 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 иммуномодулирующей терапии позволяет повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивирования у нерожавших женщин. Это позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Роль нереализованной репродуктивной функции в генезе рецидивирующих фоновых заболеваний шейки матки С.М. Николишин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что комплексный подход к решению сложной задачи с дополнительным включением иммуномодулирующей терапии позволяет повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивирования фоновых заболеваний шейки матки у женщин, 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 S.M. Nykolyshyn

Results of the spent researches testify that the complex approach to the decision of a difficult scientific problem with additional of immunocorrection therapies efficiency of treatment and low allows to raise frequency recediving background diseases of cervix uterus at not giving birth women. It allows to recommend the given technique for wide application in practical public health services.

**Keywords:** pathology of cervix uterus, treatment tactics.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк И.Б., Кондратюк В.К., Юнгер В.И. Генферон в комплексном лечении фоновых процессов шейки матки у пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий // Здоровье женщины. — 2009. — № 8. — С. 40–45.
2. Гойда Н.Г. Стан та проблеми організації надання медичної допомоги жінкам з онкогінекологічною патологією // Злоякісні новоутворення. — Київ: Телеоптик, 2009. — С. 5–6.
3. Дубініна В.Г., Кузєва Н.Г. Оптимізація лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії // Репродуктивне здоров'я жінки. — 2008. — № 5. — С. 216–217.
4. Товстановская В.А. Причины возникновения дисплазии шейки матки у девочек-подростков // Здоровье женщины. — 2010. — № 1. — С. 212–217.

УДК 618.145-007.415-06:618.17-007.18-084

## Коррекция преждевременной инволюции яичников у женщин с генитальным эндометриозом

А.А. Трушкевич, А.Д. Мысенко

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о негативном влиянии генитального эндометриоза на инволютивные процессы женского организма, включая и репродуктивную функцию. Предлагаемый нами алгоритм позволяет замедлить преждевременную инволюцию при одновременном снижении частоты патологических клинических проявлений и дисгормональных нарушений. Это позволяет рекомендовать разработанный алгоритм для внедрения в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, яичники.

Среди основной патологии репродуктивной системы в современное время одно из ведущих мест занимает генитальный эндометриоз (ГЭ) [1–7]. Основными причинами развития данной патологии является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, значительная частота воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости по др. [1–7].

Возникновение и развитие ГЭ сопровождается, кроме нарушений менструальной и генеративной функций, сложными реакциями регулирующих систем, которые вызывают изменения деятельности всего женского организма и характеризуют процесс дизадаптации в новых условиях, снижают качество жизни, а нередко приводят к инвалидизации женщин в репродуктивном возрасте [1, 3, 6].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме ГЭ, нельзя считать все научные вопросы полностью решенными. По нашему мнению, научные и практические исследования, направленные к изучению преждевременной инволюции репродуктивной системы у больных при ГЭ, являются достаточно перспективными и имеют важное социальное значение для охраны здоровья женщин репродуктивного возраста.

Изложенное выше определило актуальность проблемы и послужило теоретической основой для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: снижение темпов инволюции репродуктивной системы у женщин из ГЭ на основании изучения основных анамнестических, клинических, и лабораторных изменений, а также разработки алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 3 лет было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и наблюдение за 250 женщинами, у которых был диагностирован ГЭ.

В контрольную группу вошли 30 женщин в возрасте 20–40 лет, у которых были исключены некомпенсированные гинекологические и соматические заболевания.

У 250 пациенток 20–40 лет был диагностирован ГЭ разной локализации и степени выраженности. В большинстве случаев был диагностирован ГЭ яичников (39,2%) и аденомиоз (37,2%), в 13,6% – распространенный ГЭ и в 10,0% – ГЭ другой локализации (шейки матки и ретроцервикальный).

В зависимости от проведенного лечения все больные ГЭ были распределены на следующие группы и подгруппы:

1 группа – 100 пациенток, которые получали до 6 мес консервативное гормональное лечение:

1.1 подгруппа – 25 больных, которые принимали норетистерона ацетат в непрерывном режиме по 5–10 мг в сутки;

1.2 подгруппа – 25 женщин, которые использовали 19-нортестостерон на 1-е и 4-е сутки менструального цикла, а затем 2 раза на неделю;

1.3 подгруппа – 25 пациенток, которые получали 17α-этинилтестостерон в непрерывном режиме по 400–800 мг в сутки;

1.4 подгруппа – 25 больных, которые принимали аналог лютеинизирующего релизинг-гормона в виде ежемесячных подкожных инъекций в переднюю брюшную стенку.

Степень распространенности ГЭ, его клинические проявления в начале лечения, а также после окончания гормонотерапии (в среднем  $12,1 \pm 3,2$  мес) у больных данных подгрупп существовавшие не отличались.

2 группа – 100 женщин, которые перенесли по поводу ГЭ разные варианты оперативных вмешательств:

2.1 подгруппа – 25 больных после односторонней оварио- или аднексэктомии;

2.2 подгруппа – 25 женщин после односторонней аднексэктомии с гистерэктомией;

2.3 подгруппа – 25 пациенток после двухсторонней оварио- или аднексэктомии;

2.4 подгруппа – 25 больных после гистерэктомии (суправагинальная ампутация или экстирпация матки с придатками).

У большинства пациенток операцию выполняли в плановом порядке, а около 1/3 больных были прооперированы urgently (в связи с нарушением трофики кистомы яичника, маточными кровотечениями, гнойно-септическими заболеваниями, усложненной лейомиомой и др.).

Ведущим доступом при проведении оперативных вмешательств была лапаротомия. Время от проведения хирургического вмешательства к началу нашего досмотра составляло  $12,1 \pm 3,2$  мес и достоверно не отличалось по подгруппам.

3 группа – 50 пациенток, у которых диагноз ГЭ был установлен нами впервые. После клиничко-функционального обследования всем женщинам 3 группы был проведен разработанный нами 3-этапный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

Следовательно, исследование отвечало всем требованиям, определяющим адекватность исследований и характеризовалось как клиническое, открытое, нерандомизированное, контролируемое и долгосрочное.

Нами установлены следующие факторы риска ГЭ:

- гинекологические заболевания у матери;
- наличие у родителей соматической патологии и вредных факторов производства;
- осложнение в период беременности у матери и в родах;
- искусственное или смешанное вскармливание;
- высокая заболеваемость во все периоды жизни и частые простудные заболевания;
- экстрагенитальная патология (ОХ позвоночника, синдром вегетативной дистонии, хронический тонзиллит, патология щитовидной железы и пищеварительного тракта и др.);
- действие профессиональных вредных факторов (постоянное нервно-психическое перенапряжение, неблагоприятный микроклимат на рабочем месте и др.);
- изначально неблагоприятное состояние репродуктивной системы к моменту становления менструальной функции (длительное установление менструального цикла); частые и длительные нарушения менструальной функции; длительно существующий и нелеченый предменструальный синдром;
- частые беременности и значительное преобладание медицинских абортов над родами; патологический ход беременности и родов;
- кровотечения и гнойно-септические осложнения в послеродовой и в послеабортный периоды;
- воспалительные заболевания генитального аппарата, которые протекают хронически и часто обостряются; эрозия шейки матки; наличие опухолевых заболеваний матки и яичников.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что первыми предвестниками ГЭ в 80,0% больных появились разные нарушения менструальной функции, в 69,8% – болевой синдром, в 48,0% – нарушение репродуктивной функции и в 15,0% – нарушение функции смежных органов.

Состояние менструальной функции у больных ГЭ характеризуется, в основном, наличием расстройств менструальной функции по типу гипер- (42,0%) и полименореи (26,0%), а также циклических (32,0%) и ациклических маточных кровотечений (28,0%); в то же время применение традиционных гормональных методов лечения способствует лишь незначительной коррекции данных нарушений, тогда как радикальные оперативные вмешательства на органах малого таза приводят к подавлению менструальной функции от олиго-, гипо- и опсоменореи к аменорее и хирургической менопаузе (в зависимости от объема операции).

Расстройства со стороны смежных органов у больных ГЭ оказываются, в основном, в виде дисфункции кишечного (обстипация и диарея) – 15,0% и мочевыводящего (ускоренное мочеиспускание) трактов – 12,0%, болезненности в области кишечника и мочевого пузыря, а так же болезненных ощущений при мочеиспускании; проведение всех рассмотренных нами консервативных методов терапии ГЭ сопровождается незначительной коррекцией урологических расстройств вместе с существенным ухудшением состояния желудочно-кишечного тракта, тогда как радикальное хирургическое лечение приводит к усилению уже имеющихся отклонений в состоянии смежных органов, причем, частота урологической симптоматики резко нарастает по мере увеличения объема операции.

Результаты дополнительных методов исследования (УЗД, КТ и гистероскопия) свидетельствуют, что развитие ГЭ сопровождается возникновением гиперпластических процессов в теле матки и в эндометрии, кистозной трансформацией яичниковой ткани и шейки матки, в свою очередь проведение как консервативной гормональной терапии, так и оперативных вмешательств на органах малого таза приводят к уменьшению выраженности генитального эндометриоза и других гиперпластических процессов эндо- и миометрия.

Здоровые женщины репродуктивного возраста имеют биологический возраст  $28,3 \pm 2,8$  года при должном биологическом возрасте –  $34,7 \pm 3,8$  года, то есть они оказались младшими стандарта в популяции в среднем на  $6,3 \pm 0,9$  года.

У больных с нелеченым ГЭ биологический возраст составлял  $37,0 \pm 3,2$  года, что превысило стандарт популяции на  $2,1 \pm 0,8$  года, женщины контрольной группы были старше на  $8,7 \pm 0,9$  года.

При консервативном лечении ГЭ пациентки были на  $7,6 \pm 0,8$  года старше здоровых женщин. После оперативного лечения эта разница составляла  $8,4 \pm 0,8$  года и нарастала по мере увеличения объема оперативного вмешательства ( $6,9 \pm 3,2$  года – после односторонней оварио- или аднексэктомии,  $7,8 \pm 3,3$  года – после односторонней аднексэктомии с гистерэктимией,  $9,1 \pm 3,2$  года – после двусторонней оварио- или аднексэктомии и  $9,3 \pm 3,2$  года – после двусторонней аднексэктомии с гистерэктимией).

Для профилактики преждевременной инволюции репродуктивной системы у пациенток из ГЭ необходимо использовать поэтапный подход:

I этап – в течение 1 мес осуществлялась предоперационная подготовка, которая включает применение гормональной коррекции;

II этап – в зависимости от локализации, распространенности Э и заинтересованности в патологическом процессе смежных органов проводилось хирургическое удаление эндометриодных очагов или лапароскопическим или лапаротомным доступами.

III этап – проведение мероприятий по профилактике преждевременной инволюции репродуктивной системы:

- при желании пациенток для восстановления репродуктивной функции проводились вспомогательные репродуктивные технологии;
- после органосберегающих операции и нежелании иметь детей – направленная гормональная коррекция;
- после радикального оперативного лечения – заместительная гормональная и метаболическая терапия.

Предложенный нами алгоритм лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у женщин с ГЭ позволяет через 2 года значительно нормализовать общее состояние у большинства (94,0%) женщин, улучшить качество жизни в 2,8 раза, восстановить функциональное состояние яичников в 74,0% женщин, снизить на 38,0% выраженность патологических изменений матки и эндометрия и уменьшить биологический возраст пациенток на  $6,9 \pm 0,7$  года.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о негативном влиянии ГЭ на инволютивные процессы женского организма, включая и репродуктивную функцию. Предложенный нами алгоритм позволяет задержать прежде-

временную инволюцию при одновременном снижении частоты патологических клинических проявлений и дисгормональных нарушений. Это позволяет нам рекомендовать разработанный алгоритм для внедрения в практическую охрану здоровья.

**Корекція передчасної інволюції яєчників у жінок генітальним  
ендометріозом**  
**О.О. Трушкевич, А.Д. Мисенко**

Результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив ГЕ на інволютивні процеси жіночого організму, включаючи і репродуктивну функцію. Запропонований нами алгоритм дозволяє затримати передчасну інволюцію при одночасному зниженні частоти патологічних клінічних проявів та дисгормональних порушень. Це дозволяє нам рекомендувати розроблений алгоритм для впровадження у практичну охорону здоров'я.  
**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, яєчники.

**Correction of premature involution of ovaries at women with genital  
endometriosis**  
**A.A. Trushkevich, A.D. Musenko**

Results of the spent researches testify about negative influence genital endometriosis on involution processes of a female organism, including and reproductive function. The algorithm offered by us allows to slow down premature involution at simultaneous decrease in frequency of pathological clinical displays and dysgормонаl infringements. It allows us to recommend the developed algorithm for introduction in practical public health services.

**Key words:** genital endometriosis, ovaries.

**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, 2011. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2009. – 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. – 2009 – V. 162, № 2. – P. 565–567.

УДК 618.19-007.61-006.2/.327.03-036

**Особенности клиники фиброзно-  
кистозной мастопатии при нарушениях  
менструальной функции**

**О.О. Трушкевич, И.М. Платонова**  
**Крымский государственный медицинский университет  
имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь**

Полученные результаты свидетельствуют о зависимости интенсивности болевого синдрома от возраста больных, 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 вторую фазу менструального цикла. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** фиброзно-кистозная мастопатия, клиническая симптоматика, нарушения менструальной функции.

Изучение механизмов развития, своевременная диагностика и лечение фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) важны в силу двух основных обстоятельств: во-первых, у части пациенток развитие заболевания сопровождается выраженной клинической симптоматикой, снижающей качество их жизни; во-вторых, пролиферативные формы ФКМ являются факторами риска для развития рака молочной железы [1, 2]. Данная информация формирует психологическую напряженность пациенток, приводит к проведению многочисленных обследований, повторных курсов комплексного консервативного лечения, оперативных вмешательств. Все эти обстоятельства служат причиной дезадаптации больных, находящихся в социально активном возрасте. Вместе с тем, данные о клинической симптоматики ФКМ незначительны и противоречивы, что диктует необходимость изучения этой важной научной задачи.

**Цель исследования:** изучение особенностей клинической симптоматики фиброзно-кистозной мастопатии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для решения поставленной цели были обследованы 100 пациенток с диагнозом ФКМ.

**Критериями включения** в нее являлись: возраст 20–49 лет; наличие клинических, ультразвуковых, морфологических признаков фиброзно-кистозной болезни; индекс массы тела не более 29,9 кг/м<sup>2</sup>.

*Критериями исключения* из исследования служили: подозрение или подтверждение злокачественного процесса в молочной железе, беременность, послеродовой период, лактация, использование в течение последних 6 мес гормональных средств.

Группу сравнения составили 50 женщин. Критериями включения в нее являлись: возраст 20–49 лет, отсутствие клинических симптомов заболевания молочных желез, отсутствие гиперпластических процессов в других органах репродуктивной системы, регулярный менструальный цикл.

Обследование включало в себя, наряду с общепринятыми методами, физикальное и ультразвуковое исследования молочных желез, доплерографию с цветным доплеровским картированием (ЦДК) кровотока в артериях паренхимы, гормональное исследование, интраоперационную биопсию и морфологические методики. С целью количественной оценки интенсивности масталгии использовали визуально-аналоговую шкалу, данных пальпации – балльную оценку.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средние значения толщины паренхимы молочных желез у женщин 46–50 лет ниже таковых в 16–18 и 19–35 лет (на 5–7-й день цикла в 1,3 и 1,4 раза, а на 20–23 день – в 1,3 и 1,5 раза соответственно). Выявлена также достоверная разница в толщине паренхимы на 5–7-й день менструального цикла у женщин 19–35 в сравнении с 36–45 годами, на 20–23-й его дни – в 19–35 лет в сравнении с 46–50 годами, а также в 36–45 лет в сравнении с 46–50 годами. Определена обратная взаимосвязь между толщиной паренхимы на 5–7 ( $r=-0,43$ ;  $p<0,001$ ) и 20–23-й дни цикла ( $r=-0,44$ ;  $p<0,001$ ) и возрастом пациенток.

Определено, что усиление кровоснабжения паренхимы молочных желез приводит к увеличению ее толщины. Это доказывает наличие обратной взаимосвязи между толщиной паренхимы и показателями сосудистой резистентности как в течение фолликулярной (с СДО –  $r=-0,4$ ;  $p<0,01$ ; с ИР –  $r=-0,34$ ;  $p<0,05$ ; с ПИ –  $r=-0,37$ ;  $p<0,01$ ), так и лютеиновой фазы цикла (с СДО –  $r=-0,41$ ;  $p<0,01$ ; с ИР –  $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ; с ПИ –  $r=-0,38$ ;  $p<0,01$ ).

Параметры сопротивления в артериях паренхимы у пациенток разного возраста свидетельствуют, что их величины в 16–18, 19–35, 36–45 лет не имеют достоверного отличия друг от друга. По сравнению с этими возрастными подгруппами, статистически значимое повышение значений СДО, ИР и ПИ наблюдается в возрасте 46–50 лет. В первую фазу менструального цикла определена взаимосвязь между возрастом женщин и величиной СДО ( $F=3,83$ ;  $p<0,02$ ), ПИ ( $F=2,97$ ;  $p<0,05$ ); во вторую – прямая корреляция возраста с величиной СДО ( $r=0,36$ ;  $p<0,01$ ), ИР ( $r=0,4$ ;  $p<0,01$ ) и ПИ ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ). Возрастание сопротивления кровотоку в артериях паренхимы с увеличением возраста женщин связано с перестройкой органов кровообращения, редуцированием его капиллярной сети.

У женщин репродуктивного возраста на 5–7-й день менструального цикла качественные показатели кровотока в артериях паренхимы превышали таковые на 20–23-й дни.

Следовательно, результаты проведенных исследований позволяют предположить наличие циклических изменений гемодинамических условий в паренхиме

молочных желез у здоровых женщин репродуктивного возраста. Усиление кровоснабжения паренхимы во вторую фазу цикла может быть обусловлено влиянием овариальных гормонов и пролактина на тонус сосудов.

На основании комплексного подхода проведено изучение гормональных, биометрических и функциональных факторов, влияющих на интенсивность масталгии у больных с ФКМ. Визуально-аналоговая оценка ее интенсивности произведена у 100 пациенток с данным заболеванием. 38,0% пациенток не отмечали болевых ощущений, у 52,0% наблюдалась масталгия интенсивностью менее 5 баллов (средней тяжести), у 28 – 5 баллов и выше (9%) (тяжелой степени). Выявлено, что интенсивность масталгии снижалась с увеличением возраста больных ( $r=-0,3$ ;  $p<0,001$ ). Так, у 62,3% пациенток в 19–35 лет и 48,1% в 36–45 лет имела место масталгия средней степени тяжести и только у каждой десятой пациентки регистрировалась тяжелая ее степень. В возрасте 46–50 лет у 75,8% больных масталгии не наблюдалось, у 19,3% имела место масталгия средней степени тяжести, у 4,7% – тяжелая масталгия.

Обнаружена прямая взаимосвязь между интенсивностью масталгии и уровнем эстрадиола на 5–7 ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ) и 20–23-й день цикла ( $r=0,38$ ;  $p<0,001$ ), а также величиной отношения Э/П ( $r=0,3$ ;  $p<0,05$ ). Так, у больных с наличием тяжелой масталгии по сравнению с таковыми без болевого синдрома было большим содержание в крови эстрадиола (на 5–7-й день цикла  $297,83\pm 37,79$  пмоль/л и  $188,57\pm 10,91$  пмоль/л;  $p<0,001$  соответственно; на 20–23-й день цикла  $701,82\pm 93,01$  пмоль/л и  $354,05\pm 25,11$  пмоль/л;  $p<0,001$  соответственно), пролактина ( $448,98\pm 45,92$  мМЕ/л и  $378,09\pm 20,05$  мМЕ/л;  $p<0,05$ ; соответственно), а также отношения Э/П ( $90,03\pm 0,21$  и  $28,59\pm 2,62$  соответственно;  $p<0,05$ ).

Выявлена прямая зависимость между интенсивностью масталгии и толщиной паренхимы молочных желез на 5–7-й ( $r=0,58$ ;  $p<0,001$ ) и 20–23-й день ( $r=0,62$ ;  $p<0,001$ ) менструального цикла, а также степенью ее циклической трансформации ( $r=0,3$ ;  $p<0,002$ ).

При анализе показателей сопротивления в паренхиматозных артериях молочных желез было установлено, что величины ПИ и ИР на 5–7-й день менструального цикла у пациенток, имеющих тяжелую масталгию, была ниже у больных без масталгии (ПИ –  $0,95\pm 0,08$  и  $1,26\pm 0,08$ ;  $p<0,05$ ; ИР –  $0,62\pm 0,02$  и  $0,69\pm 0,03$  соответственно;  $p<0,05$ ).

### ВЫВОДЫ

Полученные результаты свидетельствуют о зависимости интенсивности болевого синдрома от возраста больных, 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 ( $F=58,17$ ;  $p<0,001$ ) и уровень в крови эстрадиола ( $F=154,92$ ;  $p<0,001$ ) во вторую фазу менструального цикла. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

### Особливості клініки фіброзно-кістозної мастопатії при порушеннях менструальної функції О.О. Трушкевич, І.Н. Платонова

Отримані результати свідчать про залежність інтенсивності болювого синдрому від віку хворих, 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 другу фазу менструального циклу. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** *фіброзно-кістозна мастопатія, клінічна симптоматика, порушення менструальної функції.*

### Features of clinical semiology fibroz-cystes mastopatia at infrangements of menstrual functions A.A. Trushkevich, I.N. Platonova

The received results testify to dependence of intensity of a painful syndrome on age of patients, 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:** *fibroz-cystes mastopatia, clinical semiology, infrangements of menstrual functions.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2004. – 23 с.

УДК 618.19-007.61-006.2/.327.03-036

### Особливості клініки фіброзно-кістозної мастопатії при порушеннях менструальної функції

О.О. Трушкевич, І.М. Платонова

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгіївського

Отримані результати дослідження свідчать про залежність інтенсивності болювого синдрому від віку хворих, 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 другу фазу менструального циклу. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** *фіброзно-кістозна мастопатія, клінічна симптоматика, порушення менструальної функції.*

Вивчення механізмів розвитку, своєчасна діагностика і лікування фіброзно-кістозної мастопатії (ФКМ) важливі через дві основні обставини: по-перше, в частині пацієнок розвиток захворювання супроводжується вираженою клінічною симптоматикою, що знижує якість їх життя; по-друге, проліферативні форми ФКМ є чинниками ризику для розвитку раку молочної залози [1, 2]. Дана інформація формує психологічну напруженість пацієнок, 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 ФКМ незначні і суперечливі, що диктує необхідність вивчення цього дуже важливого наукового завдання.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей клінічної симптоматики фіброзно-кістозної мастопатії.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено обстеження 100 пацієнок з діагнозом ФКМ. Критеріями включення в неї були: вік 20–49 років; наявність клінічних, ультразвукових, морфологічних ознак фіброзно-кістозної хвороби; індекс маси тіла не більше 29,9 кг/м<sup>2</sup>. 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 картируванням (ЦДК) кровотоку в артеріях паренхіми, гормональне дослідження, інтраопераційну біопсію і морфологічні методики. З метою кількісної оцінки інтенсивності масталгії використовували візуально-аналогову шкалу, даних пальпації – бальне оцінювання.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середні значення товщини паренхіми молочних залоз у жінок 46–50 років нижче за таких 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 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 дні циклу ( $r=-0,44$ ;  $p<0,001$ ) і віком пацієнток.

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-й 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 ФКМ. Візуально-аналогова оцінка її інтенсивності виконана

у 100 пацієнток з даним захворюванням. 38,0% пацієнток не відзначали болювих відчуттів, в 52,0% спостерігалася масталгія інтенсивністю менше 5 балів (середнього ступеня тяжкості), у 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 кожній десятій пацієнтки реєстрували важкий її ступінь. У віці 46–50 років в 75,8% хворих масталгії не спостерігали, 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-й ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ) і 20–23-й день циклу ( $r=0,38$ ;  $p<0,001$ ), а також величиною стосунку Е/П ( $r=0,3$ ;  $p<0,05$ ). Так, у хворих з наявністю важкої масталгії в порівнянні з такими без болювого 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 ( $448,98\pm 45,92$  мМО/л і  $378,09\pm 20,05$  мМО/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-й ( $r=0,58$ ;  $p<0,001$ ) і 20–23-й день ( $r=0,62$ ;  $p<0,001$ ) менструального циклу, а також мірою її циклічної трансформації ( $r=0,3$ ;  $p<0,002$ ).

Під час аналізу 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 болювого синдрому від віку хворих, показників гормональної функції яєчників, розвитку паренхіми і міри 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.

### Особенности клиники фиброзно-кистозной мастопатии при нарушениях менструальной функции А.А. Трушкевич, И.Н. Платонова

Полученные результаты исследования свидетельствуют о зависимости интенсивности болевого синдрома от возраста больных, 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 вторую фазу менструального цикла. Полученные результаты необходимо использовать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** фиброзно-кистозная мастопатия, клиническая симптоматика, нарушения менструальной функции.

### Features of clinical semiology fibroz-cystes mastopatia at infringements of menstrual functions

**A.A. Trushkevich, I.N. Platonova**

The received results testify to dependence of intensity of a painful syndrome on age of patients, indicators of hormonal function ovariums, developments parenhima and degrees of its cyclic transformation. Thus carrying out plural regression 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:** fibroz-cystes mastopatia, clinical semiology, infringements of menstrual functions.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 447 с.
2. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога: методическое пособие / под ред. Коган И.Ю. – СПб.: Изд.-во Н-Л, 2004. – 23 с.

УДК 618.19-006.2-055.2-02:616.839

## Вплив фіброзно-кістозної хвороби молочних залоз на стан вегетативної нервової системи

**О.А. Полюлях**

Одеський національний медичний університет МЗ України

Результати нашого дослідження дозволяють говорити про зниження поточного функціонального стану вегетативної нервової системи у обстежуваних жінок, підвищенні тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи, а також про збільшення вкладу в модуляцію серцевого ритму гуморально-метаболічних впливів, які не здатні адекватно забезпечувати гомеостаз. Окрім цього виявлено значне зниження парасимпатичного тону вегетативної нервової системи, що в сумі показує напругу компенсаторних механізмів організму. Виявлений дисбаланс підтверджувався збільшенням симпато-парасимпатичного відношення. Поточна активність симпатичного і парасимпатичного відділів є результатом багатоконтурної і багаторівневої реакції системи регуляції кровообігу, що змінює в часі свої параметри для досягнення оптимальної пристосованої відповіді, яка відображає адаптаційну реакцію цілісного організму. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз, вегетативна нервова система.

В даний 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 спостерігаються у 20–80% жінок репродуктивного віку [1–3]. Статистичні дані свідчать про неухильне зростання захворюваності раком молочної залози. У структурі злоякісних новоутворень у жінок частота пухлин молочних залоз (19,8%) перевищує таку пухлин тіла (6,8%), шийки матки (5,2%) і яєчників (4,9%) [1–3].

За даними різних авторів до 92% жінок репродуктивного віку страждають ФКХ. У зв'язку з цим, вочевидь, що останніми роками інтерес до доброякісних захворювань значно зріс, а зниження захворюваності мастопатією – реальний шлях до зниження частоти рака молочної залози. Не дивлячись на те, що дисгормональна природа захворювань молочної залози не викликає сумнівів, дані світової літератури про патогенез різні, зокрема існують інші думки про чинники, сприяючи розвитку мастопатії: порушення процесів апоптозу, дисбаланс імунної системи, стан рецепторного апарату [1–3].



Дійсно, етіологія і патогенез дисгормональних захворювань молочних залоз до теперішнього часу залишається предметом дискусій. Накопичені дані свідчать про те, що визначальною причиною розвитку мастопатії є психонейро-ендокринно-імунний дисбаланс, що визначає порушення гомеостазу, де відправною точкою захворювання можуть виступити стрес, депресія, невроз і так далі, що призводять до гормональної дисфункції, виступаючої необхідною і об'єднуючою ланкою патогенезу ініціації і розвитку патологічних процесів в тканинах молочної залози. І, якщо гормональні і імунні порушення при даній нозології вивчені досить глибоко, інформація про негативні девіації вегетативного забезпечення функцій фрагментарна, недостатня і має описовий характер. Так, наводяться доказові дані про поєднання мастопатії з функціональним і органічним ушкодженням того або іншого відділів вегетативної нервової системи. При цьому аксіоматичне те, що розлади вегетативного забезпечення функцій обумовлюють неадекватність компенсаторно-приспосовних реакцій і порушення адаптивних механізмів, що, можливо, безпосередньо, або через ці механізми впливає на стан гормонального статусу і імунної системи. З цих позицій ФКХ, як захворювання, що формується досить тривалий час, необхідно розглядати не лише як гормональну дисфункцію, але і як стан з вираженими особливостями адаптації, вивчення яких є, поза сумнівом, актуальним.

У зв'язку з цим виникає необхідність проведення комплексної і порівняльної оцінки вегетативного забезпечення функцій при ФКХ, що дозволить отримати нові дані фундаментального характеру про міру залучення ряду органів і систем, що забезпечують і підтримують адаптацію, в патологічний процес, розкрити єдиний універсальний механізм вегетативного дисбалансу і його особливості при різних клінічних варіантах захворювання.

**Мета наукового дослідження:** вивчення особливостей вегетативної дисфункції у пацієнток з доброякісною патологією молочних залоз.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалом дослідження служили дані, отримані при обстеженні 120 пацієнток з дифузною дисгормональною дисплазією молочних залоз.

Критеріями включення з'явилися наявність дифузної дисгормональної дисплазії молочних залоз (ДДМЗ); відсутність вузлових форм дисгормональної дисплазії молочних залоз; вік від 18 до 45 років; збережена репродуктивна функція; інформована згода на участь в дослідженні. Контрольна група включала 30 соматично здорових жінок, порівняних з основною групою за віком. На першому етапі дослідження пацієнток було розподілено на 4 клінічних групи з ДДМЗ з переважанням залозистого (I група), кістозного (II група), фіброзного (III група) компонента і змішаної форми (IV група).

Діагноз ДДМЗ відповідно до сучасних критеріїв був поставлений на підставі скарг, даних анамнезу, оцінки загального і гінекологічного статусів, ультразвукового сканування молочних залоз.

Скринінг-діагностика і кількісна оцінка наявності синдрому вегетативної дистонії виконувалися анкетним методом. Дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР) проводилося методом реєстрації коротких фрагментів стандартного за-

пису ЕКГ за допомогою апаратно-програмного комплексу «Полі-спектру-ритму» (ТОВ «Нейрософтвер», Росія).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті вивчення клінічних проявів патологічного процесу встановлено, що порушення функцій систем життєзабезпечення виражається зміною діяльності не лише органу-мішені, але і різними реакціями зацікавлених органів.

Вегетативні розлади, особливо церебрального рівня, є психовегетативними, тому при вегетативних порушеннях необхідно досліджувати психічну сферу. На тісний взаємозв'язок між соматичним і психоемоційним станом жінок вказує виявлений в справжньому дослідженні підвищений рівень «стресованості» організму пацієнток. Найбільша кількість стресових ситуацій, незадоволення такими дефініціями, як «душевний спокій», «здоров'я», «сім'я», «духовні потреби», «спілкування з друзями», «сексуальне життя» виявлено в групі пацієнток з ФКХ з переважанням фіброзного компонента (97%). У свою чергу, конфліктні ситуації часто викликають погіршення клінічного перебігу мастопатії. Тому, можна передбачити, що виникнення патології молочних залоз у обстежених жінок пов'язане з їх емоційними особливостями, які сприяють виникненню на тлі стресу стійкого вогнища збудження в корі головного мозку і розвитку соматичного захворювання.

Несприятливі чинники репродуктивного анамнезу і порушення менструальної функції, зв'язані, перш за все, із зміною гормонального фону, і що є патогенетичною основою для розвитку дисгормональних захворювань, виявлені у пацієнток всіх груп ФКХ. Окрім ушкодження молочних залоз, у пацієнток виявлена висока питома вага гінекологічної патології. Це пояснюється активацією шляхів клітинної проліферації, що є єдиною ланкою патогенезу гінекологічної патології і доброякісних захворювань молочних залоз, для яких характерна гіперестрогенія.

При ехографії молочних залоз для кожної з форм ФКХ були виявлені ряд особливостей. У пацієнток з переважанням залізистого компонента і змішаною формою виявлено статистично значиме збільшення товщини фіброгландулярного шару порівняно з контрольною групою. Порівняльний міжгруповий аналіз також виявив, що товщина фіброгландулярного шару у пацієнток з переважанням залозистого компонента і із змішаною формою перевищує такий, а товщина премамарної клітковини менша, ніж в кістозній і фіброзній формі.

Екстрагенітальна патологія у пацієнток з ФКХ в абсолютній більшості була представлена захворюваннями органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (хронічний холецистит, гепатит). Значимий вклад внесла і патологія ендокринної системи (порушення функції щитовидної залози і жирового обміну). Серцево-судинна патологія була представлена переважно соматоформною вегетативною дисфункцією. Виявлені захворювання підтверджують багаточисельні дані про те, що деякі соматичні патології розглядаються як чинники ризику дисгормональних захворювань і є патогенетичними етапами розвитку останніх.

Вегетативна дисфункція, включаючи множинні клінічні прояви і судинно-трофічні синдроми, в переважній більшості випадків є вторинною, унаслідок психофізіологічних зрушень, гормональних розладів і неврозів. Враховуючи високий рівень стресової активності організму жінок, страждаючих ФКХ, можна передба-

чити наявність судинно-вегетативної дисфункції (СВД) психофізіологічної природи, що полягає в емоційно-вегетативно-ендокринних реакціях. Дані зміни на тлі хронічного стресу носять надлишковий характер, що призводить до порушення адаптаційних можливостей організму, що набувають патологічного рівня, основу клінічних проявів яких складає вегетативний синдром.

При проведенні дослідження за оцінкою вегетативної регуляції при різних формах ФКХ, вивчали функціональні системи, що безпосередньо беруть участь у формуванні (патогенезі) захворювання, у формуванні компенсаторно-присосовних реакцій і відповідальних за формування неспецифічної резистентності організму. До вивчених гомеостатів відносяться: система специфічного гормонального статусу, система адаптивних гормонів, вегетативна нервова система і фази загального адаптаційного синдрому. Вивчення стану перерахованих систем дозволить дати комплексну оцінку участі окремих складових гомеостазу у формуванні ФКХ і отримати інформацію про компенсаторно-присосовні реакції при кожній з даних форм.

Для визначення стану вегетативного тонузу застосовувалася кількісна (бальна) оцінка наявності синдрому вегетативної дистонії «Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень». Під час підрахунку результатів сума балів в контрольній групі склала в середньому  $10,30 \pm 1,07$ , що відповідає нормативним цифрам. При використанні скринінг-діагностики розладу функціонування автономної нервової системи були зареєстровані у більшості пацієнток з ФКХ.

Вегетативний індекс Кердо в групі контролю склав  $0,50 \pm 2,17$  ум.од., що відповідає практично повній рівновазі у вегетативному тонусі, із слабкою тенденцією у бік незначного переважання симпатичного відділу. У пацієнток з ФКХ індекс Кердо склав в середньому  $14,60 \pm 1,20$  ум.од., що говорить про переважання збуджуючих впливів в діяльності вегетативної нервової системи. Переважання симпатичного тонузу супроводжується напруженою адаптаційних можливостей організму, що клінічно виявляється наявністю симптомів вегетативного роздратування, які були виявлені при зборі анамнезу і проведенні анкетування обстежених жінок.

При оцінюванні параметрів серцевого ритму у пацієнток групи контролю виявлений збалансований стан центрального і автономного механізмів регуляції серцевого ритму, а значення вегетативного показника ритму і індексу вегетативної регуляції вказували на відносну рівновагу між активністю симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи (ВНС).

При оцінюванні результатів кардіоінтервалографії у пацієнток з ФКХ було виявлено підвищення тонузу симпатичного відділу ВНС і зниження парасимпатичної регуляції, що виразилося статистично значимим збільшенням амплітуди моди і індексу напруги у пацієнток всіх обстежуваних груп, а також варіаційного розмаху у фіброзній і змішаній формі захворювання (порівняно з групою контролю). Причому максимальна симпатикотонія зафіксована в групі з фіброзним компонентом, а мінімальні прояви – в групі ФКХ з переважанням залозистого компонента. Отримані нами дані дозволяють говорити про дисбаланс відділів ВНС у бік вираженої симпатикотонії, централізації процесів регуляції, зниженні адаптаційних механізмів у пацієнток з патологією молочних залоз.

Одним з сучасних методів об'єктивної оцінки роботи вегетативної нервової системи є дослідження показників спектру серцевого ритму, що дає можливість оцінити участь і активність різних регуляторних рівнів його підтримки. У зв'язку з тим, що складові аналізу представлені характеристиками спектрів в області наднизьких, низьких і високих частот, що несуть інформацію про рівень основного обміну і ерготропних функцій, вагоінсулярного впливу, барорецептивних і симпатичних впливах, їх зіставлення дозволяє отримати дану про можливі відмінності підтримку гомеостазу в сформованих групах пацієнток з ФКХ.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок про те, що у пацієнток групи контролю дослідження показників спектрів серцевого ритму, виконане у спокої і при пробі навантаження, визначала присутність метаболічної і нейровегетативної рівноваги, характерної для стану фізіологічного оптимуму. Спочатку практично рівний вклад (близько 37%) до сумарної потужності спектральних характеристик вносять потужності спектру в області низьких і високих частот. Дія навантаження наводить до деякого приросту загальної потужності спектру, переважно за рахунок деякого приросту потужності LF, обумовленого більшою мірою реакцією барорецепторного апарату інтра- і перикардіального судинного русла. Зміни високочастотного компонента спектру (HF), що формуються за рахунок реакції синусових дихальних і центральних нейрогенних механізмів регуляції серцевого ритму, характеризуються зниженням потужності спектру. Поведінка індексу LF/HF, що відображає баланс впливу симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи в умовах дії стресового навантаження характеризується збільшенням (продовжуваними ефектами симпатoadреналової стимуляції). Показники кардіоваскулярних тестів також виявилися в межах нормативних значень.

Загальна потужність спектру у пацієнток всіх груп з ДДМЗ понижена, порівняно з такою в контролі ( $P < 0,05$ ). Причому максимально наближений до фізіологічного показник в групі з переважанням залозистого компонента, значення якого статистично значимо перевищує TP в кістозній і фіброзній формах. Зниження даного показника відображає порушення функціонування вегетативної нервової системи. У нашому дослідженні у пацієнток всіх обстежуваних груп з ФКХ просліджується односпрямована зміна параметрів, що характеризують тонуз симпатичного і парасимпатичного відділів, що відбивається в зменшенні показників LF і HF. При цьому мінімальні цифри даних показників знов зареєстровані у пацієнток груп ФКХ з переважанням кістозного і фіброзного компонента. Збільшення коефіцієнта централізації (LF/HF) зафіксоване у всіх групах з ФКХ (в порівнянні з контролем), причому статистично значимою також з'явилася різниця між фіброзною (2,32) і змішаною формою (1,56). Показник LF/HF є найбільш чутливим тестом в оцінці адаптаційних резервів організму. Виходячи з отриманих нами даних, можна зробити висновок про зниження адаптації при дифузному ушкодженні молочних залоз, особливо вираженого у жінок з фіброзною формою ФКХ. Виявлені зміни сталися спільно з деяким зменшенням вкладу в модуляцію серцевого ритму показника VLF, що характеризує гуморально-метаболічні впливи. Виняток становила група з ФКХ з переважанням залозистого компонента, де величина даного показника перевищувала значення в групі контролю. Проте при оцінці

процентного співвідношення складових спектрального аналізу добре просліджується переважання саме долі VLF в сердечному ритмі. Це може говорити про те, що розвиток ФКХ супроводжується глибокими порушеннями функціонування симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС, або захворювання виникає на фоні вже існуючих порушень.

### ВИСНОВКИ

Результати нашого дослідження дозволяють говорити про зниження поточного функціонального стану ВНС у обстежуваних жінок, підвищенні тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи, а також про збільшення вкладу в модуляцію серцевого ритму гуморально-метаболических впливів, які не здатні адекватно забезпечувати гомеостаз. Окрім цього виявлено значне зниження парасимпатичного тону ВНС, що в сумі показує напруту компенсаторних механізмів організму. При проведенні проби навантаження відмічені зміни функціонування відділів ВНС у бік різкого переважання симпатичного відділу над парасимпатичним. Виявлений дисбаланс підтверджувався збільшенням симпато-парасимпатичного відношення. Поточна активність симпатичного і парасимпатичного відділів є результатом багатоконтурної і багаторівневої реакції системи регуляції кровообігу, що змінює в часі свої параметри для досягнення оптимальної пристосованої відповіді, яка відображає адаптаційну реакцію цілісного організму. Виражені зрушення при проведенні активної ортостатичної проби можуть служити критеріями зниження адаптації організму обстежуваних до модульованого навантаження і вказувати на те, що організму доводиться включати додаткові потужності для вегетативного забезпечення життєдіяльності. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

### Влияние фиброзно-кистозной болезни молочных желез на состояние вегетативной нервной системы О.А. Полюлях

Результаты нашего исследования позволяют говорить о снижении текущего функционального состояния вегетативной нервной системы у обследуемых женщин, повышении тону симпатического отдела вегетативной нервной системы, а также об увеличении вклада в модуляцию сердечного ритма гуморально-метаболических влияний, которые не способны адекватно обеспечивать гомеостаз. Кроме этого выявлено значительное снижение парасимпатического тону вегетативной нервной системы, что в сумме показывает напряжение компенсаторных механизмов организма. Выявленный дисбаланс подтверждался увеличением симпато-парасимпатического отношения. Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом многоконтурной и многоуровневой реакции системы регуляции кровообращения, изменяющей во времени свои параметры для достижения оптимального приспособительного ответа, который отражает адаптационную реакцию целостного организма. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** фиброзно-кистозная болезнь молочных желез, вегетативная нервная система.

### Influence of fibroze-cystes illness of mammary glands at condition of vegetative nervous system O.A. Poljuljah

Results of our research allow to speak about decrease in a current functional condition of vegetative nervous system at surveyed women, increase of a tone of sympathetic department of vegetative nervous system, and also about increase in the contribution to modulation of a warm rhythm of humoral-metabolic influences which are not capable to provide a homeostasis adequately. Considerable decrease in a parasympathetic tone of vegetative nervous system is besides revealed that in the sum shows pressure compensation organism mechanisms. The revealed disbalance proved to be true increase in the simpato-parasympathetic relation. Current activity of sympathetic and parasympathetic departments grows out of the multiplanimetric and multilevel reaction of system of regulation of blood circulation changing in time the parametres for achievement of the optimum adaptive answer which reflects adaptable reaction of a complete organism. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** fibroze-cystes illness of mammary glands, vegetative nervous system.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ардус Ф.А., Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. Возможности терапии дисгормональной патологии молочных желез у женщин гинекологическими заболеваниями // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16. – С. 1064–1068.
2. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов // Маммология. – 2003. – № 1. – С. 4–11.
3. Габуния М.С., Лобова Т.А., Егорова Л.Г. Состояние молочных желез при заместительной гормональной терапии // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

УДК 618.14-007.415-07:618.177

## Взаємозв'язок вегетативних порушень і клініки аденоміозу

*П. М. Прудніков*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що обстежені хворі основної групи в середньому мали різний ступінь вираженості полісистемних вегетативних розладів на тлі тривожно-депресивних порушень, пропорційні тяжкості зовнішнього генітального ендометріозу. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** аденоміоз, вегетативні порушення.

Ендометріоз відноситься до найбільш розповсюджених гінекологічних захворювань. Прийнято вважати, що після запальних захворювань і міоми матки, він займає третє місце в структурі гінекологічної патології [1–4]. Серед різних чинників ризику розвитку даної патології все більше значення надається наявності в анамнезі внутрішньоматкових контрацептивів, частота використання яких була особливо висока в 90-і роки ХХ ст. Серед різних аспектів етіопатогенеза ендометріозу на тлі внутрішньоматкової контрацепції особлива увага відводиться вегетативним порушенням, які раніше, практично, не вивчалися.

**Мета справжнього наукового дослідження:** вивчення вегетативних порушень у пацієнок з ендометріозом.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження було обстежено 160 жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ). З них 50 жінок склали контрольну групу і 110 жінок – основну групу спостереження. Контрольна група включала фізіологічно здорових жінок у віковому діапазоні від 24 до 38 років. Основну групу склали хворі з ендоскопічно і гістологічно підтвердженими перитонеальними формами ЗГЕ; внутрішній ендометріоз і екстраперитонеальні форми ЗГЕ з розгляду виключалися.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок вагався від 32 до 42 років. Достовірних відмінностей по віковим параметрам у пацієнок основної і контрольної груп не виявлено ( $35,1 \pm 2,8$  і  $34,8 \pm 2,7$  року).

Одним з найбільш об'єктивних показників, що дозволяє не лише прогнозувати результати лікування, але і проводити його своєчасну корекцію з врахуванням індивідуальних особливостей адаптаційних систем організму і фази перебігу пато-

логічного процесу, є функціональний стан вегетативної нервової системи (ВНС).

При дослідженні хворих ЗГЕ під час госпіталізації у всіх жінок спочатку були виявлені різні вегетативно-судинні і психоемоційні зміни того або іншого ступеня вираженості, у 21,8% жінок вони носили тяжкий характер. Дослідження, проведені перед початком лікування, показало домінування в групі хворих ЗГЕ вегетативних розладів. При опитуванні були виявлені провідні скарги, які розподілилися таким чином: в 38,2% – порушення сну; в 31,8% – головний біль, у половини з них вони спостерігалися перед і під час менструації; в 24,5% – запаморочення; в 22,7% – схильність до гіпотонії; в 19,1% – непритомність або близьке до них полягання в духоті і транспорті; в 17,3% – транзиторна гіпертензія; в 14,5% – серцебиття і кардіалгія; в 13,6% – порушення потовиділення (дифузний або дистальний гіпергідроз); в 10,9% – гіпервентиляційні порушення. Крім того, 29,1% хворих пред'являли одночасно безліч соматичних скарг (полісистемність), коли було неможливо виділити основну з них.

У 29,1% жінок виражений больовий синдром супроводжувався загальною слабкістю, дратівливістю, відчуттям тривоги, збудливостю, емоційною лабільністю, розсіяною увагою, зниженням пам'яті, порушенням сну і іншими психастенічними проявами.

За тяжкістю симптомів (відсоток максимально можливої вираженості феномену) також «лідировали» емоційні порушення, порушення сну і астеничні прояви (83,1%; 81,4% і 68,0% відповідно).

З приводу даних порушень більшість хворих (79,1%) – раніше зверталися за медичною допомогою і знаходилися під лікарським спостереженням з наступними діагнозами: нейроциркуляторна дистонія, вегето-судинна дистонія, лабільна артеріальна гіпертензія, гіпотонія, гіпертонічна хвороба I стадії; екстрасистоля; вторинна інсомія психогенного генезу; астеничний синдром; кардіалгічний синдром; гіпоацидний гастрит; дискінезія жовчовивідних шляхів.

У 52,7% жінок вегетативні і емоційні розлади з'являлися за 3–7 днів до менструації, у 36,6% вони виникали в міжменструальному періоді і посилювалися перед і під час менструації, у 13,6% спостерігалися протягом всього менструального циклу без тенденції до посилення перед менструацією. Частина симптомів носила пароксизмальний характер (нападоподібний головний біль, частіше за типом мігрені, біль в області серця, непритомні стани, підвищення артеріального тиску, запаморочення, приливи, оніміння рук і ніг), інші були перманентними (слабкість, лабільність артеріального тиску і пульсу, підвищення пітливості, похолодання рук і ніг, мотиваційні розлади: анорексія, булемія, підвищення або пониження лібідо).

За даними анкетування пацієнтки з ЗГЕ мали вищу міру клінічних проявів вегетативної дисфункції: сумарна оцінка по всій основній групі складала  $65,8 \pm 10,6$  балу (53,7% максимально можливою), що достовірно відрізняло хворих основною від контрольної групи ( $22,0 \pm 5,1$  балу;  $p < 0,05$ ).

У клінічній картині цих станів основними були тривожні, депресивні порушення різної міри вираженості і вегетативні прояви. Всі хворі ЗГЕ мали достовірно вищий, ніж здорові жінки, рівень реактивної ( $48,7 \pm 6,6$  балу проти  $27,6 \pm 3,6$  балу;

$p < 0,05$ ) і особової тривожності ( $51,8 \pm 7,2$  балу проти  $31,2 \pm 4,3$  балу;  $p < 0,05$ ); наявність депресивних розладів ( $17,5 \pm 2,3$  балу проти  $8,9 \pm 2,6$  балу;  $p < 0,05$ ), що свідчило про церебральну дисфункцію.

Особова тривожність характеризує стійку схильність сприймати ситуації як загрозові, тривожно реагувати на них. Реактивна тривожність характеризується напруженою, занепокоєнням і нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, інколи тонкої координації.

Власне афектні порушення більшою мірою були представлені тривожними проявами, як ситуаційно обумовленими, так і ті, що мали безпредметний характер, а також дратівливістю, емоційною слабкістю, стомлюваністю і труднощами концентрації уваги.

Вегетативні порушення відігравали велику роль в клінічній картині депресії і були суб'єктивно обтяжливими для пацієнток. Так, якщо на початку захворювання вегетативні прояви були «спаяні» з тривожним афектом, то надалі порушувався їх тісний взаємозв'язок, і відбувався розрив між власне тривожними компонентами і вегетативними пароксизмами. У деяких спостереженнях тривожний афект, що переважав на початкових етапах депресії, що розвивається, поступово змінювався тужливим, разом з цим наростали астеничні прояви. Ведучими були ідеї малоцінності і неповноцінності, пов'язані із захворюванням.

Аналізуючи результати вихідного анкетування, були виділені основні проблеми, які, на думку самих хворих, найбільшою мірою впливали на якість їх життя. Найважливішими з них виявилися занепокоєння з приводу прогнозу захворювання, невпевненість в сприятливому результаті, сумніву в правильності діагнозу, канцерофобія, безпліддя і больові відчуття. Практично всі обстежені вказували на втрату інтересу до життя і роботи, депресію, сексуальні проблеми і конфлікти, що почастишали, в сім'ї.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, обстежені хворі в середньому по групі мали різний ступінь вираженості полісистемних вегетативних розладів на тлі тривожно-депресивних порушень, пропорційні тяжкості зовнішнього генітального ендометріозу. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### Взаимосвязь вегетативных нарушений и клиники аденомиоза П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что обследованные больные в среднем по основной группе имели разной степени выраженности полисистемные вегетативные расстройства на фоне тревожно-депрессивных нарушений, пропорциональные тяжести наружного генитального эндометриоза. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** аденомиоз, вегетативные нарушения.

### Interrelation of vegetative infringements and clinic adenomyose P.M. Prudnikov

Results of the lead researches testify, that the surveyed patients on the average on the basic group had a different degree of expressiveness polysystem vegetative frustration on a background of the disturbing – depressive infringements, proportional weights external genital an endometriosis. The received results are necessary for taking into account by development of a complex of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions.

**Key words:** adenomyose, vegetative infringements.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. 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.
3. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Камилова Д.П. Восстановление репродуктивной функции у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием после комплексного лечения // Проблемы репродукции. – 2012. – № 2. – С. 56–62.
4. Куявская Д.В., Торубаров С.Ф., Сухих Г.Т. Субпопуляция лимфоцитов периферической крови и перитонеальной жидкости у женщин с эндометриозом // Проблемы репродукции. – 2009. – № 2. – С. 63–65.

УДК 618.3-06:618.1-002

## Вплив різної локалізації лейоміоми матки на частоту невиношування вагітності

**О.В. Горбунова, Н.В. Рукомеда**

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

Результати проведених клініко-функціональних досліджень свідчать, що жінки з наявністю лейоміоми матки складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології на тлі обтяженого прегравідарного фону, ускладненого перебігу вагітності, порушень матково-плацентарного, а згодом і плодово-плацентарної гемодинаміки, стани нестійкої рівноваги гормоносинтетичної і метаболічної функції плаценти з надмірною напругою і поступовим виснаженням адаптаційних можливостей системи мати-плацента-плід. Все це, а також недостатня ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, є істотною підставою для розробки і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з лейоміомою матки різної локалізації.

**Ключові слова:** лейоміома матки, невиношування вагітності.

Лейоміома матки на сьогодні залишається одним з найбільш розповсюджених доброякісних пухлинних захворювання статевої системи жінок, яка істотно негативно впливає на стан репродуктивного і соматичного здоров'я. У складних соціально-економічних умовах, все частіше перед лікарями акушер-гінекологами стають питання раціонального ведення гестації у жінок з різними формами репродуктивної патології, у тому числі – з наявністю лейоміоми матки [1–3]. Висока частота акушерських ускладнень, перинатальної захворюваності і смертності дає нам підстава віднести таких вагітних в групу високої ризику по розвитку репродуктивних втрат і несприятливих результатів гестації і пологів, як для матері, так і для плода [4–6].

Велике число досліджень, проведених в Україні і за кордоном, продемонстрували, що ступінь гестаційного і перинатального ризику значною мірою залежить від віку вагітної, особливостей предгравідарного анамнезу, розмірів і кількості лейоміоматозних вузлів, особливостей їх локалізації і взаєморозташування з плацентою. В той же час, не всі питання поєднання лейоміоми матки і вагітності можна вважати повністю вирішеними [1–7]. В першу чергу це стосується встановлення взаємозв'язку між анамнестичними особливостями предгравідарного фону, клінічним перебігом вагітності і пологів і функціональним станом фетоплацентарного комплексу у жінок з лейоміомою матки різної локалізації.

**Мета дослідження:** вивчення клінічний перебіг вагітності, пологів, а також перинатальні результати розродження жінок з лейоміомою матки різної локалізації.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами впродовж гестації і в післяродовому періоді було обстежено 60 жінок і їх новонароджених. При цьому, у 30 вагітних під час ультразвукового дослідження при першій явці в консультативну поліклініку було встановлено наявність лейоміоматозних вузлів різної локалізації. Жінки, які у нас спостерігалися були проінформовані про мету і завдання нашої наукової роботи і далечіні згода на її проведення. Групи вагітних були розподілені таким чином:

Контрольну групу склали 30 вагітних з необтяженим репродуктивним і соматичним анамнезом і фізіологічним перебігом гестації.

І групу склали 30 вагітних з лейоміомою матки, які знаходилися під нашим спостереженням.

Ми використовували загальноклінічні, лабораторні, ехографічні (ультразвукові і доплерометричні), гормональні, кардіотокографічні, морфологічні і статистичні методи дослідження. Результати клініко-лабораторного обстеження впродовж гестації, показники динамічного моніторингу функціонального стану фетоплацентарного комплексу, випадки ускладнень під час вагітності, пологів, післяродового і неонатального періодів реєстрували в індивідуально розроблених картах спостереження. Дані цих карт занесли в базу даних персонального комп'ютера і оброблялися за допомогою програми «Excel» в програмній оболонці Microsoft Office XP.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результатом наведених вище особливостей предгравідарного фону, клінічного перебігу гестаційного періоду і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з лейоміомою матки є високий рівень різних ускладнень як під час вагітності, так і при розродженні. Причому, всі ці ускладнення є взаємозв'язаними і патогенетичними залежними з високим рівнем вихідної генітальної і соматичної захворюваності, а також від особливостей розташування, розмірів і кількості лейоміоматозних вузлів.

Лише 83,3% жінок під час гестації отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи і доносили вагітність до 37 тиж. У 16,7% випадків вагітність закінчилася достроково. Відносно загальної кількості жінок, пологи через природні пологові шляхи були у 43,3% жінок. Пологи носили спонтанний характер в 20% спостережень, в 23,3% випадків мали місце програмовані пологи. У 56,7% випадків розродження було шляхом операції кесарева розтину, яка в 24% була плановою, а в 32% носила ургентний характер.

Хоча кількість породілей з лейоміомою матки, які впродовж вагітності отримували загальноприйняті методи корекції і народжували через природні пологові шляхи є не дуже великим із статистичної точки зору, але певні тенденції збільшення частоти ускладненого перебігу родового акту з представлених даних можна відзначити. Так, практично у кожній другій жінки мав місце невчасний розрив плодових оболонок; у 54,5% спостережень (у тому числі при проведенні програмованого розродження) ми були вимушені використовувати медикаментозну корекцію пологової діяльності. При цьому перевагу віддавали препаратам простагландинового ряду. При необхідності проведення збудження/посилення пологової діяльності у жінок з лейоміомою матки ми обмежували використання окситоцину, враховуючи існуючу можливість неадекватного реагування рецепторного апарату міометрія і ендотеліального шару морфологічно і

функціонально незавершених судин плацентарного ложа і артеріол ділянок м'язової оболонки вагітної матки.

У кожному третьому спостереженні (36,4%) перебіг пологів ускладнювався дистресом плода різного ступеня тяжкості, що можна вважати несприятливим для перинатальних результатів, враховуючи високий рівень дистресу плода на тлі хронічної плацентарної недостатності. Все це наводило до збільшення частоти оперативного розродження. В більшості випадків свідченнями до ургентному розродження були гострий дистрес плода (28,6%), в два рази рідше – неефективне лікування аномалій пологової діяльності, по одному випадку передчасного відшарування плаценти і порушення трофіки лейоміоматозного вузла. Планове оперативні розродження проводили в 14,3% випадків у зв'язку з тазовим передлежанням крупного плода і в 28,6% випадків по сукупності свідчень, враховуючи високу ступеню перинатального ризику у вагітних з обтяженим репродуктивним і соматичним анамнезом.

Певний інтерес, на нашу думку також викликає вивчення структури розродження вагітних I групи залежно від анатомо-топографічних особливостей і розташування лейоміоматозних вузлів. Найбільш несприятливими клініко-анатомічними формами міоми по відношенню до результатів розродження є субмукозні і інтрамуральні лейоміоматозні вузли з центрипетальним зростанням. При цьому, найбільш несприятливим слід вважати розташування плаценти повністю або частково в проекції міоматозних вузлів, т.зв. «плацента на вузлі». Щодо особливостей розташування лейоміоми, тут несприятливі результати отримані у жінок з наявністю лейоміоматозних вузлів в шийці матки, нижній 1/3 тіла матки і середньою 1/3 тіла матки, особливо у випадках розташування вузлів великих розмірів на передньо-бічних стінках в басейні aa.uterinae, або безпосередньо «по ребру» матки в місці відходження магістральних маткових судин. У таких випадках, не дивлячись на лікувально-профілактичні заходи, що проводяться, значно збільшується ризик дострокового переривання вагітності (пізнього викидня і передчасних пологів), важких форм плацентарної недостатності і передчасно відшарування плаценти.

Аналізуючи перинатальні результати розродження, необхідно вказати на високу частоту інтранатальної асфіксії різної міри тягаря (70,0%), у тому числі важкій її мірі в 13,3% випадків. Частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода складає 23,3%, а макроскопічні ознаки інтраамніального інфікування мали місце в двох спостереженнях (6,7%).

Перинатальні втрати в групі пацієнок з лейоміомою матки і загальноприйнятими методами корекції впродовж всієї вагітності склали 5 випадків, або 16,7%, що безумовно є дуже високим показником для сучасного акушерства, навіть враховуючи високий рівень прегравідарної генітальної і соматичної захворюваності, що існує у таких вагітних.

Стан новонароджених в контрольній групі в більшості був задовільним, а оцінка за шкалою Апгар складав 7–9 балів. Серед новонароджених від матерів, які увійшли в I досліджувану групу, в 2 (6,7%) випадках оцінка по Апгар при народженні була менше 3 балів; у 7 випадках (23,3%) знаходилася в межах 3–5 балів; у 10 випадках (33,3%) – 6–7 балів і лише в 6 випадках була вище 8 балів. 5 новонароджених (16,7%) було оцінено за шкалою Сильвермана у зв'язку з їх недоношеністю і наявністю синдрому дихальних розладів.

Середня маса дітей при народженні в контрольній групі склала  $3324,6 \pm 245,3$  г, а в групі жінок з лейоміомою матки – лише  $2790,6 \pm 248,4$  г, що істотно відрізняється між собою ( $p < 0,05$ ). Втрата первинної маси тіла новонароджених від матерів з міомою матки було достовірно більшим в порівнянні з групою фізіологічного контролю, а її відновлення починалося пізніше (на  $7,3 \pm 0,24$  день проти  $5,4 \pm 0,23$  – в контролі). Отже, у дітей від матерів з наявністю лейоміоми матки і стандартним веденням гестації, наголошувалася функціональна незрілість процесів адаптації при переході в постнатальний період. На момент виписки всі діти від жінок контрольної групи відновлювали первинну масу, а при виписці новонароджених від матерів I групи, маса новонароджених не відновилася в 52% випадків ( $p < 0,05$ ).

Серед особливостей неонатальної патології необхідно відзначити гіпоксії поста поразки центральної нервової системи (ЦНС), які спостерігалися в 36% новонароджених з I групи і лише у 1 дитини групи контролю (3,3%). Легенева патологія у вигляді пневмопатії новонароджених була відмічена в 4 випадках в I досліджуваній групі, що відносно загальної кількості новонароджених склало 13,3%. Частота кон'югаційної жовтяниці (гіпербілірубінемії новонароджених) була майже в чотири рази більшою (26,7% проти 6,7%) в новонароджених від матерів I групи, а міра її тягаря (з точки зору на кількісні показники в периферичній крові новонароджених) також достовірно відрізнялася від показників контрольної групи. Частота внутрішньоутробного інфікування (природжений кон'юнктивіт, везикулопостульоз) в I групі дітей складала 6,7%, проте розбіжності з контрольною групою були недостовірними ( $p > 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених клініко-функціональних досліджень, жінки з наявністю лейоміоми матки складають групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології на тлі обтяженого прегравідарного фону, ускладненого перебігу вагітності, порушень матково-плацентарного, а згодом і плодово-плацентарної гемодинаміки, стан нестійкої рівноваги гормонсинтетичної і метаболічної функції плаценти з надмірною напругою і поступовим виснаженням адаптаційним можливостей системи мати-плацента-плід. Все це, а також недостатня ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, є істотною підставою для розробки і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з лейоміомою матки різної локалізації.

### Влияние различной локализации лейомиомы матки на частоту невынашивания беременности О.В. Горбунова, Н.В. Рукмеда

Результаты проведенных клинико-функциональных исследований свидетельствуют, что женщины с наличием лейомиомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне отягощенного прегравидарного фона, осложненного течения беременности, нарушенной маточно-плацентарного, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормонсинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать-плацента-плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических меро-

приятый, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, невынашивание беременности.

**Influence of various localisation leiomyoma of uterus on frequency incompetence of pregnancy**  
**O.V. Gorbunova, N.V. Rukomeda**

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

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

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спитери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5 – С. 82–90.
3. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2011. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушений состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 73, № 4. – P. 593–596.

УДК 618.3-06:618.1-002

**Пути снижения самопроизвольного прерывания беременности у женщин с избыточной массой тела и метаболическим синдромом**

**С.Г. Русалкина**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование предлагаемого алгоритма лечебно-профилактических мероприятий, в первую очередь, позитивно влияет на основные биохимические изменения в I триместре беременности, что проявляется существенным снижением частоты невынашивания. В последующем использование данной методики позволяет предупредить декомпенсированные изменения со стороны системного иммунитета, микробного обсеменения половых путей и со стороны функционального состояния системы мать–плацента–плод. Полученные результаты позволяют научно объяснить клиническую эффективность предлагаемой методики, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** прерывание беременности, метаболический синдром, профилактика.

Невынашивание беременности представляет собой одну из наиболее важных проблем современного здравоохранения во всем мире. При этом частота преждевременного прерывания беременности колеблется в пределах 10–25% [2–4, 6]. Невзирая на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению невынашивания, частота преждевременных родов составляет 5–10% [6].

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 ярче всего проявляется единство нервной и гуморальной регуляции, контролируемая симпатико-адреналовой системой, которая обеспечивает организм женщины созданием достаточных энергетических ресурсов в условиях изменившейся внутренней и внешней среды [2, 4].

Среди разных факторов риска невынашивания все большего значения приобретают начальные фоновые соматические заболевания, особенно эндокринного генеза. 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 разных вариантов дисметаболических нарушений [2, 4].



В последние годы в структуре генитальной и экстрагенитальной патологии особенное место занимают разные эндокринопатии, основным вариантом которых является метаболический синдром (МС), который характеризуется сочетанием гиперинсулинемии, первичной артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирением и поликистозными яичниками, которые часто взаимозависимы и дополняют друг друга [1, 5]. Вместе с тем, беременные женщины с МС имеют повышенный риск развития разных акушерских и перинатальных осложнений, а существующие лечебно-профилактические заходы не всегда эффективны.

Вместе с тем, патогенез невынашивания на фоне МС изучен недостаточно. Отсутствуют четкие данные об особенностях формирования и функциональном состоянии фетоплацентарного комплекса и нарушений состояния внутриутробного плода и младенца в зависимости от начальных особенностей метаболических нарушений. Кроме того, отсутствующие данные о дифференцированном подходе к профилактике невынашивания беременности с учетом основных причин МС.

Все вышеизложенное является четким обоснованием актуальности избранного научного направления.

**Цель исследования:** снижение частоты невынашивания у женщин из МС на основе изучения у них клинико-функциональных, биохимических, иммунологических, эндокринологических и микробиологических особенностей, а также разработки алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью данного научного исследования была разработана программа исследования, которое включает такие моменты:

- отбор контингента обследуемых женщин: наличие МС в анамнезе;
- клинический ход передгравидарного периода с учетом варианта используемой терапии;
- клинический анализ течения беременности и родов;
- оценка состояния метаболизма;
- изучение основных эндокринологических параметров;
- изучение основных иммунологических и биохимических параметров;
- изучение состояния микробиоценоза половых путей;
- компьютерная обработка полученных данных.

Клинико-функциональное и лабораторное исследование было проведено у 60 женщин с МС, распределенных на две группы:

1 группа – 30 женщин с МС, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;

2 группа – 30 женщин с МС, проведенных по разработанной нами методике профилактики невынашивания.

Все пациентки из МС наблюдались совместно с врачом-эндокринологом.

Контрольную группу составляли 30 первородящих без акушерской и соматической патологии.

Критерии включения пациенток в исследование:

- алиментарно-конституциональное ожирение;
- индекс массы тела (ИМТ) > 30.

Критерии исключения пациенток:

- эндокринный генез ожирения (подтвержденный врачом-эндокринологом);
- хроническая сердечная недостаточность;
- грубые нарушения неврологического статуса;
- сахарный диабет;
- заболевание щитовидной железы;
- прием медикаментов, которые влияют на углеводный и жировой обмена.

Критерии выявления компонентов МС:

- ожирение – ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>;
- артериальная гипертензия – артериальное давление систолическое > 140 мм рт.ст. и/или артериальное давление диастолическое > 90 мм рт.ст.;
- гипер-, дислипидемия – уровень в сыворотке крови: триглицерид (ТГ) > 2,0 ммоль/л; общий холестерин (ЗХ) > 5 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности (ЛПНЦ) > 55 ммоль/л и липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) < 1 ммоль/л;
- инсулинорезистентность – показатель индекса Саго < 0,33.

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия заключались в комплексе витаминов и микроэлементов.

Предложенная методика основана на дополнительном использовании антигемоксической терапии.

Методика носила дифференцированный характер, который заключался в том, что для пациенток с ИМТ 30–34,9 однократно, начиная со срока 28 нед, а для пациенток с ИМТ 35 и более – с 12 нед и с 28 нед беременности.

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными факторами риска невынашивания у женщин с МС является отягощенная наследственность (90,0%); начальная генитальная (73,3%) и экстрагенитальная патология (53,3%), а также отягощенный репродуктивный и акушерский анамнез (50,0%).

Частота самопроизвольного прерывания беременности у женщин с МС в I триместре беременности составляет 23,3%. Основными причинами данного осложнения является анэмбриония (28,6%); преждевременное отслаивание хориона (28,6%); беременность, которая не развивается, на фоне интраамниального инфицирования (28,6%) и истмико-цервикальная недостаточность на фоне хронического невынашивания (14,3%). Чаще всего это происходит в 7–8 нед гестации (57,1%) по сравнению с 9–10 нед (28,6%) и 11–12 нед (14,3%).

Уровень репродуктивных потерь у женщин с МС составляет 30,0%, причем в их структуре основное место принадлежит непроизвольному прерыванию беременности в ранние сроки (70,0%) по сравнению с прерыванием гестации в поздние сроки (10,0%) и преждевременными родами (20,0%).

Клиническое течение беременности у женщин с МС характеризуется высокой частотой анемии беременных (71,4%); плацентарной недостаточности (66,7%); нару-

шений микробиоценоза половых путей (66,7%) и преэклампсии (47,6%). При родоразрешении отмечается значительный уровень преждевременного разрыва плодовых оболочек (50,0%); аномалий родовой деятельности (40,0%) и дистресса плода (35,0%), что приводит к высокой частоте абдоминального родоразрешения (35,0%).

Перинатальные результаты родоразрешения женщин с МС характеризуются высокой частотой интра- и постнатальной гибели плода (10,0%); средне-тяжелой асфиксии новорожденных (15,0%); постгипоксической энцефалопатии (16,7%); респираторного дистресса плода (16,7%) и реализации внутриутробного инфицирования (11,5%).

Основные изменения гомеостаза у женщин с МС происходят в I триместре беременности и характеризуются декомпенсированными изменениями углеводного и липидного обмена, системного иммунитета и микробиоценоза половых путей, которые в дальнейшем прогрессируют до родоразрешения.

Функциональное состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с МС характеризуется высоким уровнем эхографических изменений (70,0%); задержки развития плода (50,0%); изменений объема околоплодных вод (35,0%); усилением кровотока в артерии пуповины и маточных артериях на фоне замедления кровотока в средне-мозговой артерии плода; снижением содержания эстриола, прогестерона, хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена, а также морфологическими изменениями в плаценте (патологическая незрелость и нарушение кровообращения).

Использование предложенных лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту невынашивания в 1,4 раза; репродуктивных потерь – в 2,0 раза; плацентарной недостаточности – в 1,6 раза; аномалий родовой деятельности – в 2,0 раза; дистресса плода – в 1,8 раза; кесарева сечения – в 1,8 раза; средне-тяжелой асфиксии новорожденных – в 1,3 раза и постгипоксической энцефалопатии – в 2,1 раза.

### Выводы

Таким образом, использование предлагаемого алгоритма лечебно-профилактических мероприятий, в первую очередь, положительно влияет на основные биохимические изменения в I триместре беременности, которая выявляется существенным снижением частоты невынашивания. В последующем употребление данной методики позволяет предупредить декомпенсированные изменения со стороны системного иммунитета, микробного обсеменения половых путей и со стороны функционального состояния системы мать–плацента–плод. Полученные результаты позволяют научно объяснить клиническую эффективность предложенной методики, которая дает нам право рекомендовать ее для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Шляхи зниження мимовільного переривання вагітності у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом С.Г. Русалкіна

Результати проведених досліджень свідчать, що використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів, насамперед, позитивно впливає на основні біохімічні зміни в I триместрі вагітності, що виявляється істотним зниженням частоти не-

виношування. У подальшому використання даної методики дозволяє попередити декомпенсовані зміни з боку системного імунітету, мікробного обмінення статевих шляхів і з боку функціонального стану системи мати–плацента–плід. Отримані результати дозволяють науково пояснити клінічну ефективність запропонованої методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

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

### Ways of decrease in spontaneous interruption of pregnancy at women with superfluous weight of a body and a metabolic syndrome S.G. Rusalkina

Results of the spent researches testify that use of offered algorithm of treatment-and-prophylactic actions, in the first, positively influences on biochemical changes in 1 trimester of pregnancy that is shown by essential decrease frequencies spontaneous interruption of pregnancy. In the subsequent use given techniques mother–placenta–born allows to warn decompensation changes from outside system immunity, microbic sexual ways and from outside functional conditions of system. The received results allow to explain scientifically clinical efficiency of an offered technique, що grants to us is right recommended it for wide application in practical public health services.

**Key words:** *pregnancy interruption, a metabolic syndrome, preventive maintenance.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С.А. Бутрова. – РМЖ., 2011. – 9 (2). – С. 56–62.
2. Венцовський Б.М. Організаційні та медичні проблеми невиношування вагітності / Б.М. Венцовський, І.Б. Венцовська // Невиношування вагітності: Зб. наук. праць. – К., 2007. – С. 45–48.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева – М.: МИА, 2012. – 768 с.
4. Владимиров Н.Ю. Роль генитальной вирусной инфекции в привычном невынашивании беременности / Н.Ю. Владимиров, Е.П. Когут, Е.Б. Наговицына [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 6. – С. 23–25.
5. Гинзбург М.М. Ожирение. Влияние на развитие МС. Профилактика и лечение / М.М. Гинзбург, Н.Н. Крюков. – М.: МЕДПРАКТИКА-М. – 2012. – 127 с.
6. Голота В.Я. Гінекологія / В.Я. Голота, В.О. Бенюк. – 2011. – 504 с.

УДК 618.17-02:618.14-007.66

## Роль аномалій розвитку матки в генезі порушень репродуктивної функції

**А.П. Садовий**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що жінок з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідловидної матки складають групу високого ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідловидній – вторинного. 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 зниження частоти порушень репродуктивної функції і поліпшення перинатальних результатів розродження. **Ключові слова:** аномалії розвитку матки, репродуктивні аспекти.

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 наукового дослідження:** вивчення клінічних і репродуктивних аспектів дворогої матки.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети були обстежені 45 пацієнток, з яких в 24 була діагностована дворога матка і в 21 – сідловидна.

При аналізі основних причин звернення пацієнток встановлено, що це були порушення репродуктивної функції і невиношування вагітності.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що при бімануальному дослідженні 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 відмічено наявність однієї шийки матки і одного цервікального каналу.

У більшості випадків первинний діагноз дворогої матки був встановлений при ультразвуковому скануванні, оскільки в поперечній площині виявлялося роздвоєння порожнини матки.

При гістеросальпінгографії (ГСГ) виявлялися дві рівнозначні порожнини матки. При аналізі 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 можливі 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 геміпорожнини, кожна з яких мала лише одне гирло маткової труби. У всіх випадках порожнина матки була єдина, шийка матки одна.

У порівнянні з цим, при сідловидній формі матка декілька 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 з 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 запізнена. 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.

При аналізі 7 випадків відсутності порушень репродуктивної функції можна відзначити, що термінові пологи були в 4 з 7 жінок (57,1%), а в 3 (42,9%) – передчасні. Вельми показовим є той факт, що у всіх спостереженнях у вагітних була відмічена наявність плацентарної дисфункції (ПД) і затримка розвитку плода (ЗРП). Наявність дворогої матки відбилася і на методі розродження пацієнток. Так, все 4 випадки доношеної вагітності закінчилися абдомінальним розродженням у зв'язку з наявністю АРМ і високим перинатальним ризиком (ПД і ЗРП). З випадки передчасних пологів були проведені консервативно, а основною причиною дострокового розродження був передчасний розрив плодових оболонок.

При оцінці клінічних і репродуктивних аспектів пацієнток з сідловидною маткою необхідно відзначити, що частота порушень репродуктивної функції була нижча в порівнянні з жінок 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 сідловидної 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 з 9 жінок (55,6%), а в 4 (44,4%) – безпосередньо під час гестації. Доношена вагітність була в 5 з 9 пацієнток (55,6%), причому в 3 з 5 (60,0%) пологів були через природні родові дороги, 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 1 триместрі склала 22,2%, а основними причинами були вагітність, що не розвивається, і повне відшарування хоріону.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінок з аномаліями розвитку матки у вигляді дворогої або сідловидної матки складають групу високої ризику щодо розвитку порушень репродуктивної функції, причому при дворогій матці – первинного безпліддя, а при сідловидній – вторинного. 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 зниження частоти порушень репродуктивної функції і поліпшення перинатальних результатів розродження.

### Роль аномалій розвитку матки в генезі порушень репродуктивної функції

*А.П. Садовой*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщин с аномалиями развития матки в виде двурогой или седловидной матки составляют группу высокого риска по развитию нарушений репродуктивной функции, причем при двурогой матке – первичного бесплодия, а при седловидной – вторичного. Основным репродуктивным 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 снижения частоты нарушений репродуктивной функции и улучшения перинатальных исходов родоразрешения.

**Ключевые слова:** аномалии развития матки, репродуктивные аспекты.

### Role of anomalies of development of a uterus in genesis of infringements of reproductive function

*A.P. Sadovoj*

Results spent researches testify that women with anomalies of development of a uterus in the form of two-horn or saddle uterus make group of high risk on development of infringements of reproductive function, and at a two-horned uterus – first barrenness, and at saddle – secondary. The basic reproductive complication of pregnancy at these patients is premature interruption of pregnancy, and in the subsequent – placental dysfunction with born arrest of development. The received results dictate necessity further studying the given problem, especially in aspect of decrease in frequency of infringements of reproductive function and improvement perinatal outcomes of delivery.

**Key words:** anomalies of development of uterus, reproductive aspects.

### 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 618.173-06:[616.839.1:616.89-008]

## Корекція психологічних і вегетативних розладів в клімактеричному періоді

**О.В. Горбунова, О.Г. Саченко**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що для клімактеричного синдрому характерний високий рівень психовегетативних розладів, що диктує необхідність поєднаного використання замісної гормональної терапії і антидепресантів.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, психовегетативні розлади, корекція.

Клімактеричний період і пов'язані з ним проблеми відносяться до пограничних станів клінічної медицини, у зв'язку з чим жінки в період постменопаузи потребують комплексного обстеження і спостереження лікарями ряду суміжних спеціальностей. У той же час основна відповідальність в постановці діагнозу і виборі методу лікувальної дії лягає на гінеколога, враховуючи визначальну роль естрогенного дефіциту в патофізіології безлічі змін, характерних для клімактеричного періоду [1–3].

Складна біологічна трансформація жіночого організму на тлі вікового зниження і послідовного виключення функцій яєчників, включає перебудову центральної вегетативної нервової системи, що протікає особливо складно, оскільки система протягом 30–35 років функціонувала певною мірою з врахуванням циклічних виділень статевих гормонів. Порушення ендокринно-вегетативної рівноваги змінює секрецію активних біологічних речовин і нейротрансмітерів (катехоламінів, серотоніна, ацетілхоліну та ін.), що тісно взаємодіють з вегетативними системами, і може сприяти виникненню вегетативних порушень генералізованого характеру [1–3].

Разом з біологічною перебудовою відбувається істотна психологічна і соціальна адаптація. Враховуючи це, вважається [1–3], що в основі вегетативних порушень лежать не лише ендокринні, але і психологічні чинники. Відомо, що вегетативні прояви клімактеричного синдрому (КС) носять як перманентний, так і пароксизмальний характер, проте методи, що пропонуються, корекції психовегетативних розладів остаточно на розроблені. Це і зумовлює актуальність вибраного наукового завдання.

**Мета справжнього наукового дослідження:** вивчення клінічних особливостей і структури психовегетативних розладів в клімактерії і представити порівняльну оцінку ефективності гормональної, негормональної і поєднаної терапії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 90 пацієнток з КС і психовегетативними порушеннями, які отримували три варіанти терапії:

- гомеопатичний (клімактоплан);
- замісна гормональна терапії (ЗГТ) (лівіал);
- поєднання ЗГТ і антидепресантів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що психовегетативні розлади найяскравіше виражені в періоді (від 1 до 5 років) постменопаузи і представлені вегетативно-судинними порушеннями (83,3%); больовими синдромами (93,3%); мотиваційними (86,7%) і емоційно-афективними розладами (73,3%). При цьому, в ранньому періоді (від 1 до 5 років) постменопаузи переважали симптоми, характерні для синдрому вегетативної дистонії (83,3%); гіпервентиляційні розлади (100%); больові синдроми (93,3%), головний біль з переважанням мігренозного (40,0%), судинного і поєднаного головного болю (36,7%), а також порушення сну, часті сонні апное (13,3%) і хропіння (70,0%). У цей самий період спостерігали тривожно-депресивні розлади. У пізній період (від 5 до 10 років) менопаузи достовірно переважали порушення сну (86,7%), непрямі ознаки сонних апное: денна сонливість і часті пробудження від відчуття нестачі повітря (46,7%), головний біль (26,7%), помірний і сильний ступені депресії і особиста тривога (76,7%). Показовим є і той факт, що міра вираженості психовегетативних розладів залежала як від періоду клімактерія, так і від наявності в анамнезі гінекологічних захворювань і перенесених гінекологічних операцій.

При порівняльному оцінюванні ефективності різних методик корекції встановлено, що гомеопатична терапія зменшує вегетативні розлади і всіх типів головного болю, покращує сон і не впливає на емоційно-афективний синдром. Замісна гормональна терапія достовірно зменшує вегетативні прояви, переносимість больових відчуттів, зменшує ступінь і частоту судинного головного болю, зменшує емоційно-афективні розлади і покращує показники якості життя. Терапія антидепресантами без гомеопатичної і замісної гормональної терапії впливає переважно на емоційно-афективну сферу шляхом зменшення депресивних і тривожних проявів, що сприяє поліпшенню сну, зменшенню інтенсивності і сприйняття больових відчуттів і призводить до підвищення якості життя.

Поєднана гормональна і психотропна терапія позитивно впливала практично на всі показники вегетативної, мотиваційної і емоційно-афектної сфер, що вивчалися. З високим ступенем достовірності зменшуються больові відчуття і мігренеподібні атаки, частота непрямих ознак сонних апное і підвищується рівень якості життя. Позитивні зрушення відбуваються на тлі підвищення рівнів вільних фракцій статевих гормонів, що свідчить про найбільшу патогенетичну обґрунтованість даного виду терапії.

Показано, що необхідно застосовувати диференційований підхід до лікування психовегетативного синдрому, а саме: за наявності головного болю – переважно гомеопатичну терапію і терапію антидепресантами, судинного головного болю – окрім судиннорозширювальних і гіпотензивних засобів призначати замісну гормональну терапію, а при мігренеподібному головному болю – рекомендувати або поєднану замісну гормональну терапію з психотропною, або психотропну монотерапію за наявності протипоказань до замісної гормональної терапії.

## ВІСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, для клімактеричного синдрому характерний високий рівень психовегетативних розладів, що диктує необхідність поєданого використання замісної гормональної терапії і антидепресантів.

**Коррекция психологических и вегетативных расстройств  
в климактерическом периоде  
О.В. Горбунова, О.Г. Саченко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для климактерического синдрома характерен высокий уровень психовегетативных расстройств, что диктует необходимость сочетанного использования заместительной гормональной терапии и антидепрессантов.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, психовегетативные расстройства, коррекция.

**Correction of psychological and vegetational frustrations at patients  
with a climacteric period.  
O.V. Gorbunova, O.G. Sachenko**

Results of the lead researches testify, that for a climacteric syndrome the high level of psycho-vegetative frustration that dictates necessity complex uses of replaceable hormonal therapy and energizers is characteristic.

**Key words:** a climacteric period, psycho-vegetative frustration, correction.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2012. – № 1. – С. 5–8.
2. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблеми клімаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
3. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії перименопаузальних порушень у жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 2. – С. 94–98.

УДК 618.3:616.361-06

**Шляхи зниження плацентарної  
дисфункції у жінок із хронічною  
патологією печінки на тлі глистової  
інвазії**

М.І. Соколова

Національна медична академія післядипломної освіти імені 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 кишечнику; нормалізувати стан гомеостазу, а також поліпшити функціональний стан печінки і фетоплацентарного комплексу. У сукупності це дозволяє істотно знизити рівень акушерських і перинатальних ускладнень і результати розродження жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, хронічна патологія печінки, корекція.

У 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, яка 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, погіршення якості харчування тощо [1–4].

У структурі соматичної захворюваності протягом останнього десятиліття серед жінок репродуктивного віку, в тому числі і під час вагітності, відбувається істотне зростання захворювань печінки і жовчовивідних шляхів [1–4], що обумовлене 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, а серед основних моментів такої негативної тенденції виділяють порушення функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів, 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. Одним з основних наукових завдань є взаємозв'язок між клінічним перебігом захворювань печінки і

жовчовивідних шляхів під час вагітності і розвитком плацентарної дисфункції, а також розробці адекватних методів її корекції. Нечисленні публікації в цьому напрямі є суперечливими і носять фрагментарний характер. Все це свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

**Мета дослідження:** зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з хронічною патологією печінки і жовчовивідних шляхів 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

Згідно з поставленою метою проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 пацієнток, яких було розділено на три групи.

Контрольну групу склали 50 акушерські і соматично здорових первородящих, розроджених через природні пологові шляхи.

1 групу склали 50 пацієнток з хронічною патологією печінки і жовчного міхура, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи.

2 групу склали 50 жінок з аналогічною соматичною патологією, що отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи.

Загальноприйняте лікування призначалося спонтанно, при появі у вагітних скарг і включало дієту, призначення спазмолітичних і жовчогінних засобів. 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% мірамістину (свічки і мазь вагінально і ректально) або 2% крем далацина.

Дозування препаратів підбирали 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 і жовчовивідних шляхів 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 і жовчовивідних шляхів характеризується високим рівнем передчасного розриву плодових оболонок (32,0%); аномалій пологової діяльності (12,0%); гострого дистресу плода (18,0%); кровотеч в послідовому і ранньому післяпологовому періодах (14,0%). Частота передчасних пологів складає 8,0%, а рівень кесаревих розтинів – 20,0%.

Перинатальні результати розродження у жінок з патологією печінки і жовчовивідних шляхів 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 неонатального періоду ускладнюється постгіпоксичною енцефалопатією (18,0%); гнійно-запальними захворюваннями (10,0%) і гіпербілірубінемією (10,0%).

У жінок з патологією печінки і жовчовивідних шляхів 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 і жовчовивідних шляхів характеризується з 29–30 тиж достовірним зниженням вмісту естріюлу і хоріонічного гонадотропіну, а напередодні розродження відбувається додатково зниження рівня Прогестерону; плацентарного лактогену і пролактину на тлі одночасного збільшення вмісту кортизолу.

Для стану мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з патологією печінки і жовчовивідних шляхів характерно 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, уреоплазм і хламідій.

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

### Пути снижения плацентарной дисфункции у женщин с хронической патологией печени на фоне глистной инвазии

*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.

### Ways of decrease in placentary dysfunction at women with a chronic pathology of a liver against helminthic invasion

*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, chronic pathology of a liver, correction.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. – М.: Медицина, 2008. – С. 264–270.
4. Burroughs A.K. Pregnancy and liver disease // Forum ( Genova). – 2013. – Jan-Feb. – Vol. 8, N 1. – P. 42–58.

УДК 618.145-007.415-06:619.19-037-07

## Диагностические аспекты патологии молочных желез у женщин с бесплодием на фоне генитального эндометриоза

*Ю.В. Стравовецкая*

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

Результаты проведенных исследований показали, что научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии молочных желез на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальной и требует индивидуализированного комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной сочетанной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** *генитальный эндометриоз, патология молочных желез, диагностика, прогнозирование.*

Среди основной патологии репродуктивной системы в настоящих условиях одно из основных мест занимает эндометриоз [1–5]. Основными причинами развития данной патологии является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, значительная частота воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и тому подобное [1, 5].

В настоящее время фиброзно-кистозное поражение молочных желез является патологией, которая достаточно часто встречается среди женщин репродуктивного возраста, а в структуре смертности женщин рак молочной железы занимает одно из первых мест [2, 3]. Среди широкого спектра причин такой неблагоприятной ситуации выделяют начальные дисгормональные нарушения, которые могут начинаться с пубертатного периода, отягощенный репродуктивный анамнез, медико-социальные причины и др. [1–5].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам генитального эндометриоза и фиброзно-кистозному поражению молочных желез отдельно, научные исследования, касающиеся взаимосвязи этих двух патологий, практически, отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении единичные публикации носят фрагментарный характер. Все изложенное выше свидетельствует об актуальности поднимающейся научной задачи.



### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами работы было проведено обследование 50 женщин с генитальным эндометриозом (основная группа) и 50 практически здоровых женщин (контрольная группа) с регулярным менструальным циклом.

Критерием выбора явилось наличие эндометриоза у указанных категорий, а критерием исключения – сочетание эндометриоза с лейомиомой матки, гиперплазией эндометрия и придаточными образованиями. Исследования проводились до лечения эндометриоза на 5–7-й и 21–23-й дни менструального цикла двукратно, потом после лечения в эти же дни через 1, 3, 6, 9 мес после завершения курса лечения.

Подбор в группы осуществляли методом сравнения пар. Все группы рандомизированы по возрасту и паритету.

В каждой из включенных в исследование групп использовали общеклинические, гормональные, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические и гистологические методы исследования. У всех женщин в основной группе эндометриоз подтвержден лапароскопическим методом исследования.

#### Общеклиническое обследование включало следующие моменты:

- анамнез: исследовали жалобы со стороны молочных желез (боль, выделение, наличие очаговых образований), изучали данные о травмах, об оперативном лечении молочных желез, об акушерском анамнезе (количество родов, аборт, длительность лактации), о гинекологическом анамнезе (заболевание матки и придатков, нарушения менструального цикла), о наличии соматических заболеваний;

- обзор молочных желез проводили в вертикальном положении сначала с опущенными, потом с поднятыми руками. Оценивали контуры и величину желез, симметричность, состояние кожных покровов, ровные расположения сосков;

- пальпацию молочных желез осуществляли в вертикальном и горизонтальном положении женщин при поднятых и опущенных руках с последовательным исследованием всех квадрантов железы, а также с пальпацией подмышечных, надключичных и подключичных лимфатических узлов, как региональных зон лимфооттока.

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что развитие сочетанной патологии характеризуется следующими формами генитального эндометриоза:

- эндометриомы – 48,0%;
- аденомиоз – 44,0%;
- сочетание внутреннего и внешнего эндометриоза – 12,0%;
- и патологии молочных желез:
- фиброзно-кистозная мастопатия – 64,0%;
- диффузный фиброаденоматоз – 22,0%;

- фиброаденома – 12,0%;
- очаговый фиброаденоматоз – 2,0%.

Суммарная частота экстрагенитальной патологии у пациенток с сочетанием генитального эндометриоза и патологии молочных желез составляет 91,6%, а в ее структуре преобладают заболевание желудочно-кишечного тракта (70,3%) и тиреоидная патология (40,1%) по сравнению с болезнями почек (16,4%); алиментарным ожирением (10,5%) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (6,2%), при этом уровень разных сочетанных форм составляет 51,9%.

Сочетание генитального эндометриоза и патологии молочных желез является одной из причин высокого уровня невынашивания (24,3%) и нарушений репродуктивной функции (90,7%) с преобладанием вторичного бесплодия (52,6%) по сравнению с первичным (38,1%) при средней его длительности -  $5,67 \pm 0,54$  лет.

Основными клиническими проявлениями сочетанной патологии генитальной и молочных желез является масталгия (82,3%); альгодисменорея (76,4%); галакторея (38,3%) и постоянная тазовая боль (24,2%), частота которых связана с фазой менструального цикла и растет в конце лютеиновой фазы.

Дисгормональные изменения у пациенток с генитальным эндометриозом и патологией молочных желез характеризуются наличием гиперэстрогении в 1 фазу менструального цикла, повышением уровня ФСГ на протяжении всего цикла и гиперпролактинемией в 8,6% наблюдений.

При оценке особенностей кровотока в молочных железах у женщин с генитальным эндометриозом установлено, что несмотря на наличие пролиферативных изменений структуры, наблюдаются дегенеративные изменения сосудистой сети, которые выражаются в снижении показателей кровотока (Ri) в очагах поражения молочных желез.

Наиболее информативными маркерами в развитии и прогрессе патологического процесса в молочных железах при генитальном эндометриозе являются следующие показатели:

- концентрация эстрадиола в плазме крови;
- величина индекса резистентности;
- количество кистозных полостей в железах и их максимальный размер.

Эффективность предлагаемого прогностического правила составляет 78,6%.

Для практической охраны здоровья мы можем рекомендовать следующие моменты:

- с целью прогнозирования развития патологии молочных желез у пациенток с генитальным эндометриозом необходимо использовать диагностический индекс S по формуле:

$$S = 0,1 * X1 + 0,001 * X2 + 0,56 * X3 + 0,4 * X4 - 4,24$$

X1 – величина индекса резистентности

X2 – концентрация эстрадиола в плазме крови в пг/мл

X3 – количество кист в молочных железах

X4 – максимальный размер кисты в мм

При значении диагностического индекса  $S < 0$  диагностируют низкую достоверность возникновения патологии молочных желез.

При значении диагностического индекса  $0 < S < 5$  диагностируют среднюю степень возникновения патологии молочных желез.

При значении диагностического индекса  $S > 5$  судят о высоком риске возникновения патологии молочных желез.

Тактика ведения пациенток с сочетанием генитального эндометриоза и патологией молочных желез при отсутствии показаний к оперативному лечению заключается в лечении сопутствующей экстрагенитальной патологии, использовании направленной гормональной коррекции с учетом данных эндокринологического статуса и метаболической терапии под контрольным результатом биохимических исследований.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии молочных на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальным и требует индивидуализированного комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый нами алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной сочетанной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

#### Діагностичні аспекти патології молочних залоз у жінок з безпліддям на тлі генітального ендометріозу Ю.В. Страховецька

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології молочних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з врахуванням даних додаткових методів дослідження. Пропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, патологія молочних залоз, діагностика, прогнозування.

#### Diagnostic aspects of pathology of mammary glands at women with barrenness against genital endometriosis J. V. Strahovetskaja

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem of increase of efficiency of diagnostics and treatment of a good-quality pathology of mammary glands against genital endometriosis is enough actual and demands the individualised complex campaign with the account data additional methods of research. The offered algorithm allows to raise efficiency of diagnostics and treatment given complex pathologies and to lower disease of women of reproductive age.

**Key words:** genital endometriosis, a pathology of mammary glands, diagnostics, forecasting.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей. / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2007. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза – 2-е изд., испр. и доп. / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2010. – 235 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины. – № 3 (23). – 2005. – С. 72–76.

УДК 618.13-002.3-07-08

## Оптимізація діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки

**В.С. Страховецький**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що алгоритм діагностики хворих з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки включає фізикальне дослідження, бімануальний огляд, бактеріологічне і бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви, каналу шийки матки і уретри, діагностику інфекції, що передається статевим шляхом, трансвагінальне і абдомінальне ультразвукове сканування; при недостатності отриманих результатів необхідно проведення діагностичної лапароскопії. Диференційований підхід до лікування хворих з різними формами гнійно-запальних захворювань придатків матки включає використання лікувально-діагностичної лапароскопії у поєднанні з антибактеріальною і метаболічною терапією під час та після операції. При цьому лікувально-діагностична і контрольна лапароскопія використовується у хворих з гнійним сальпінгітом і пельвіоперитонітом при неефективності протизапальної терапії; у хворих з гнійним сальпінгітом і дифузним перитонітом. Також з гнійно-запальними утвореннями придатків матки проводиться комплексна протизапальна терапія і передопераційна підготовка з наступним використанням лікувально-діагностичної і контрольної лапароскопії; відсутність ефекту від проведеного ендохірургічного лікування служить показанням для проведення лапаротомного хірургічного лікування.

**Ключові слова:** гнійно-запальні захворювання придатків матки, алгоритм, діагностика, лікування.

Своєчасна діагностика і ефективна терапія запальних захворювань органів малого таза є однією з найбільш актуальних проблем в гінекологічній практиці [1–3]. Запальні захворювання статевих органів, що становлять 60–65% серед амбулаторних і до 30% серед стаціонарних хворих, істотно впливають на здоров'я жінок дітородного віку [1–3]. У структурі гінекологічної захворюваності особливе місце займає гнійне ушкодження маткових труб і яєчників, на долю яких доводиться від 4% до 10% [1–3]. Патологічний процес при цьому перебігає з ускладненнями і вираженими поліорганными змінами. Не дивлячись на досягнення сучасної медицини, зберігається летальність при даній патології [1–3].

Прогрес в діагностиці і лікуванні гнійних запальних захворювань придатків матки безпосередньо пов'язаний з упровадженням в клінічну медицину сучасних методів дослідження, які включають разом з інструментальними (ультразвукове дослідження, лапароскопія) і лабораторні, що дозволяє оцінити важкість перебігу запального процесу (або ступінь запальної реакції). За допомогою сучасних методів діагностики надалі виробляється і адекватна тактика лікування [1–3].

У той же час, упровадження в клінічну практику методів діагностичної візуалізації, а також лабораторних методів дослідження, що дозволяють своєчасно виявити збудника інфекції (мікробний чинник), дають можливість на перше місце винести реконструктивні операції [1–3]. Системний підхід до діагностики запальних захворювань органів малого таза передбачає використання сучасних комп'ютерних технологій, що дозволяють виявити чинники ризику і оцінити тяжкість перебігу запального процесу [1–3].

Все викладене вище визначило мету справжнього дослідження – розроблення сучасного алгоритму діагностики і лікування гнійно-запальних придатків матки (ГЗЗПМ).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 308 жінок з ГЗЗПМ, куди увійшли гострий сальпінгіт і оофорит, загострення хронічного сальпінгіту і оофориту (включаючи абсцеси маткової труби, яєчника, тубооваріальний абсцес, піосальпінкс, сальпінгоофорит).

Всі обстежені жінки були у віці від 18 до 61 року. Середній вік склав  $31,5 \pm 2,9$  року.

73,1% поступили в стаціонар в задовільному стані, в стані середньої тяжкості 23,9% і у важкому стані доставлено 3,0% пацієнток.

Тактика ведення хворих визначила дві клінічні групи:

- 1 (основна) група – 51 спостереження з різним об'ємом хірургічного втручання;
- 2 (контрольна) група – 267 хворих, в яких проводилося консервативне лікування.

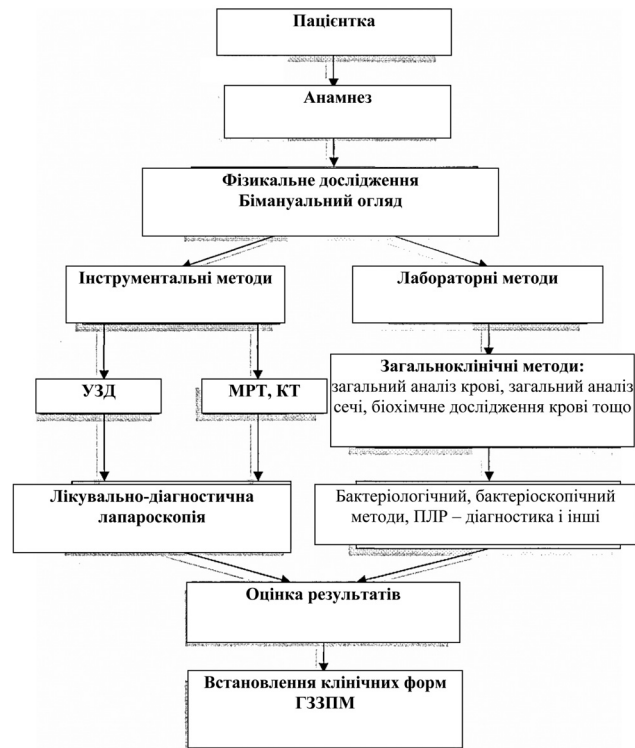
З 308 хворих клініку пельвіоперитоніту або гнійного перитоніту мали 24,7% в обох досліджуваних групах.

Усім хворим було проведено комплексне клініко-лабораторне і інструментальне обстеження.

У всіх хворих під час вступу до стаціонару і в процесі лікування оцінювали динаміку гострофазових показників крові. При підготовці до операції пацієнткам виробляли ультразвукове, рентгенологічне і ендоскопічне дослідження стану шлунково-кишкового тракту, сечовивідних шляхів, системи органів дихання і кровообігу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під системою діагностики і лікування мається на увазі послідовність проведення тих або інших заходів, по завершенню яких в самі короткі терміни



### Алгоритм діагностики хворих з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки

вирішується поставлене завдання: встановлення діагнозу, вибір оптимального методу лікування. Нами розроблена подібна система відносно хворих з різними симптомами ГЗЗПМ.

Розроблений алгоритм діагностики хворих з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки представлений на малюнку.

Безумовно, першим і обов'язковим етапом роботи цієї системи є точне встановлення клінічних форм ГЗЗПМ. Даний етап необхідно розглядати як провідний, оскільки по завершенню його формується основна тактика лікування запального процесу. Для цього використовують ретельне клініко-анамнестичне дослідження.

Слід зазначити, що на наступному етапі обов'язково виконують бактеріологічне і дослідження бактеріоскопії відокремлюваного з піхви, каналу шийки матки і уретри, а також проводиться діагностика хламідійної, уреоплаз-

менної, мікоплазменної інфекції за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) із специфічним діагностикомом.

Третім, і також обов'язковим етапом цього обстеження є трансвагінальне і абдомінальне ультразвукове сканування. Саме ультразвуковий метод дозволяє істотно доповнити дані клінічного дослідження, не вдаючись до інвазивних втручань.

Як показали наші дослідження, ехографія представляє відносно просту, абсолютно неінвазивний і в теж час досить інформативний метод діагностики ГЗЗПМ. Більш того, вживання трансвагінальної ехографії не вимагає спеціальної підготовки жінок і може поєднуватися з традиційним гінекологічним дослідженням, що дуже важливе в клінічно невідкладних ситуаціях (особливо, при диференціації гнійного сальпігоофориту з гострим апендицитом).

Патогномонічними акустичними критеріями гнійно-запальних тубооваріальних утворень є:

- ехо-камера – щільна, нерівномірно потовщена капсула (6–10 мм);
- чіткі контури;
- неоднорідна внутрішня структура – середньодисперсна ехопозитивна суспензія на тлі зниженого рівня звукопровідності.

При гострому запаленні придатків матки відсутня потреба в інформації, отриманій за допомогою ядерно-магнітного резонансу і комп'ютерної томографії.

По-перше, інформативність цих порівняно дорогих і інвазивних методик при гострому запаленні в малому тазу достовірно не перевершує таку трансвагінальної сонографії.

По-друге, в системі діагностики ГЗЗПМ вирішальним методом залишається лапароскопія.

Наступним етапом діагностики (якщо результати попередніх етапів виявилися недостатніми для встановлення остаточного діагнозу) проводять діагностичну лапароскопію.

Диференціальна діагностика гострих запальних захворювань внутрішніх статевих органів жінок з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини (частіше з гострим апендицитом) до сьогодення залишається актуальною проблемою.

Схожість клінічної картини і відсутність чітких діагностичних критеріїв стають причиною діагностичних помилок і проведення необгрунтованої лапаротомії.

Така тактика ведення хворих з неясною клінічною картиною багата прогресом захворювання і розвитком важких ускладнень, що незрідка призводять до летального результату. У зв'язку з цим, важливе значення в діагностиці гострих гінекологічних захворювань набуває лапароскопія. Цей метод дозволяє в найкоротші терміни визначити характер патологічного процесу і вирішити питання про лікувальну тактику.

У системі обстеження хворих з ГЗЗПМ лапароскопія є завершальною ланкою, оскільки представляє найбільш точний метод інструментальної діагностики станів маткових труб і яєчників. Його застосування у хворих з ГЗЗПМ дозволяє в 100% спостереженнях не лише уточнити клінічний діагноз, але і адек-

ватно оцінити тяжкість патологічного процесу і ступінь деструктивних змін в органах і тканинах. Природно, що після встановлення діагнозу «гнійне запалення придатків матки» обґрунтовують тактику лікування цих хворих.

Лікувально-тактичний алгоритм лікування при різних клінічних формах гнійно-запальних захворювань придатків має важливе значення.

Незалежно від тяжкості патологічного процесу призначають комплексну протизапальну консервативну терапію. Остання може носити як ізольований, так і доповнюючий характер.

Свідченнями до ізольованої консервативної терапії при гнійних сальпінгоофоритах є:

- 1) відсутність вказівок в анамнезі на хронічний рецидивуючий перебіг запалення придатків матки;
- 2) відсутність за даними клінічного дослідження і ультразвукового сканування об'ємних патологічних утворень в придатках матки порівняно великих розмірів;
- 3) відсутність як клінічних, так і інструментальних даних про екстрагенітальну патологію запального характеру (гострий апендицит, гострий панкреатит, оментит та ін.).

Протипоказання до екстреної лапароскопії завжди відносні.

Абсолютними протипоказаннями до лапароскопії є:

- 1) важкі захворювання серцево-судинної і дихальної систем у стадії декомпенсації;
- 2) шоківий і коматозний стан;
- 3) порушення згортальної системи крові;
- 4) гостра ниркова або печінкова недостатність;
- 5) значні розміри патологічного утворення внутрішніх статевих органів (більше 15 см в діаметрі);
- 6) цукровий діабет у стадії декомпенсації;
- 7) діафрагмальні грижі.

До відносних протипоказань до лапароскопії відносять:

- 1) ожиріння III–IV ступеня;
- 2) виражений спайковий процес після перенесених операцій на органах черевної порожнини;
- 3) значна кількість крові в черевній порожнині (більше 1 л).

Лікувально-діагностичну лапароскопію виробляють в наступних клінічних ситуаціях:

- 1) за відсутності позитивного клінічного ефекту від комплексної медикаментозної терапії протягом 24–48 год при гнійному сальпінгіті і через 8–12 год при гнійному сальпінгіті і пельвіоперитоніті і при наростанні місцевих і загальних симптомів запалення;
- 2) при підозрінні на перфорацію піосальпінксу або тубооваріального утворення запальної етіології;
- 3) при неможливості виключити гострі хірургічні захворювання (гострий апендицит, некроз жирової підвіски, хвороба Крону);
- 4) за відсутності свідчень до череворозтину.

Об'єм хірургічного втручання індивідуальний і залежить від наступних основних моментів: віку хворих, ініціації процесу, тяжкості гнійної і характеру супутньої патології статевих органів.

Оперативне лікування може бути як органозберігаючим, так і спрямованим на повне видалення гнійного вогнища. У жінок молодого віку і у пацієнок, що не народжують, необхідно прагнути проводити реконструктивно-пластичні операції.

Втручання закінчують санацією порожнини малого тазу озонованим розчином. У порожнину малого тазу встановлюють дренажі з таким розрахунком, аби в післяопераційному періоді можна було налагодити систему санації і підведення антибіотиків або антисептиків.

У тих спостереженнях, коли виконується органозберігальне ендохірургічне лікування (пацієнтки, зацікавлені в збереженні репродуктивної функції) доцільно використовувати контрольну лапароскопію, провідна роль якої полягає в ліквідації і профілактиці рецидивів гнійного процесу і спайкоутворення.

Свідченнями для череворозтину у хворих з ГЗЗПМ є:

- 1) відсутність умов для ендохірургічного лікування (виражений спайковий процес в черевній порожнині, грижі передньої черевної стінки або діафрагми);
- 2) рецидивуючий перебіг гнійної інфекції з тенденцією до генералізації;
- 3) ускладнення ГЗЗПМ, у тому числі
  - перфорація піосальпінксу, піовара, тубооваріального абсцесу з розвитком розлитого перитоніту;
  - поліорганна недостатність;
  - міхурово-придаткові, що сформувалися, кишково-придаткові і черевно-стіночно-придаткові фістули;
  - утворення внутрішньочеревних абсцесів (міжкишковий, піддіафрагмальний, підпечінковий і ін.);
  - двосторонні тубооваріальні абсцеси кістозно-солідної структури, множинні абсцеси в малому тазу, виражені інфільтративні зміни параметральної клітковини;
  - первинне залучення до запального процесу матки (ендометрит, панметрит) у тому числі після абортів, пологів, внутрішньоматкових лікувально-діагностичних маніпуляцій або унаслідок вживання ВМК.
  - супутні захворювання тіла і шийки матки (міома матки, аденоміоз, дисплазія шийки матки).

Аналіз даних літератури, присвячених проблемі ГЗЗПМ, переконує, що система обстеження і лікувально-хірургічна тактика цих хворих представляє складне, багатоконпонентне завдання.

З вказаних позицій, враховуючи основні свідчення і протипоказання до проведення лапароскопії, нами розроблений лікувально-тактичний алгоритм, що дозволяє в максимально стислі терміни і з мінімальними економічними витратами правильно заснувати раціональну тактику ведення і лікування хворих з ГЗЗПМ.

З моменту впровадження в клінічну практику даного алгоритму диференційованого лікування пацієнок з різними формами і варіантами перебігу гнійно-запальних захворювань придатків матки частота виконання радикаль-

них хірургічних втручань у жінок репродуктивного віку знизилася на 74,2%, одночасно зменшилася і кількість гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді. В 24,4% хворих у віці до 35 років удалося зберегти нормальну менструальну функцію. Практично в кожній 6 жінки (16,7%) перенесений гнійний процес не з'явився перешкодою для настання бажаної вагітності.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що алгоритм діагностики хворих з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки включає фізикальне дослідження, бімануальний огляд, бактеріологічне і бактеріоскопію дослідження виділень з піхви, каналу шийки матки і уретри, діагностику інфекції, що передається статевим шляхом, трансвагінальне і абдомінальне ультразвукове сканування; при недостатності отриманих результатів необхідне проведення діагностичної лапароскопії. Диференційований підхід до лікування хворих з різними формами гнійно-запальних захворювань придатків матки включає використання лікувально-діагностичної лапароскопії у поєднанні з антибактеріальною і метаболічною терапією в час і після операції, при цьому лікувально-діагностична і контрольна лапароскопія використовується у хворих з гнійним сальпінгітом і пельвіоперитонітом при неефективності протизапальної терапії; у хворих з гнійним сальпінгітом і дифузним перитонітом, а також з гнійно-запальними утвореннями придатків матки, проводиться комплексна протизапальна терапія і передопераційна підготовка, з наступним використанням лікувально-діагностичної і контрольної лапароскопії; відсутність ефекту від проведеного ендохірургічного лікування служить свідченням для проведення лапаротомного хірургічного лікування.

### Оптимизация диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки В.С. Страховецкий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что алгоритм диагностики больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки включает физикальное исследование, бимануальный осмотр, бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища, шеечного канала и уретры, диагностику инфекции, передающейся половым путем, трансвагинальное и абдоминальное ультразвуковое сканирование; при недостаточности полученных результатов необходимо проведение диагностической лапароскопии. Дифференцированный подход к лечению больных с различными формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки включает использование лечебно-диагностической лапароскопии в сочетании с антибактериальной и метаболитической терапией во время и после операции, при этом лечебно-диагностическая и контрольная лапароскопия используется у больных с гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом при неэффективности противовоспалительной терапии; у больных с гнойным сальпингитом и диффузным перитонитом, а также с гнойно-воспалительными образованиями придатков матки, проводится комплексная противовоспалительная терапия и предоперационная подготовка, с последующим ис-

пользованием лечебно-диагностической и контрольной лапароскопии; отсутствие эффекта от проведенного эндохирургического лечения служит показанием для проведения лапаротомного хирургического лечения.

**Ключевые слова:** гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, алгоритм, диагностика, лечение.

### Optimisation of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions of pyoinflammatory diseases of appendages of uterus V.S. Strahovetsky

Results of the spent researches testify that the algorithm of diagnostics of patients with pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus includes physical research, bimanual survey, bacteriological and bacterioscopic research separated of a vagina, cervix channel and an urethra, diagnostics of an infection, sexually transmitted, transvaginal and abdominal ultrasonic scanning; at insufficiency of the received results carrying out of a diagnostic laparoscopy is necessary. The differentiated approach to treatment of patients with various forms of pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus includes use of a medical-diagnostic laparoscopy in a combination to antibacterial and metabolic therapy in time and after operation, thus the medical-diagnostic and control laparoscopy is used at patients with purulent salpingites and pelviperitonites at an inefficiency of anti-inflammatory therapy; At patients with purulent salpingites and diffusion peritonitis, and also with pyoinflammatory formations of appendages of a uterus, spends complex anti-inflammatory therapy and preoperative preparation, with the subsequent use of a medical-diagnostic and control laparoscopy; absence of effect from spent endosurgery treatments serves as the indication for carrying out laparotomy surgical treatment.

**Key words:** pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, algorithm, diagnostics, treatment.

### 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 618.14-08-035

## Поєднана патологія матки: діагностика і порівняльні аспекти лікування

*В.І. Бойко, В.А. Терехов*

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

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

**Ключові слова:** поєднана патологія матки, лікування, порівняльні аспекти.

У даний час поєднана патологія матки (лейоміома, гіперпластичні процеси ендометрія і аденоміоз) є одним з 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 випадків поєднаної патології матки пов'язане, з одного боку, із збільшеними діагностичними можливостями, з іншого – з погіршенням екологічної обстановки, що призводить до пошкодження ендокринної, імунної і антиоксидантної систем [1, 9].

Не дивлячись на значне число досліджень, присвячених різним аспектам поєднаної патології матки [1–9], до цих пір залишаються невиясненими 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 поєднаної патології матки.

**Мета наукового дослідження:** вивчення порівняльних аспектів різних методів лікування поєднаної патології матки.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 175 хворих з поєднаною патологією матки, яких було розподілено на дві групи залежно від методів лікування:

1 група – 64 пацієнтки, що отримувала різні варіанти консервативного лікування до 6 міс (гестагени, аналози лютеїнізуючого рилізінг-гормону);

2 група – 111 хворих, що перенесли різні варіанти оперативного лікування (від однієї до двох операцій 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 з'ясували наявність наступних проявів: альгоменорея (больові відчуття під час менструації), диспареунія (хворобливість при статевих стосунках) і біль в області таза, не пов'язані з менструацією і статевим актом.

Частота альгоменоренії у пацієнок 1 групи склала 28,1% (від 20,0% при лікуванні агоністами до 33,3% – при використанні гестагенів). На хворобливість статевих актів скаржилися 29,7% жінок цієї ж групи (від 37,5% – при використанні гестагенів до 20,0% – при вживанні агоністів). В порівнянні з цим, болі в області таза, не пов'язані з менструацією і статевим актом були виявлені лише в 9,4% (від 6,7% – при використанні агоністів до 12,5% – при вживанні гестагенів).

Серед жінок, що перенесли різний об'єм оперативного втручання, больовий компонент менструації відзначали лише 8,1% пацієнок, в яких об'єм операції був обмежений однією 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 однієї аднексектомії). Скарги на болі в області таза, 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 поєднаною патологією матки больовий синдром виявляється, в основному, у вигляді альгоменоренії і диспареунії, в той час як больові відчуття в області малого таза, не пов'язані з менструацією і статевим актом, спостерігаються набагато рідше. Всі проаналізовані методи консервативного лікування (від гестагенів до агоністів) володіють недовготривалим ефектом відносно альгоменоренії і практично не впливають на частоту інших проявів больового синдрому при аденоміозі. У свою чергу, однієї аднексектомії також трохи знижує частоту альгоменоренії, 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 таза наростає частота диспареунії, обумовленою вочевидь вже не стільки аденоміозом, скільки яєчникової тканини, 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 таза, що, ймовірно, пояснюється наявністю спайкового процесу.

Для вивчення розладів сусідніх органів у всіх обстежуваних ми з'ясували частоту порушень як з боку шлунково-кишкового тракту (больові 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 поєднаної патології матки скарги на дисфункцію кишечника пред'являла кожна третя хвора (33,3%), а урологічні розлади мали місце в 39,6% обстежених.

Отже, розлади з боку суміжних органів у хворих з поєднаною патологією матки виявляються, в основному, у вигляді дисфункції кишкового (обстипація і діарея) і сечовивідного (прискорене сечовипускання) трактів, хворобливості в області кишечника і сечового міхура, а також хворобливих відчуттів при сечовипусканні. Проведення всіх варіантів консервативної терапії (від гестагенів до агоністів) супроводжується незначне корекцією урологічних розладів разом з істотним погіршенням стану шлунково-кишкового тракту, тоді як радикальне хірургічне лікування призводить до посилювання вже наявних відхилень в стані суміжних органів, причому частота урологічної симптоматики різко наростає у міру збільшення об'єму операції.

При вивченні частоти нейровегетативного, психоемоційного і змінно-ендокринного симптомокомплексів у всіх пацієнок проводилося виявлення наступної симптоматики: головні болі, вестибулопатії, лабільності 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, абсолютно 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 змінно-ендокринних порушень виявлені відповідно в 85,6% і 56,8% пацієнок.

Отже, у хворих з поєднаною патологією матки 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 – істотне поліпшення психоемоційного стану пацієнок, а з іншого – наростання частоти нейровегетативних і обмінно-ендокринних симптомокомплексів, тоді як проведення оперативного лікування ускладнюється розвитком всіх трьох груп порушень, що прогресують у міру збільшення об'єму хірургічного втручання на органах малого тазу.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, використання різних методів лікування поєднаної патології матки призводить до зміни частоти і ступеня вираженості основних клінічних проявів даної патології, причому для кожного варіанту лікування характерні свої специфічні особливості. Отримані результати дозволяють використовувати диференційований підхід для кожної конкретної пацієнтки з врахуванням можливих ускладнень як консервативного, так і оперативного лікування поєднаної патології матки.

## Сочетанная патология матки: диагностика и сравнительные аспекты лечения В.И. Бойко, В.А. Терехов

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

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки, лечение, сравнительные аспекты.

## Combination a uterus pathology: diagnostic and comparative aspects of treatment V.I. Boyko, V.A. Terehov

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

**Key words:** combination a uterus pathology, treatment, comparative aspects.

## 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, 2009. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2010. – 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. Давидов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2008. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомо І.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 2008. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – V. 162, № 2. – P. 565–567.



УДК 618.146-055.23-053.7-06:615.256.3-031.84

## Порівняльні аспекти стану шийки матки при використанні місцевої контрацепції у дівчаток-підлітків

А.Ю. Тітенко

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

Вивчено можливості використання місцевої контрацепції у дівчаток-підлітків. Як показали результати проведених досліджень, місцева контрацепція з використанням препарату Фарматекс є одним з варіантів контрацепції у дівчаток-підлітків, що живуть статевим життям, а також відсутність несприятливої дії на стан шийки матки. При дотриманні всіх необхідних умов, даний варіант контрацепції є досить ефективним і може бути рекомендований для впровадження в кабінетах і центрах по дитячій і підлітковій гінекології.

**Ключові слова:** дівчатка-підлітки, місцева контрацепція, ефективність.

Запобігання вагітності у юних жінок є важливою медико-соціальною проблемою сучасності. Це зумовлено поєднанням ряду чинників – раннім початком статевого життя, в більшості випадків – позашлюбного, значним зростанням числа абортів у підлітків, високою частотою і масою постабортних ускладнень і наслідків, зростанням частоти сексуально-трансмисивних інфекцій, несприятливими результатами ранньої вагітності і пологів для здоров'я молодих матерів і їх нащадків [1–4].

Особливе значення планування вагітності для неповнолітніх полягає в тому, що воно дає можливість жити статевим життям, не піддаючи себе боязні небажаної вагітності, стресам. Молоді люди можуть продовжувати навчання, добиватися професійного зростання, матеріального благополуччя, соціальної зрілості. Контрацептиви для підлітків повинні відповідати декільком вимогам – вони мають бути максимально ефективними, доступними і легко вживаними, мати оборотність і безпеку, крім того, важливе значення має конфіденційність і економічність. До способів контрацепції у підлітків відносяться: презерватив, оральні контрацептиви, методи природного планування сім'ї, діафрагма, сперміциди, в крайніх випадках – посткоїтальна контрацепція [1–4].

Сперміцидні засоби практично не використовуються підлітками, із-за малої проінформованості про ці препарати.

**Мета дослідження:** вивчення впливу місцевої контрацепції на стан шийки матки у дівчаток-підлітків.

Препарат Фарматекс відрізняється найбільш високою сперміцидною і антисептичною активністю, а також зручністю у використанні.

У процесі клінічного спостереження використовували традиційні лабораторні та інструментальні методи: гінекологічний огляд, кольпоскопія, загальноклінічні аналізи крові і сечі, бактеріологічне дослідження вагінального секрету.

Була виявлена наявність порушень мікробіоценозу статевих шляхів у 23,3% дівчат, порушень менструального циклу – у 13,3%. Перед використанням Фарматексу проведено лікування дисбіотичних станів. Вагінальні свічки застосовували 60,0% дівчат, вагінальні таблетки – 16,7%, вагінальний крем – 23,3%.

Переносимість препарату у більшості дівчат була хорошою, лише у 6,7% дівчат було припинено вживання препарату у зв'язку з алергічною реакцією. Позитивний контрацептивний ефект спостерігався в 93,3% дівчат. Вагітність настала у 6,7% дівчат у зв'язку з нераціональним використанням препарату (при повторному статевому акті не була використана свічка або пігулка, або крем).

Якщо дівчина не має постійного статевого партнера краще застосовувати препарат Фарматекс з презервативом, для запобігання тих інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

При виборі препарату Фарматекс були враховані переваги і недоліки місцевої контрацепції.

### Переваги:

- безпечний, контрольований метод, який може застосовувати будь-яка жінка;
- допомагає уникнути багато ІПСШ і пов'язаних з ними ускладнень: запальних захворювань органів малого таза;
- ефективне запобігання вагітності при правильному використанні під час кожного статевого акту;
- відсутність побічних ефектів і впливу на гормональний фон організму, не викликаючи ускладнень, властивих гормональним контрацептивам;
- можливість припинення використання у будь-який час;
- може бути введений за 1 год до статевого акту аби уникнути його переривання;
- сприяє нормалізації мікробіоценозу.

### Недоліки:

- сперміциди можуть викликати роздратування, особливо при прийомі кілька разів на добу.
- можуть викликати алергічну реакцію у жінки та її партнера;
- можуть викликати відчуття паління і жару (в основному за наявності кольпітів).

Проведене нами дослідження показало високий контрацептивний ефект і відсутність несприятливої дії на стан шийки матки препарату Фарматекс у дівчат-підлітків.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, місцева контрацепція з використанням препарату Фарматекс є одним з варіантів контрацепції у дівчаток-підлітків, що живуть статевим життям, а також відсутність несприятливої дії на стан шийки матки. При дотриманні всіх необхідних умов, даний варіант контрацепції є досить ефективним і може бути рекомендований для впровадження в кабінетах і центрах по дитячій і підлітковій гінекології.

### Сравнительные аспекты состояния шейки матки при использовании местной контрацепции у девочек-подростков

*А.Ю. Титенко*

Изучены возможности использования местной контрацепции у девочек-подростков. Как показали результаты проведенных исследований, местная контрацепция с использованием препарата Фарматекс является одним из вариантов контрацепции у девочек-подростков, живущих половой жизнью, а также отсутствие неблагоприятного воздействия на состояние шейки матки. При соблюдении всех необходимых условий, данный вариант контрацепции является достаточно эффективным и может быть рекомендован для внедрения в кабинетах и центрах по детской и подростковой гинекологии.

**Ключевые слова:** девочки-подростки, местная контрацепция, эффективность.

### Comparative aspects of a condition of cervix uterus at use of local contraception at girls-teenagers

*A.J. Titenko*

Opportunities uses local contraception at girls-teenagers are investigated. As have shown results of the lead researches, local contraception with use of preparation «Pharmatex» is one of variants of contraception at the girls-teenagers, living a sexual life, and also absence of adverse influence on a condition of a cervix of a uterus. At observance of all necessary conditions, the given variant of contraception is effective enough and can be recommended for introduction in cabinets and the centers on children's and teenage gynecology.

**Key words:** girls-teenagers, local contraception, efficiency.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків та контроль за його станом // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 1. – С. 48–49.
2. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 2011. – 560 с.
3. Планирование семьи. Методы контрацепции / Практическое руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна. – СПб.: Сотис. – 2012. – 181 с.
4. Роберт А. Хэтчер. Основы контрацепции. Руководство для медицинского персонала. – 2010. – 203 с.

УДК 618.19-008.1-06:618.17-008.8-02

## Функціональний стан молочних залоз із врахуванням фази менструального циклу

*С.П. Усачова*

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

Результати проведених досліджень дозволяють припустити 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. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу діагностичних заходів у жінок з патологією молочних залоз.

**Ключові слова:** менструальний цикл, молочні залози, функціональний стан.

Останні роки характеризуються різким зростанням частоти захворювань молочних залоз. Найбільш питому вагу серед їх доброякісної патології складають гіперпластичні процеси, об'єднані загальним терміном «фіброзно-кістозна хвороба» або «мастопатія». У той же час, в структурі злоякісних новоутворень у жінок частота пухлин молочних залоз (19,8%) перевищує таку пухлин тіла (6,8%), шийки матки (5,2%) і яєчників (4,9%) [1, 2].

Дані про ехографічні відмінності між фізіологічним станом і патологічними змінами в молочних залозах украй обмежені і неоднозначні, що свідчить про актуальність вибраного наукового напряму.

**Мета наукового дослідження:** вивчення впливу фази менструального циклу на функціональний стан молочних залоз.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-ехографічне і лабораторне обстеження 50 жінок різного віку (від 16 до 50 років) без патології молочних залоз.

Обстеження включало разом із загальноприйнятими методами фізикальне і ультразвукове дослідження молочних залоз, доплерографію з кольоровим доплерівським картуванням (КДК) кровотоку в артеріях паренхіми.

Ультразвукове дослідження молочних залоз проводилося на ультразвуковому діагностичному апараті «Аloka SSD-1700» з використанням лінійного датчика з частотою 7,5–10 МГц згідно стандартній методиці. З метою кількісного аналізу зображення молочної залози здійснювали вимір товщини паренхіми (фіброгландулярної зони – ФГЗ). Вимір проводили в області її найбільшої вираженості, тобто у

Таблиця 1

**Товщина фіброгландулярної зони (ФГЗ) молочної залози у жінок різного віку (M±m; min-max; мм)**

Вік, роки	№ п/п	ФГЗ на 5-7-й день менструального циклу	ФГЗ на 20-23-й день менструального циклу	ΔФГЗ	p
		I	II	III	
16-18	1	10,1±0,6	11,1±0,3	1,2±0,3	p I-II <0,01
19-35	2	10,9±0,5	12,4±0,6	1,4±0,2	p I-II <0,001
36-45	3	9,3±0,4	10,4±0,6	1,1±0,3	p I-II <0,01
46-50	4	7,9±0,5	8,3±0,5	0,4±0,1	p I-II <0,01
p		p 1-4 <0,05 p 2-3 <0,05 p 2-4 <0,001	p 1-4 <0,01 p 2-4 <0,01 p 3-4 <0,05	p 1-4 <0,05	-

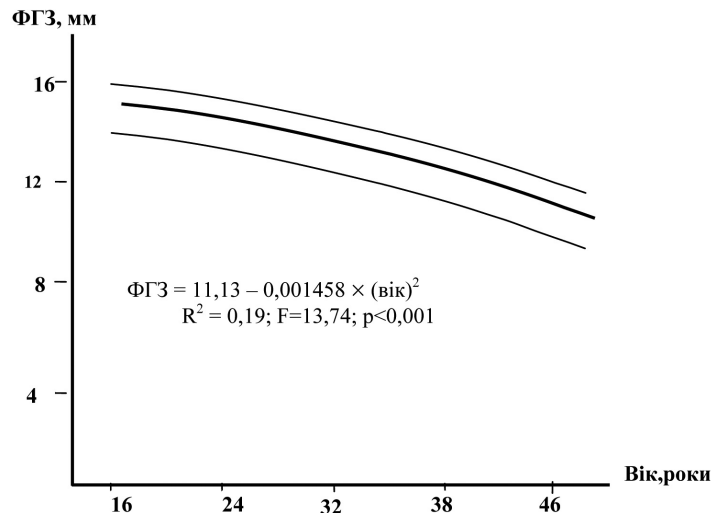
ΔФГЗ – різниця між товщиною ФГЗ на 20-23 і 5-7 день циклу.

верхньому зовнішньому квадранті молочної залози уздовж радіальної лінії, що розділяє даний квадрант навпіл. Вимір здійснювали від зовнішнього контуру переднього до зовнішнього контуру заднього листка розщепленої фасції. Після визначення товщини ФГЗ в правій і лівій молочній залозі обчислювали її середню величину. Для з'ясування міри циклічних змін даного показника обчислювали різницю між середньою товщиною ФГЗ на 20–23-й день і 5–7-й день менструального циклу.

У верхньому зовнішньому квадранті молочних залоз за допомогою доплерографії і кольорового доплерівського картирування (КДК) здійснювали реєстрацію кривих швидкостей кровотоку (КШК) в артеріях паренхіми. Оцінювання КШК виконували за допомогою якісного аналізу. Для цього використовували величини систоло-діастолічного відношення (СДВ), індексу резистентності (ІР) і пульсаційного індексу (ПІ). Після визначення величин якісних показників в правій і лівій молочних залозах обчислювали їх середні величини. Пульсаційний індекс (ПІ) розраховували як відношення різниці максимальною швидкостями систоли і кінцевої діастолі кровотоку до середньої швидкості кровотоку. Індекс резистентності (ІР) є відношенням різниці максимальної швидкості систоли (А) і кінцевої діастолі до максимальної швидкості систоли кровотоку.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середні значення товщини паренхіми молочних залоз у жінок 46–50 років нижче за таких 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 разів відповідно). Виявлена також достовірна різниця в товщині паренхіми на 5–7-й день менструального циклу у жінок 19–35 порівняно з 36–45 роками, на 20–23-й день – в 19–35 років порівняно з 46–50 роками, а також в 36–45 років порівняно з 46–50 роками (табл. 1). Визначений зворотний



### Залежність товщини фіброгландулярної зони молочних залоз на 5–7-й день менструального циклу від віку жінок

взаємозв'язок між товщиною паренхіми на 5–7-й день ( $r=-0,43$ ;  $p<0,001$ ) і 20–23-й день циклу ( $r=-0,44$ ;  $p<0,001$ ) і віком пацієнток. На малюнку представлена динаміка зниження товщини паренхіми із збільшенням віку жінок. Отримані результати обумовлені віковою інволюцією тканин молочних залоз, їх жировою трансформацією і фіброзуванням.

Виявлений зворотний взаємозв'язок між мірою 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 (залозистої тканини, опорної і ложевої стромі) і їх чутливістю до регулюючого впливу оваріальних гормонів.

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 –  $r=-0,38$ ;  $p<0,01$ ).

Таблиця 2

Значення якісних показників кровотоку в паренхіматозних артеріях молочної залози на 5-7-й і 20-23-й дні менструального циклу (M±m; min-max)

Вік	№ п/п	СДВ		ІР		р
		5-7 день м. ц.		20-23 день м. ц.		
		I	II	III	IV	
16-18	1	4,6±0,5	0,8±0,03	2,8±0,3	0,6±0,05	-
19-35	2	4,9±0,4	0,8±0,02	3,7±0,3	0,6±0,03	P I-III <0,001 P II-IV <0,001
36-45	3	4,2±0,3	0,7±0,02	3,3±0,2	0,7±0,06	P I-III <0,05 P II-IV <0,001
46-50	4	7,2±0,8	0,8±0,03	6,1±0,7	0,8±0,05	P I-III <0,05
р	4	p3-4 <0,01 p1-4 <0,05 p2-4 <0,05	p 3-4 <0,05 p 2-4 <0,05	p 3-4 <0,01 p 1-4 <0,01 p 2-4 <0,05	p 1-4 <0,05 p 2-4 <0,05	-

ΔФГЗ – різниця між товщиною ФГЗ на 20-23 і 5-7 день циклу.

Параметри опору в артеріях паренхіми у пацієнток різного віку представлені в табл. 2. 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 ІІ 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), ІІ (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 ІІ (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-й день (табл. 2).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, 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. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу діагностичних заходів у жінок з патологією молочних залоз.

### Функциональное состояние молочных желез с учетом фазы менструального цикла

С.П. Усачева

Результаты проведенных исследований позволяют предположить наличие циклических изменений гемодинамических условий в паренхиме молочных желез у здоровых женщин репродуктивного возраста. Усиление кровоснабжения паренхимы во вторую фазу цикла может быть обусловлено влиянием овариальных гормонов и пролактина на тонус сосудов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических мероприятий у женщин с патологией молочных желез.

**Ключевые слова:** менструальный цикл, молочные железы, функциональное состояние.

### The functional condition of mammary glands taking into account a phase of menstrual cycle

S.P. Usacheva

Results of the spent researches allow to assume presence of cyclic changes of haemodynamic conditions in parenhime mammary glands at healthy women of reproductive age. Blood supply strengthening parenhima in the second phase of a cycle can be caused influence ovarial hormones and prolactinum on a tone of vessels. The received results are necessary for considering by working out of a complex of diagnostic actions at women with a pathology of mammary glands.

**Key words:** menstrual cycle, mammary glands, functional condition.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство /Под ред. Айламазян Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 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.

## Влияние сочетанной патологии яичников и молочных желез на клиническое течение климактерического синдрома

**Р.Р. Чуприна**

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

Результаты проведенных исследований показали, что использование предлагаемой методики лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения климактерических нарушений у пациенток с ДПМЖ. Это подтверждается результатами не только клинических исследований, но и дополнительными методами. Полученные результаты дают право рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** доброкачественная патология молочных желез, климактерические нарушения, коррекция.

В связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе вырос интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы. Установлено, что универсальными «маркерами» эстрогенного дефицита, который развивается в климактерии, есть не только вазомоторные нарушения и эмоционально психический дискомфорт, характерные для перименопаузы, но и дисгормональные изменения в молочных железах [1–3].

В последние годы проблеме патологии молочных желез у женщин пре- и климактерического периода уделяется большое внимание, что обусловлено крайне выраженным негативным влиянием разных новообразований молочных желез на качество жизни женщин в климактерии и ожидаемом удвоении в ближайшие годы популяции женщин, которые страдают данной патологией [4–6]. Проблема доброкачественных новообразований молочных желез изучается в течение многих лет, однако результаты исследований о взаимосвязи климактерического синдрома и новообразований молочных желез (КС) достаточно противоречивы. Показано, что развитие основных клинических симптомов исследуемой патологии связывают, преимущественно, с дисгормональными изменениями. Невзирая на значительное число научных сообщений по проблеме климактерических нарушений и новообразований молочных желез нельзя считать все вопросы полностью решенными.

Одним из наиболее актуальных заданий данного научного направления есть возможность коррекции климактерических нарушений у женщин с доброкачественными новообразованиями молочных желез, что позволит улучшить результаты лечения основной патологии и качество жизни пациенток старших возрастных групп.

**Цель исследования:** снижение частоты и степени тяжести климактерических нарушений у женщин с доброкачественной патологией молочных желез (ДПМЖ) на основании изучения основных эндокринологических, биохимических и психологических изменений, а также усовершенствования и внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели было проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 30 женщин с физиологичным течением климактерического периода (контрольная группа); 155 пациенток с клиническими проявлениями климактерического синдрома (КС) и наличием в 75 пациенток ДПМЖ, которые были распределены на три группы:

1 группа – 30 пациенток с климактерическими расстройствами без патологии молочных желез, которые получали общепринятые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия.

2 группа – 50 женщин с климактерическими расстройствами на фоне патологии молочных желез, которые получали общепринятые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия.

3 группа – 75 женщин с климактерическими расстройствами на фоне патологии молочных желез, которые получали предложенную нами лечебно-профилактическую программу, причем были выделены три подгруппы в зависимости от варианта используемой заместительной гормональной терапии.

Основные особенности дифференцированного подхода к заместительной гормональной терапии у указанной категории женщин (3 группа):

- Фемостон конти 1/5 – преимущество в назначении данного варианта заместительной гормональной терапии отдавали пациенткам с климактерическими проявлениями (25 женщин – подгруппа 3.1) на фоне патологии молочной железы (фиброзная мастопатия, фиброаденоматоз).

- Анжелик (2 мг дроспиренона и 1 мг 17β-эстрадиола) – преимущество в назначении данного препарата с целью заместительной гормональной терапии предоставляли женщинам с климактерическими расстройствами (25 пациенток – подгруппа 3.2) на фоне патологии молочной железы (фиброаденоматоз, фиброзная мастопатия), а также со склонностью к артериальной гипертензии, избыточной массой тела и склонностью к отекам. Преимущество предоставлено, учитывая доказанный антиминералокортикоидный эффект дроспиренона, предупреждение реабсорбции натрия и задержки жидкости в организме с мягкой артериальной гипертензией.

- Ливиал тибалон – преимущество в назначении данного препарата отдавали женщинам с климактерическими проявлениями (25 женщин – подгруппа 3.3) на фоне патологии молочной железы (фиброзно-кистозная мастопатия), так как в данном случае ткань молочной железы особенно чувствительна к эстрогенному влиянию, а также тем пациенткам, которые категорически отказывались от заместительной гормональной терапии или имели абсолютные противопоказания к использованию заместительной гормональной терапии. В данную подгруппу также включены пациентки с патологией матки (гиперплазия эндометрия, фибромиома матки). Данный препарат относится к группе тканево-селективных регуляторов эс-

трогенной активности, который рядом с устранением климактерических проявлений благоприятно влияет на сердечно-сосудистую систему, стимулирует эндометрий, не вызывает нагрубания и болезненности молочных желез, предупреждает развитие постменопаузального остеопороза.

Дополнительно назначали: седативные препараты (персен, валериана, новопа-сид); комплекс витаминов группы В; препарат Витрум кардио омега-3 (комплекс незаменимых омега-3 полиненасыщенных жирных кислот с витамином Е, обладающим гиполипидемическим и антиагрегантным эффектом).

Минимальной курс заместительной гормональной терапии составлял 1 год.

Если не удавалось полностью провести коррекцию выраженности климактерических расстройств после однолетнего курса заместительной гормональной терапии, в дальнейшем поддерживающую и реабилитационную терапию составляли препараты фитостероидного состава (мастодинон), пролонгированный режим применения препарата Витрум кардио-омега-3, а также препарат Абьюфен, который является симптоматическим средством лечения приливов в течение всего периода клинических проявлений климактерию без ограничения времени.

Оценка эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий проводилась через 3, 6 и 12 мес.

Для всех женщин была разработана программа обследования, которая включала следующие моменты: клинический анализ течения КС; маммографическое и ультразвуковое исследование молочных желез и органов малого таза; кольпоскопия и цитологическое исследование; исследование гормонального гомеостаза: лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол (Е2), прогестерон (П), тестостерон (Т), пролактин (Прл), тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин (Т3) и свободный тироксин (Т4); биохимическое исследование крови: общий билирубин (ОБ); холестерин (ХЛ); β-липопротеиды (ЛП); триглицериды (ТГ) и кислая фосфатаза (ЛФ), а также содержание основных микроэлементов: калий (К), натрий (Na), кальций (Ca), хлориды (Cl), медь (Cu) и железо (Fe) и оценка психосоциального статуса.

При сборе анамнеза обращали внимание на время появления первой менструации, характер менструальной функции, регулярность и длительность циклов, начало половой жизни, особенности репродуктивного периода (количество и особенности течения беременности и родов), время прекращения менструаций, особенности течения климактерического периода, раннего постменопаузального периода (5 лет после менопаузы), позднего постменопаузального периода (больше 5 лет после последней менструации); наличие сопутствующих гинекологических заболеваний; наличие экстрагенитальной патологии; факторы риска развития остеопороза: курение, малоподвижный образ жизни, астеническое телосложение; прием медицинских препаратов в течение длительного времени, в том числе ЗГТ или гормональных контрацептивов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре ДПМЖ у женщин с КС преобладают фиброзно-кистозная (49,3%) и фиброзная мастопатия (30,4%), а также фиброаденоматоз (20,3%).

При ДПМЖ менопауза чаще характеризуется симптомом «выпадения» – у 74,0% женщин развивается олигоменорея с укорачиванием менструального цикла, а у 26,0% – менструации прекращаются резко. Менопауза чаще характеризуется более ранним началом (раньше на  $2,6 \pm 0,2$  года), и удлинением средней длительности в 2 раза больше.

В структуре климактерических нарушений при ДПМЖ преобладает тяжелая (30,0%) и средняя степень (44,0%) за счет таких симптомов, как приливы жара, нарушения сна, раздражительность и депрессивное настроение.

Изменения эндокринологического статуса у пациенток из КС на фоне ДПМЖ характеризуются достоверным снижением содержания Э2 и Т4 на фоне одновременного увеличения уровня ФСГ, ЛГ, Т, Прл и ТТГ.

Психовегетативные расстройства у пациенток с ДПМЖ и климактерическими нарушениями заключаются в высокой частоте нарушений сна (100,0%), головной боли (100,0%), ожидания хронической болезни (90,0%), депрессивных состояний (70,0%), потери женственности (43,3%) и собственной значимости (40,0%).

Использование предложенных лечебно-профилактических мероприятий позволяет через 6 мес увеличить частоту легкой степени климактерических нарушений в 1,4 раза на фоне одновременного снижения уровня тяжелых форм в 3,2 раза. Эти изменения происходят на фоне одновременного снижения частоты таких клинико-психологических проявлений как приливы жара – в 2,1 раза; нарушение сна – в 1,9 раза; раздражительность – в 1,9 раза; депрессивное настроение – в 1,8 раза и головную боль – в 2,1 раза.

Для практической охраны здоровья можно порекомендовать следующие моменты:

1. С целью снижения частоты климактерических нарушений у женщин с ДПМЖ необходимо использовать дифференцированный подход к ЗГТ в сочетании с метаболической терапией. Дозирование и длительность использования решаются индивидуально под контролем основных клинико-лабораторных и функциональных показателей, но минимум срок их приема должен составлять 6 месяцев.

2. Для оценки эффективности проведенной коррекции климактерических нарушений у женщин из ДПМЖ необходимо динамическое (3, 6 и 12 мес) использование клинических, эндокринологических, биохимических и психологических методов исследования.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, использование предложенной методики лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность лечения климактерических нарушений у пациенток из ДПМЖ. Это подтверждается результатами не только клинических исследований, но и дополнительными методами. Полученные результаты дают нам право рекомендовать данную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Вплив поєднаної патології яєчників і молочних залоз на клінічний перебіг клімактеричного синдрому

*Р.Р. Чуприна*

Результати проведених досліджень показали, що використання запропонованої методики лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування клімактеричних порушень у пацієнок із ДПМЗ. Це підтверджується результатами не тільки клінічних досліджень, але й додатковими методами. Отримані результати дають нам право рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** *доброякісна патологія молочних залоз, клімактеричні порушення, корекція.*

### Influence of combined pathologies of ovariums and mammary glands on clinical current of climacteric syndrome

*Р.Р. Чуприна*

Results of the spent researches have shown, that use of an offered technique of treatment-and-prophylactic actions allows to raise efficiency of treatment of climacteric infringements at patients with a good-quality pathology of mammary glands. It proves to be true results not only clinical researches, but also additional methods. The received results grant to us is right recommend the given technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** *a good-quality pathology of mammary glands, climacteric infringements, correction.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М., Нізова Н.М., Татарчук Т.Ф. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 1. – С. 48–58.
2. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. Системные изменения, профилактика и коррекция климактерических расстройств: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2011. – 685 с.
3. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2012. – № 1. – С. 5–8.
4. Татарчук Т.Ф. Фізіологія та патологія клімактеричного періоду // Нова медицина. – 2012. – № 5. – С. 18–25.
5. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 720 с.
6. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблема климаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 6. – С. 72–76.

УДК 618.14-089:617.55

## Диференційована тактика хірургічного лікування поєднаної патології матки

*В.А. Шамрай*

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

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінальне хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своїй актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки і її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень вказує на наявні резерви в зниженні їх частоти особливості у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

**Ключові слова:** *поєднана патологія матки, хірургічне лікування.*

Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням в практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій. Використання нових прогресивних технологій в медицині змінило погляди на загальноприйнятну тактику ведення пацієнок з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки на сьогоднішній день застосовуються різні доступи оперативного лікування. Проте залишаються до цих пір не вивченими критерії відбору, свідчення, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення і віддалені результати при призначенні того або іншого оперативного доступу при поєднаній патології матки [1–4].

Враховуючи високий сучасний рівень клінічного обстеження при підготовці до оперативного лікування гінекологічних хворих, найчастіше виявляються декілька захворювань матки, що вимагають хірургічної корекції. Свідченням до оперативного лікування є наявність міоми матки в комбінації з аденоміозом, поєднання міоми з нетриманням сечі і генітальним пролапсом [1–4].

На сьогоднішній день пропонуються і впроваджуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали як трансплантати, знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, місце традиційного абдомінального доступу займає лапароскопічний і вагінальний. Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняють нові, що викликає спори серед лікарів тих, що достатньо довго оперують традиційними методами. Крім того, з врахуванням різноманіття можливих хірургічних доступів не визначені свідчення, протипоказання і чіткі критерії вибору оперативного доступу при необхідності хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки. Це наводить до поляризації думок фахівців про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах міоми матки, наявності спайкового процесу органів черевної порожнини і малого тазу [1–4].

На нашу думку не всі наукові завдання даного напрямку на сьогоднішній день повністю вирішені. Одним з таких питань є тактика абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки.

**Мета дослідження:** вивчити особливості абдомінального хірургічного лікування поєднаної патології матки.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 359 жінок з поєднаною патологією матки, яким були проведені різні варіанти оперативного лікування. У основну групу включено 125 жінок з наявністю поєднаної патології матки, з приводу чого було проведено абдомінальне хірургічне лікування (34,8%). Діагноз підтверджувався клінічними і анамнестичними даними, результатами ультразвукового дослідження, в подальшому підтверджувався гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу.

У нашому дослідженні критеріями включення з'явилися:

Вік від 35 до 70 років.

2. Розміри матки від 5 до 20 тиж вагітності.

3. Стресове нетримання сечі 2–3 тип.

4. Прولاпс геніталій будь-якого ступеня тяжкості.

Критерії виключення з дослідження:

1. Вік менше 35 років і старше 70 років.

2. Міома матки більше 20 тиж (в цьому випадку питання про вибір хірургічної тактики вирішувалося на користь абдомінального череворозтину в будь-якій віковій категорії пацієнток, що пов'язане з тривалістю оперативного втручання малоінвазивними доступами).

3. Важка супутня соматична патологія:

- цукровий діабет у стадії декомпенсації;

- гіпертонічна хвороба, ускладнена серцевою недостатністю з високим операційним ризиком;

- ниркова недостатність;

- системні захворювання у стадії декомпенсації.

4. Наявність нетримання сечі при нарузі 1 типу.

Хворих основної групи було розподілено на три підгрупи залежно від виду поєднаної патології матки.

Слід зазначити, що середній вік пацієнток в першій підгрупі (60 пацієнток з поєднанням міоми і аденоміозу) склав  $53,3 \pm 7,1$  року.

Другу підгрупу склали 24 хворих, з поєднаною патологією матки і симптомами нетримання сечі (СНМ), яким проводилася пластика стінок піхви власними тканинами (13 пацієнток з нетриманням сечі 2 типу і 11 пацієнток з нетриманням сечі 3 типу з формуванням цистоцеле). Більшість пацієнток в першій підгрупі 2-ї групи були у віці старше 50 років, а їх середній вік склав  $57,2 \pm 12,3$  року.

Третю підгрупу склали 41 пацієнтка, якою були виконані традиційні операції трансабдомінальним доступом. У цій підгрупі виконувалися операції з видаленням органу, при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією

Таблиця 1

Середні розміри пухлини матки (M±m)

Обстежені групи	Трансабдомінальний доступ	
	До 50 років	Старше 50 років
Міома матки у поєднанні з аденоміозом	10,6±5,4 тиж	13,2±4,2 тиж
Міома матки у поєднанні з СНМ	9,0±2,4 тиж	12,2±3,2 тиж
Міома матки у поєднанні з пролапсом геніталій	9,0±2,3 тиж	10,0±3,3 тиж

кукси піхви або шийки матки по Кохеру. Також використовувалася методика фіксації апоневротическим клаптом. При збереженні органу переважно виконувалися операції з фіксацією органу апоневротичним клаптом. Усі операції завершувалися передньою і задньою кольпораффією. Середній вік цих жінок склав  $46,5 \pm 4,1$  року.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що трансабдомінальний доступ при поєднанні міоми і аденоміозу використовувався у 33,7% пацієнток, за наявності симптому нетримання сечі при нарузі використані в 40,7% (у поєднанні з алопластиком); при генітальному пролапсі і поєднаній патології матки – в 35,7% жінок. Розміри органу, що видаляється, в більшості випадків були головним чинником при виборі оперативного доступу. У табл. 1 приведені середні розміри матки, що визначають критерії вибору трансабдомінального втручання.

Віковий критерій за приведеними даними також був важливим моментом при виборі оперативного доступу. 40,6% пацієнток мали вік до 50 років, а 59,4% – старше 50 років.

Критеріями вибору хірургічного доступу були розмір пухлини, необхідність проведення ревізії черевної порожнини, перенесені раніше операції, особливо з наявним в анамнезі ускладненим перитонітом, тривалість перебігу захворювання. Так само наявність екстрених свідчень для лапаротомії при кровотечі і вираженої анемізації пацієнтки. В разі наявності пролапсу вибір доступу визначався свідченнями необхідності видалення органу або бажання пацієнтки зберегти репродуктивний потенціал.

При поєднаній патології матки (наявність аденоміозу і міоми) свідченнями до оперативного лікування послужили:

- великі розміри пухлини, тобто понад 14 тиж. Пухлини таких розмірів не схильні до регресу і не піддаються консервативній терапії;

- швидке зростання пухлини з появою скарг на болі, дисменорею, диспареунію;

- рясні тривалі ациклічні кровотечі, що призводять до анемізації;

- наявність ознак деструкції в тканині вузла з появою больового синдрому, запальними змінами;

- перекут субсерозного вузла;



- наявність під слизового вузла великих розмірів з частковим інтерстиціальним розташуванням вузла, не доступного для гістерорезекції, особливо за наявності множинної міоми або поєднання з аденоміозом;

- шийчне розташування крупного вузла, із збільшенням загального розміру матки.

Використовувалися загальноприйняті етапи проведення оперативного трансабдомінального втручання. При виборі об'єму операції на матці керувалися станом шийки матки. За наявності ектопії, ознак ендометріозу шийки матки або дисплазії в цитологічній картині виконувалася тотальна гістеректомія. Субтотальна гістеректомія виконувалася при незмінній шийці матки, наполегливому бажанні жінки зберегти вагінальну частину шийки матки. Також при збереженні шийки матки керувалися підходом про краще збереження архітектоніки тазового дна при неушкоджених кардинальних і крижово-маткових зв'язках.

Аналіз ускладнень при виборі череворозтину як оперативний доступ у пацієнок 1 підгрупи при поєднанні міоми матки і аденоміозу показав збільшення кількості ускладнень при подовженні часу операції; у пацієнок старшої вікової групи і при збільшенні об'єму органу, що видаляється.

Ранні післяопераційні ускладнення (в т.ч. і інтраопераційні) склали 3 випадки на 60 (5,0%). Включали 2 випадки (3,3%) розбіжності швів на передній черевній стінці і 1 випадок (1,7%) поранення сечового міхура з інтраопераційним його ушиванням.

Пізнні післяопераційні ускладнення включили 5 випадків (8,3%). У пізньому післяопераційному періоді у 3 жінок (5,0%) сформувався стійкий больовий синдром, пов'язаний з проведеною операцією і формуванням спайкового процесу. У 2 випадках (3,3%) пацієнтки пред'являли скарги на диспареунію.

Загальна кількість ускладнень (ранніх і пізніх) у пацієнок 1 підгрупи з використанням трансабдомінального доступу при поєднанні міоми матки і аденоміозу складала 13,3%.

У 2 підгрупі переважаючий відсоток пацієнок (83,2%) мали невеликий об'єм видаленої матки (до 14 нед); 45,8% пацієнок окрім симптомів нетримання сечі мали ознаки цистоцеле, при цьому 89,5% з них відносилися до вікової категорії старше 50 років.

У цій підгрупі пацієнок використовувався трансабдомінальний доступ при необхідності видалення органу. Симптоми нетримання сечі при нарузі корегувалися методикою з використанням фасціального клаптя і формуванням дублітури передміхурної фасції при передній кольпорафії. У пацієнок з наявністю цистоцеле накладався кисетний шов на передміхурну фасцію із зануренням цистоцеле, далі виконувалася традиційна пластика передньої стінки піхви.

Ранні післяопераційні ускладнення склали 2 випадки (8,3%). У 1 випадку (4,2%) при трансабдомінальному втручанні виникло ускладнення з боку операційної рани з розбіжністю країв операційної рани, в 1 випадку (4,2%) під час операції пошкоджений сечовий міхур, рана ушита інтраопераційно, пацієнтка виписана додому на 10 діб.

У пізні післяопераційні ускладнення ми включили всі виниклі рецидиви при спостереженні за пацієнтками від 1 року і більш, при цьому виявляється

високий відсоток ускладнень. Пізнні післяопераційні ускладнення виявлені в 4 випадках, що склало 16,7%. При їх аналізі 2 випадках (8,3%) пацієнтки мали рецидив захворювання, у 2 пацієнок (8,3%), спостерігалися симптоми диспареунії і формування стійкого больового синдрому. Загальна кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень при вживанні трансабдомінального доступу із застосуванням пластики з використанням аутоканин склав 25,0%.

У третій підгрупі виконувалися операції з видаленням органу в 18 (43,9%) випадках при поєднанні пролапсу з міомою або аденоміозом з фіксацією кукси піхви або шийки матки. При збереженні органу переважно виконувалися операції з фіксацією органу апоневротичним клаптем, така операція була виконана в 23 (56,1%) випадках. Всі операції завершувалися пластичною - передньою і задньою кольпографією. Більшість пацієнок в третій підгрупі були у віці від 35 до 50 років, а їх середній вік склав  $46,1 \pm 3,4$  року.

Ранні післяопераційні ускладнення у пацієнок 3 підгрупи з використанням трансабдомінального доступу склали 3 випадки (7,3%). Пізнні післяопераційні ускладнення включили 4 випадки (9,8%). У 2 випадках (5,9%) мав місце рецидив захворювання, і в 2 (5,9%) спостерігалися симптоми диспареунії і формування стійкого больового синдрому. Загальна кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень при вживанні трансабдомінального доступу при пролапсі склав 7 випадків (17,1%). Таким чином, у кожній шостій пацієнтки було те або інше незадоволення результатами проведеної операції.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдомінальне хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своєї актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки і її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень вказує на наявні резерви в зниженні їх частоти особливості у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

### Дифференцирована тактика хірургічного лічення сочетанной патології матки В.А. Шамрай

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминальное хирургического лечения сочетанной патологии матки не теряет своей актуальности в связи с поздней диагностикой миомы матки и ее большими размерами. Сравнительный анализ ранних и поздних осложнений указывает на имеющиеся резервы в снижении их частоты особенности у женщин старше 50 лет. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики оперативного лечения сочетанной патологии матки.

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки, хирургическое лечение.

### Differentiated tactics of surgical treatment of combination uterus pathologies

V.A. Shamraj

Results of the spent researches testify that use abdominal surgical treatment combination pathology of uterus does not lose the urgency in connection with late diagnostics of a myoma of a uterus and its big sizes. The comparative analysis of early and late complications specifies in available reserves in decrease in their frequency of feature at women is more senior 50 years. The received results are necessary for considering by working out of tactics of operative treatment сочетанной uterus pathologies.

**Key words:** combination uterus pathology, surgical treatment.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2010. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоварикотомического 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. – 2011. – № 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., 2012. – С. 6–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб.: Фолиант, 2009. – 542 с.

УДК 618.17-039:614.25

## Вплив генітальної патології жінок – медичних працівників на стан сексуального здоров'я

О.С. Шелигін

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

Результати проведених досліджень свідчать, що зниження сексуальності у медичних працівників вищезазначених і найбільш поширених професій є одним з найбільш ранніх симптомів дії комплексу лікарських препаратів, напруженості трудового процесу, з якими вони мають контакт в ході виробничої діяльності і тому необхідно, на наш погляд, включити його як одного з діагностичних критеріїв в ході медичних оглядів жінок вищезазначених професій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок-медичних працівників.

**Ключові слова:** медичні працівники, сексуальне здоров'я.

В умовах сьогодення пріоритетним є проблема охорони і зміцнення здоров'я працюючого населення, перш за все жінок, з метою збереження трудового потенціалу і створення умов для економічного розвитку країни [1–3]. Специфіка трудової діяльності медичних працівників пов'язана з дією професійних чинників, здатних викликати захворювання, наводити до втрати працездатності, інвалідності, а у ряді випадків бути безпосередньою загрозою життю [1–3]. Проблема охорони репродуктивного здоров'я медичних працівників багатогранна, і її рішення передбачає взаємодію різних напрямів охорони здоров'я і соціальної політики держави з врахуванням національних особливостей і міжнародних стандартів.

Не дивлячись на важливість проблеми, в літературі недостатньо доказових даних за станом сексуального здоров'я медичних для жінок працівників, що, безумовно істотно впливає на стан їх репродуктивного здоров'я.

**Мета справжнього дослідження:** оцінювання сексуального здоров'я жінок-медичних працівників.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основну групу склали 50 жінок лікарів різних спеціальностей (хірурги, акушер-гінекологи, лікарі функціональної діагностики, терапевти), які дали згоду взяти участь в анкетуванні. Контрольну групу склали 50 службовців, що не мають в процесі професійної діяльності контакту з шкідливими виробничими чинниками.

Оцінка сексуальності проводилася за допомогою спеціальний розробленої анкети. Дані анкети дозволяють визначити стан лібідо, оргазму, сім'явипорскування, захворюю-

вання сечостатевої системи, стан статевих органів. Окрім цього, матеріали анкети дозволяють визначити дисгармонію сексуальних стосунків, напруженості подружніх стосунків з врахуванням виробничих і соціально-побутових чинників.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать про несприятливий вплив виробничих чинників на стан сексуальності жінок вивчених нами професійних груп. При цьому, просліджується зв'язок між ступенем сексуальної функції і професійним стажем. Особливо виразний вплив виробничих чинників на сексуальність виявилось в змінах лібідо в групі жінок хірургів. Ці зміни зареєстровані в осіб, що мають стаж 5 і більше років.

Виражені зміни сексуальної функції, переважно, у вигляді зниження лібідо також в групі лікарів акушерів-гінекологів. Найбільш значимі зміни у жінок, що мають стаж в даній професії 5–9 років і більше 10 років.

У медичних працівників, фахівців функціональної діагностики порівняно з контрольною групою реєструється істотна тенденція до збільшення числа скарг на зниження лібідо. Особливо це чітко просліджується при стажі в даній професії 5–9 років.

Звертає на себе увагу збільшення відсотка дисгармонії подружніх стосунків, що призводить до зниження лібідо. Особливо це чітко просліджується при стажі в даній професії 5–9 років. Більшість змін зареєстрована, переважно, у вікових групах від 26 до 40 років, тобто, в самому репродуктивному віці. Хоча і реєструються поодинокі випадки зниження лібідо у віці від 23–25 років.

При вивченні стану сексуальної сфери у лікарів терапевтів істотних змін порівняно з контрольною групою не виявлено.

Таким чином, аналіз отриманих даних показав наявність виражених відмінностей в частоті виникнення порушень сексуальної функції у лікарів хірургів, акушерів-гінекологів, фахівців функціональної діагностики. Ці зміни виявляються у вигляді порушення лібідо і знаходяться залежно від часу контакту з шкідливими виробничими чинниками і, переважно, реєструються в репродуктивному віці. Отримані матеріали дозволяють передбачати, що порушення сексуальності визначаються, в першу чергу, токсичною дією комплексу хімічних чинників, тяжкістю і напруженістю трудового процесу. Причому, концентрація цих речовин, як показали наші дослідження, значно перевищують гранично-допустимі.

Відомо, що ряд лікарських речовин несприятливо впливає на ендокринну систему, порушують функціональну активність осі гіпофіз-гонади. Якщо судити по мірі сексуальних порушень у хірургів, то можна говорити про певну хвилеподібність, яка свідчить про існування періоду компенсації і потім, як один з проявів декомпенсації є досить різке зниження сексуальності у жінок, що мають стаж роботи більше 10 років. У лікарів акушерів-гінекологів сексуальна активність помітно змінюється при стажі більше 5 років, тобто ці зміни виявляються в групах репродуктивного віку.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що зниження сексуальності у медичних працівників вищеназваних і найбільш поширених професій є одним з найбільш ранніх симптомів дії комплексу лікарських препаратів, напруженості трудового процесу, з якими вони мають контакт в ході виробничої діяльності і тому необхідно, на наш

погляд, включити його як одного з діагностичних критеріїв в ході медичних оглядів жінок вищеназваних професій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок-медичних працівників.

### Влияние генитальной патологии женщин-медицинских работников на состояние сексуального здоровья

*А.С. Шельгин*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что снижение сексуальности у медицинских работников вышеназванных и наиболее распространенных профессий является одним из наиболее ранних симптомов воздействия комплекса лекарственных препаратов, напряженности трудового процесса, с которыми они имеют контакт в ходе производственной деятельности и поэтому необходимо, на наш взгляд, включить его в качестве одного из диагностических критериев в ходе медицинских осмотров женщин вышеназванных профессий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья женщин-медицинских работников.

*Ключевые слова: медицинские работники, сексуальное здоровье.*

### Influence of genital pathologies of women - medical workers on a condition of sexual health

*A.S. Shelygin*

Results of the spent researches testify that decrease in sexuality at medical workers of the above-named and most widespread trades is one of the earliest symptoms of influence of a complex of medical products, and consequently it is necessary for intensity of labour process with which they have contact during industrial activity to include, in our opinion, it as one of diagnostic criteria during medical inspections of women of the above-named trades. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for preservation of reproductive health of women-medical workers.

*Key words: medical workers, sexual health.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод, рекомендации /сост. Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Корганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан; Ростовский Гос. мед. ун-т. – Ростов н/Д, 2012. – 35 с.
2. Баке М.Ч. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.Ч. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Мед. труда и пром. экология. – 2012. – № 3. – С. 28–33.
3. Веккер И.Р., Сетко Н.П., Антоненко Б.Н. Роль факторов окружающей среды в перинатальной патологии // Гигиена и санитария. – 2011. – № 3. – С. 29–32.

УДК 618.14-003.92-072.1:618.5-089.888.61

## Роль гистероскопии в оценке состояния рубца на матке после операции кесарева сечения

*И. М. Шлапак*

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что повышение концентрации провоспалительных цитокинов в ткани нижнего маточного сегмента во время родов обеспечивает миграцию и активацию эндотелиальных клеток, лейкоцитов и фибробластов, а также повышение экспрессии факторов роста, участвующих в регуляции репаративного процесса и стимулирующих процесс неангиогенеза. Следовательно, совокупность морфологических и функциональных изменений нижнего маточного сегмента во время срочных физиологических родов потенциально обеспечивает более благоприятные условия для последующего течения заживления и неангиогенеза в области раны на матке и повышает вероятность формирования «состоятельного» рубца. Отмечена высокая диагностическая ценность проведения гистероскопии с последующей иммуногистохимической оценкой состояния рубца на матке. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма родоразрешения женщин с рубцом на матке.

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

На протяжении последних 15–20 лет как и во всех странах отмечается рост частоты кесарева сечения в 3–4 раза. Согласно данным литературы, частота операции составляет от 13 до 45% [1–5].

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

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме кесарева сечения, нельзя считать все вопросы полностью решенными, особенно в плане особенностей иммуногистохимической и гистероскопической оценки состояния рубца на матке после операции кесарева сечения.

**Цель научного исследования:** является изучение особенностей иммуногистохимической и гистероскопической оценки состояния рубца на матке после операции кесарева сечения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью определения влияния характера выполнения первой операции кесарева сечения на формирование местного микроокружения, предшествующего репара-

тивным процессам в области раны на матке, оценивали особенности морфологии и обмена отдельных цитокинов в ткани нижнего маточного сегмента при доношенной беременности и во время срочных родов у 60 беременных, родоразрешенных абдоминальным путем впервые: I группу составили 29 пациенток, у которых операцию кесарева сечения проводили в активную фазу первого периода срочных родов при целом плодном пузыре; во II группу вошла 31 женщина, у которых первая операция выполнена при доношенной беременности до начала родовой деятельности.

Комплексное иммунологическое обследование пациенток, родоразрешенных абдоминальным путем, включало определение концентрации основных классов интерлейкинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), фактор некроза опухоли (ФНО $\alpha$ ) и интерферона (ИФН $\gamma$ ) в гомогенате ткани нижнего маточного сегмента, биоптаты которого были получены во время операции кесарева сечения.

Морфологическое исследование биоптатов нижнего маточного сегмента, полученных при первых и при повторных операциях кесарева сечения, а также фрагментов рубца на матке, полученных во время гистероскопии, проводили с использованием окраски срезов гематоксилином – эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, по Романовскому-Гимзе. Проводили морфометрическое исследование, включавшее количественную оценку сосудистого и клеточного компонентов нижнего маточного сегмента при доношенной беременности и во время срочных родов. Исследование сосудистого компонента включало подсчет количества сосудов артериального типа, измерение их среднего диаметра и среднего диаметра просвета в пяти произвольно выбранных полях зрения. Для определения численной плотности лейкоцитов (лимфоцитов, нейтрофильных гранулоцитов, плазматических и тучных клеток, эозинофилов, макрофагов) и фибробластов в ткани нижнего маточного сегмента применяли квадратную тестовую систему, совмещаемую на экране компьютера с изображением, полученным с помощью цифровой видеокамеры микроскопа. Количество клеток подсчитывали в 1 мм<sup>2</sup> среза.

Качественное иммуногистохимическое определение коллагена I, III и IV типов в биоптатах нижнего маточного сегмента, полученных при первых и при повторных операциях кесарева сечения, а также фрагментов рубца на матке, полученных во время гистероскопии, проводили с использованием поликлональных антител кролика, специфичных к коллагену человека I, III и IV типов.

Через 12 мес после первой операции кесарева сечения выполняли гистероскопию с биопсией области послеоперационного рубца. Для проведения исследования использовали гистероскоп («KARL STORZ», Германия). При макроскопической оценке выделяли три типа гистероскопической картины рубца на матке после операции кесарева сечения: при I типе гистероскопической картины рубец на матке практически не визуализировался; при II типе гистероскопической картины среди мышечных элементов определялись плохо васкуляризованные элементы соединительной ткани; при III типе гистероскопической картины визуализировался широкий соединительнотканый бессосудистый рубец.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациентки были сопоставимы по возрасту, клинико-анамнестическим данным, структуре экстрагенитальной и гинекологической патологии, особенностям

течения настоящей беременности, сроку гестации на момент родоразрешения, у всех беременных предстояли первые роды. Все пациентки были госпитализированы в акушерское отделение патологии беременности в плановом порядке для подготовки к абдоминальному родоразрешению, ведущим показанием к операции кесарева сечения у 94,8±2,9% беременных I основной группы и у 96,8±2,2% пациенток II основной группы являлось наличие миопии высокой степени, осложненной хориоретинальной дистрофией. Пациентки I основной группы были прооперированы запланировано в связи с развитием родовой деятельности, срок гестации на момент родоразрешения составил, в среднем, 39,5±0,6 нед.

Длительность первого периода родов на момент операции составила 5,2±0,7 ч. Операция кесарева сечения у женщин II основной группы была произведена в плановом порядке при доношенной беременности, срок гестации на момент родоразрешения составил, в среднем, 39,6±0,5 нед. Продолжительность операции была сопоставима в обеих исследуемых группах: 35,4±2,9 мин у женщин I основной группы и 36,4±2,1 мин у пациенток II основной группы. Объем интраоперационной кровопотери был достоверно выше у пациенток I основной группы, и составил, в среднем, 498,3±40,7 мл, в то время как у пациенток II основной группы – 516,13±48,7 мл,  $p<0,0001$ , однако, ни у одной из пациенток интраоперационная кровопотеря не превышала 700 мл. Росто-весовые показатели и оценка новорожденных по шкале Апгар были сопоставимы в исследуемых группах, случаев асфиксии новорожденных в исследуемых группах не было. Послеоперационный период у всех пациенток протекал физиологически.

С целью уточнения характера заживления раны на матке и ранней диагностики послеоперационных гнойно-воспалительных заболеваний на 4–5-е сутки у всех пациенток произведено УЗИ матки с доплерометрической оценкой кровотока в области перенесенного оперативного вмешательства. Согласно полученным результатам, все ультразвуковые показатели находились в пределах нормальных значений для данного срока послеоперационного периода, достоверных различий по величине исследуемых параметров послеродовой матки между I и II основными группами выявлено не было. Значения показателей кровотока, полученные в ходе качественного анализа кривых скорости кровотока в радиальных артериях области перенесенного оперативного вмешательства, были достоверно ниже у пациенток I основной группы по сравнению с женщинами II основной группы: индекс резистентности 0,49±0,01 и 0,52±0,01, соответственно,  $p<0,001$ ; пульсационный индекс 1,70±0,06 и 1,94±0,07, соответственно,  $p<0,0001$ ; систоло-диастолическое отношение 1,91±0,07 и 2,15±0,11, соответственно,  $p<0,001$ ). Указанные параметры косвенно могут свидетельствовать о более оптимальной васкуляризации за счет более низких значений периферического сосудистого сопротивления.

Следовательно, доплерометрическое исследование кровотока в области перенесенного оперативного вмешательства у пациенток, родоразрешенных абдоминальным путем впервые, показало, что выполнение операции во время срочных родов оказывает положительное влияние на процесс неоваскуляризации в области послеоперационной раны.

Согласно результатам морфологического исследования, биоптаты нижнего маточного сегмента, полученные у пациенток I основной группы при выполнении

операции кесарева сечения во время срочных родов, характеризовались рядом микроскопических особенностей, отличающих их от нижнего маточного сегмента пациенток II основной группы, прооперированных при доношенной беременности. Так, наряду со структурной перестройкой мышечного компонента во время родовой деятельности, нижний маточный сегмент характеризовался увеличением количества сосудов артериального типа и площади сосудистого русла. Кроме того, в нем отмечалось появление участков лейкоцитарной клеточной инфильтрации.

При морфометрической оценке васкуляризации нижнего маточного сегмента в исследуемых группах было установлено, что количество сосудов артериального типа, их диаметр и процент площади просвета сосудов были достоверно выше у пациенток I основной группы, по сравнению с пациентками II основной группы.

При морфометрическом исследовании биоптатов нижнего маточного сегмента, окрашенных по Романовскому-Гимзе, установили, что абсолютное и относительное количество некоторых клеточных элементов лейкоцитарного и фибробластического ряда в исследуемых образцах ткани у пациенток I основной группы было достоверно выше, чем у пациенток II основной группы: так абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм<sup>2</sup> нижнего маточного сегмента у пациенток I основной группы в 2,7 раза превосходило таковое у пациенток II основной группы, абсолютное количество макрофагов – в 4 раза, абсолютное число фибробластов – в 3 раза.

При иммунологическом исследовании концентрация провоспалительных цитокинов и факторов роста в гомогенатах ткани нижнего маточного сегмента была достоверно выше во время срочных родов по сравнению с доношенной беременностью: содержание интерлейкина (ИЛ-1β) в ткани нижнего маточного сегмента пациенток I основной группы превышало таковое в 1,5 раза, фактора некроза опухоли (ФНОα) – в 4 раза, ИЛ-8 – в 10 раз, интерферона (ИФНγ) – в 1,5 раза у пациенток II основной группы.

Повышение концентрации провоспалительных цитокинов в ткани нижнего маточного сегмента во время родов обеспечивает миграцию и активацию эндотелиальных клеток, лейкоцитов и фибробластов, а также повышение экспрессии факторов роста, участвующих в регуляции репаративного процесса и стимулирующих процесс неоваскуляризации. Следовательно, совокупность морфологических и функциональных изменений нижнего маточного сегмента во время срочных физиологических родов потенциально обеспечивает более благоприятные условия для последующего течения заживления и неоваскуляризации в области раны на матке и повышает вероятность формирования «состоятельного» рубца.

При гистероскопической оценке у большинства пациенток I и II основной групп диагностировали II тип гистероскопической картины рубца на матке после кесарева сечения, однако, в данной ситуации однозначно судить о состоянии рубца на матке не представляется возможным. Первый тип гистероскопической картины в 2,5 раза чаще наблюдали у женщин I основной группы, прооперированных во время срочных родов ( $p=0,04$ ), в то время как III тип гистероскопической картины в 3 раза чаще диагностировали у пациенток II основной группы, родоразрешенных абдоминальным путем при доношенной беременности ( $p=0,04$ ).

Иммуноморфологическое исследование биоптатов рубца на матке позволило повысить диагностическую ценность гистероскопии через 12 мес после первой опе-

рації. Согласно полученным результатам, пациентки I основной группы в 1,7 раза чаще имели морфологически полноценный рубец на матке после операции кесарева сечения, по сравнению с пациентками II основной группы: «состоятельный» рубец на матке, микроскопически характеризующийся преобладанием в его структуре упорядоченно расположенных гладких миоцитов, окруженных плотной волокнистой соединительной тканью в виде тонких прослоек и широких полей с многочисленными сосудами различного типа и выраженной экспрессией коллагена I типа, наблюдался у 37 (63,8±6,3%) пациенток, родоразрешенных абдоминальным путем во время срочных родов, и у 22 (35,5±6,1%) женщин, впервые прооперированных в плановом порядке при доношенной беременности ( $p=0,04$ ), что подтверждает влияние характера выполнения первой операции кесарева сечения на процесс формирования рубца на матке.

#### ВИВОДИ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что повышение концентрации провоспалительных цитокинов в ткани нижнего маточного сегмента во время родов обеспечивает миграцию и активацию эндотелиальных клеток, лейкоцитов и фибробластов, а также повышение экспрессии факторов роста, участвующих в регуляции репаративного процесса и стимулирующих процесс неангиогенеза. Следовательно, совокупность морфологических и функциональных изменений нижнего маточного сегмента во время срочных физиологических родов потенциально обеспечивает более благоприятные условия для последующего течения заживления и неангиогенеза в области раны на матке и повышает вероятность формирования «состоятельного» рубца. Отмечена высокая диагностическая ценность проведения гистероскопии с последующей иммуногистохимической оценкой состояния рубца на матке. Полученные результаты необходимо использовать при разработке алгоритма родоразрешения женщин с рубцом на матке.

#### Роль гістероскопії в оцінюванні стану рубця на матці після операції кесарева розтину I.M. Шлапак

Результати проведених досліджень свідчать, що підвищення концентрації прозапальних цитокинів в тканині нижнього маткового сегменту під час пологів забезпечує міграцію і активацію ендотеліальних клітин, лейкоцитів і фібробластів, а також підвищення експресії чинників зростання, що беруть участь в регуляції репаративного процесу і стимулюють процес неангіогенезу. Отже, сукупність морфологічних і функціональних змін нижнього маткового сегменту під час термінових фізіологічних пологів потенційно забезпечує сприятливі умови для подальшого загоєння і перебігу неангіогенезу в області рани на матці і підвищує вірогідність формування «спроможного» рубця. Відзначена висока діагностична цінність проведення гістероскопії з подальшим імуногістохімічним оцінюванням стану рубця на матці. Отримані результати необхідно використовувати при розробленні алгоритму розродження жінок з рубцем на матці.

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

#### Role of hysteroscopia in estimation of condition of hem on uterus after cesarean section operation I.M. Shlapak

Results of the spent researches testify that increase of concentration proinflammatory cytokines in fabric bottom uterine segment at the time of delivery provides migration and activation endothelial cells, leukocytes and fibroblasts, and also increase of an expression of factors of the growth participating in regulation reparative of process and stimulating process neoangiogenesis. Hence, set of morphological and functional changes bottom uterine segment during urgent physiological sorts potentially provides more favorable conditions for the subsequent current of healing and neoangiogenesis in the field of a wound on a uterus and raises probability of formation of a «well-founded» hem. High diagnostic value of carrying out of hysteroscopia with the subsequent immunohistochemistry an estimation of condition of hem on uterus is noted. The received results are necessary for using by algorithm working out delivery women with hem on uterus.

**Key words:** hem on uterus, hysteroscopia.

#### 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. – 2011. – № 1. – С. 20–22.
4. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 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.

УДК 618.1-089.168.1-06-084-053.86/.89

## Особливості гемостазіологічних порушень після оперативного лікування гінекологічних хворих старших вікових груп

**В.В. Яцентюк**

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

Проведено клініко-гемостазіологічне оцінювання чинників ризику тромбоембологічних ускладнень при проведенні гінекологічних операцій у жінок старших вікових груп. Показано, що попередження ризику тромбоембологічних ускладнень є неприйнятною умовою хірургічного лікування у хворих старших вікових груп на тлі соматичної патології і ускладненим перебігом основної патології. Велике практичне значення має передопераційна діагностика характеру коагулопатії і вибір оптимального методу корекції дефекту гемостазу.

**Ключові слова:** гінекологічні операції, тромбоембологічні ускладнення, старша вікова група.

Гінекологія є клінічною дисципліною, де впровадження сучасних досягнень коагулології має найважливіше науково-практичне значення. Це пов'язано з тим, що тромбоембологічні ускладнення є постійним супутником, практично, будь-якій гінекологічній патології і багато в чому визначають результати гінекологічних операцій, причому як планових, так і ургентних [1, 2].

Фундаментальним досягненням коагулології останніх років, що дозволив переглянути патогенез і методи інтенсивної терапії тромбоембологічних ускладнень в гінекологічній клініці, з'явилося відкриття і обґрунтування загальнобіологічної сутності синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) крові, як патогенетичного компонента ряду захворювань і патологій: синдром системної запальної відповіді (ССЗВ); гострий респіраторний синдром (ГРДС); поліорганна недостатність (СПОН); сепсис та ін. [1, 2].

В той же час, значущість ДВЗ-синдрому в гінекологічній клініці до теперішнього часу вивчена украй недостатньо. Зокрема, властиві ДВЗ-синдрому клінічні прояви (гемокоагуляційний шок, ГРДС і СПОН, клініцистами зазвичай зв'язуються з перебігом основного захворювання, або розглядаються окремо, як самостійні, не об'єднані загальним патогенезом, що утрудняє своєчасну діагностику і терапію цієї патології.

З наявних повідомлень не можна отримати цілісного уявлення про частоту і тяжкість ДВЗ-синдрому залежно від характеру гінекологічної патології і об'єму оперативного втручання. Залишаються досить спірними і дискусійними думки по кла-

сифікаційній структурі ДВЗ-синдрому в ургентних і клінічних ситуаціях, питання диференціальної діагностики і тактики лікування тромбоембологічних ускладнень. Крім того, на нашу думку, вимагає подальшого практичного вивчення свідчення, оптимальні варіанти моніторингу, шляхи введення і дозування різних видів гепарину.

Особливу групу високого ризику складають пацієнтки старших вікових груп (після 60 років), причому основними свідченнями до проведення у них оперативного лікування є кісти і кістоми яєчників, опущення і випадання внутрішніх статевих органів [1, 2]. В той же час, питання профілактики у цих хворих тромбоембологічних ускладнень вивчені недостатньо, а наявні поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Все викладене вище визначає актуальність справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** вивчити особливості розвитку тромбоембологічних ускладнень після гінекологічних операцій у жінок старших вікових груп.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 жінок з різною гінекологічною патологією, яких було розподілено на наступні групи:

- 1-а група – 10 пацієнток у віці старше 60 років, в яких мали місце ускладнені форми кіст або кістом яєчників (порушення трофіки, приєднання запального процесу);
- 2-а група – 30 пацієнток у віці старше 60 років з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи (кардіосклероз, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба), прооперованих з приводу кіст або кістом яєчників в плановому порядку;
- 3-я група – 30 жінок у віці старше 60 років, прооперованих з приводу опущення і випадання внутрішніх статевих органів.
- група порівняння – 30 пацієнток у віці старше 60 років, прооперованих з приводу неускладнених форм кіст або кістом яєчників, соматично здорових;
- контрольна група – 20 пацієнток гінекологічно здорових старше 60 років.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки 2-ї групи мали захворювання серцево-судинної системи. Так, ішемічна хвороба серця, атеросклерозний кардіосклероз був у 14 (46,7%) пацієнток і гіпертонічна хвороба – 12 (40,0%) жінок. Крім того, варикозне розширення вен нижніх кінцівок мало місце у 16,7% пацієнток; патологія травного тракту – у 4 (13,3%) жінок і хронічний пієлонефрит – у 2 (6,7%) пацієнток. Перенесли резекцію щитовидної залози 5 (16,7%) жінок; цукровий діабет зустрічався у 4 (13,3%) жінок і порушення ліпідного обміну були у 24 (80,0%) пацієнток.

Найчастіше хворі пред'являли скарги на болі внизу живота і в поперековій області – 39,3%; відчуття тяжкості внизу живота – 58,4%; слабкість і підвищену стомлюваність – 38,0% пацієнток.

Усім обстеженим пацієнткам 1-ї, 2-ї групи і групи порівняння було проведено хірургічне лікування, причому суправігинальна ампутація матки була виконана в 28,2% і тотальна гістеректомія – в 71,8%. У 3-й групі вагінальна екстирпація була виконана в 80,0% і в 20,0% – «манчестерська» операція.

Експрес дослідження системи гемостазу в ранній післяопераційний період (через 4–5 год) у хворих 1-ї групи вказує на те, що в ранній післяопераційний період спостерігається незначна внутрішньосудинна активація плазмових і тромбоцитарних чинників згортання крові, підвищення інтраваскулярної конверсії фібриногену у фібрин, інтенсифікація утворення внутрішньосудинних агрегатів тромбоцитів. При помірній крововтраті це не порушує коагуляційний і гемостатичний потенціали крові.

Дослідження тромбоцитарної ланки системи гемостазу у пацієнток з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи показало зниження загальної кількості тромбоцитів, в середньому на 17,7%, а також підвищення агрегації тромбоцитів в середньому на 14,5%.

Результати дослідження, проведеного у пацієнток 3-ї групи, дозволяють зробити висновок про наявність значної інтенсифікації внутрішньосудинного згортання крові, що поєднується з гіперфункцією прокоагулянтної ланки інгібіторів згортання крові. Це виражалось в збільшенні концентрації ПДФ, укороченні тимчасових показників згортання – АЧТВ, в зниженні здатності кров'яних пластинок до агрегації при дії різних індукторів, а також в зниженні активності антитромбіну ІІІ, що свідчить про неспецифічність реакції системи гемостазу на різні патологічні процеси, що протікають в організмі. Порушення функції системи гемостазу, спостережувані в даній групі хворих, носять характер підгострої форми ДВЗ синдрому при його ІІ фазі. Виникнення подібних порушень функції системи гемостазу до початку хірургічного лікування значною мірою знижує резервні можливості, необхідні для нейтралізації значної частини тромбoplastичних субстанцій під час операції, підвищуючи тим самим ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень в післяопераційний період.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, у хворих старших вікових груп з різною генітальною патологією, особливо при ускладнених формах кіст і кістом яєчників, а також за наявності супутньої серцево-судинної патології оперативні втручання існує ризик геморагічних ускладнень. Це зумовлено наявністю коагулопатії і ДВЗ синдрому, в результаті якого в післяопераційний період розвивається тромбофілія. Клініко-гемостазиологічні дослідження дозволяють оцінити характер дефекту в системі гемостазу і ступінь тяжкості придбанної коагулопатії, для якої характерні тромбінемія, порушення в плазмовому і тромбоцитарному ланках згортаючої системи тромбгеморрагічної спрямованості. Попередження ризику тромбгеморрагічних ускладнень є обов'язковою умовою хірургічного лікування у гінекологічних хворих старших вікових груп. Велике практичне значення має передопераційна діагностика характеру коагулопатії і вибір оптимального методу корекції дефекту гемостазу.

### Особенности гемостазиологических нарушений после оперативного лечения гинекологических больных старших возрастных групп

**В.В. Яцентюк**

Проведена клініко-гемостазиологічна оцінка факторів ризику тромбгеморрагічних ускладнень при проведенні гінекологічних операцій у жінок старших воз-

растных групп. Показано, что предупреждение риска тромбгеморрагических осложнений является непременным условием хирургического лечения у больных старших возрастных групп на фоне соматической патологии и осложненным течением основной патологии. Большое практическое значение имеет предоперационная диагностика характера коагулопатии и выбор оптимального метода коррекции дефекта гемостаза.

**Ключевые слова:** гинекологические операции, тромбгеморрагические осложнения, старшая возрастная группа.

### Features gemostaziological infringements after operative treatment of gynecologic sick senior age groups

**V.V. Yazentyuk**

The estimation of risk factors trombo-gemorragical complications is spent clinical-gemostaziological at carrying out of gynecologic operations at women of the senior age groups. It is shown, that the risk prevention trombo-gemorragical complications is the obligatory a condition of surgical treatment at sick senior age groups against a somatic pathology and the complicated current of the basic pathology. Preoperative diagnostics of character coagulopatia and a choice of an optimum method of correction of defect of a hemostasis has the big practical value.

**Key words:** gynecologic operations, trombo-gemorragical complications, the senior age group.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аванесян Н.С. Особенности ведения пациенток с осложненным течением доброкачественных опухолей матки // Естественные и технические науки. – 2011. – № 1. – С. 139–140.
2. Мищенко А.Л., Аванесян Н.С. Оценка системы гемостаза у гинекологических больных с болезнью Виллебранда при проведении оперативных вмешательств // Естественные и технические науки. – 2011. – № 2. – С. 141–144.



УДК 618.177-089.888.11-097:612.017.1

## Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при поєднаних формах безпліддя з урахуванням імунологічного чинника

**М.М. Адамов**

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

Клініка репродуктології Кримського державного медичного університету  
ім. С.І. Георгіївського, м. Сімферополь

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя відносять: вік хворої, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя, рівень вільного тестостерону в крові, вміст Прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

**Ключові слова:** безпліддя, імунологія, допоміжні репродуктивні технології.

На сьогодні одним з напрямків лікування безпліддя є вживання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), частота настання вагітності і пологів після якого складають відповідно 29,1% і 21,5% (дані Європейського суспільства репродукції людини, 2011 р.). Підвищення ефективності ДРТ пов'язане з дослідженнями, направленними на вивчення регуляторних механізмів репродуктивних процесів, прогнозування їх порушень і визначення підходів до корекції. У цьому плані одне з центральних місць займає проблема імунологічної регуляції репродуктивної функції жінки. Відомо, що імунокомпетентні клітини (макрофаги, лімфоцити) і продуковані ними цитокіни (інтерлейкіни, ростові чинники, хемокіни) беруть участь в механізмах фолікулогенеза, овуляції, формування і функціонування жовтого тіла, циклічних морфофункціональних змін ендометрія, заплідненні і імплантації [1–6].

Не дивлячись на значне число наукових публікацій по ДРТ не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо в плані підвищення їх ефективності з урахуванням основних імунологічних чинників.

**Мета дослідження:** вивчити роль цитокінів в ефективності гонадотропної стимуляції яєчників в циклі ДРТ і його результатах у жінок репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 70 жінок репродуктивного віку, які склали наступні групи: основну (n=30), порівняння (n=30) і контрольну (n=10). Дослідження проводилося на базі клініки репродуктології Кримського державного медичного університету імені С.І. Георгіївського.

Критеріями включення в основну групу були: вік 25–38 років; безпліддя (ендокринне, трубно-перитонеальне, поєднане); програма ДРТ; стимуляція яєчників препаратами гонадотропінів; настання вагітності після справжньої програми ДРТ (візуалізація плодового яйця при ультразвуковому дослідженні через 3 тижні після перенесення ембріонів). Критерії включення в групу порівняння: вік 25–38 років; безпліддя (ендокринне, трубно-перитонеальне, поєднане); програма ДРТ; відсутність вагітності після справжньої програми ДРТ.

Критерії включення в контрольну групу: вік 25–32 роки; наявність вагітності, що закінчилася пологами, в анамнезі. Контрольну групу склали пацієнтки, що беруть участь в програмі «Донорство ооцитів». Критерії виключення для основної групи і групи порівняння були загальними: гіпер- і гіпогонадотропна оваріальна недостатність; видалення одного або обох яєчників в анамнезі; важкі ступені астено-тератозооспермії, азооспермії; єдина причина безпліддя – чоловічий чинник; ожиріння II–III ступеня.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, морфологічні, статистичні і імунологічні, які включали визначення рівня цитокінів у фолікулярній рідині методом мультиплексного аналізу білків (MCP-1 (моноцитарного хемотаксичного протеїну 1), MIP-1 $\alpha$ , MIP-1 $\beta$ , RANTES, еотаксина, IP-10 (індукованого для інтерферону протеїну 10), IL-8, фракталкіну, TNF $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-5, IL-6, IL-7, IL-9, IL-12, IL-13, IL-15, IL-10, IL-1 $\alpha$ ) і визначення методом PCR в біоптатах ендометрія експресії мРНК хемокінів (MCP-1, MIP-1 $\alpha$ , MIP-1 $\beta$ , RANTES, еотаксина, IP-10, IL-8, фракталкіна) і їх рецепторів (CXCR1, 2, 3, 4; CX3CR1; CCR1, 3, 4, 5, 7).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в основній групі склав 32,2 $\pm$ 4,3 року, тривалість безпліддя – 6,2 $\pm$ 3,7 року. 46,7% хворих даної групи мали у минулому вагітності (13,3% – пологи, 30,0% – штучні аборти, 3,3% – мимовільні аборти, 3,3% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток основної групи виявлені: хронічний сальпінгофорит (36,7%), лейоміома матки (10,0%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (23,3%), аденоміоз (6,7%). 36,7% пацієнток основної групи перенесли в анамнезі діагностичну і операційну лапароскопію, 26,7% – діагностичну і операційну гістероскопію.

Середній вік жінок в групі порівняння склав 33,7 $\pm$ 4,2 року, тривалість безпліддя – 5,7 $\pm$ 3,2 року. 63,3% хворих даної групи у минулому мали вагітності (26,7% – термінові пологи, 16,7% – ектопічну вагітність, 43,3% – штучний аборт, 6,7% – мимовільний аборт, 16,7% – вагітність, що не розвивається). У структурі супутньої гінекологічної захворюваності у пацієнток групи порівняння виявлені: хронічний сальпінгофорит (56,7%), лейоміома матки (16,7%), зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня тяжкості (26,7%), аденоміоз (13,3%). 46,7% пацієнток

групи порівняння перенесли в анамнезі діагностичну і операційну лапароскопію, 56,7% – діагностичну і операційну гістероскопію.

Контрольну групу склали здорові жінки, що взяли участь в програмі «Донорство ооцитів». Всі вони були у шлюбі, в анамнезі мали пологи, що закінчилися народженням здорової дитини. Середній вік пацієнток склав  $29,7 \pm 3,9$  року.

За допомогою кореляційного аналізу визначено, що кількість зростаючих при гонадотропній стимуляції фолікулів має достовірну пряму кореляційну залежність від вмісту у фолікулярній рідині цитокінів: IL-10 ( $R_c=0,31$ ;  $p<0,05$ ), IFN $\gamma$  ( $R_c=0,32$ ;  $p<0,05$ ), MIP-1 $\beta$  ( $R_c=0,32$ ;  $p<0,05$ ), RANTES ( $R_c=0,38$ ;  $p<0,01$ ) и TNF $\alpha$  ( $R_c=0,27$ ;  $p<0,05$ ). Виявлено, що є пряма кореляційна залежність між кількістю ооцитів, отриманих при пункції яєчників, і вмістом в них цитокінів IL-10, IFN $\gamma$ , GM-CSF, MIP-1 $\beta$ , RANTES і TNF $\alpha$ . У хворих з негативним результатом циклу ДРТ рівень IL-13 у фолікулярній рідині яєчників під час стимуляції в 2 рази вище за такий у хворих з вагітністю, що настала після ДРТ.

За допомогою кореляційного аналізу був виявлений достовірний взаємозв'язок між рівнями цитокінів у фолікулярній рідині. Так, вміст IL-10 корелював з концентрацією IL-6 ( $R_c=0,76$ ;  $p<0,0001$ ), еотаксина ( $R_c=0,62$ ,  $p<0,0001$ ), MCP-1 ( $R_c=0,62$ ,  $p<0,0001$ ) і G-CSF ( $R_c=0,56$ ;  $p<0,0001$ ), а вміст IL-2 – з GM-CSF ( $R_c=0,59$ ;  $p<0,0001$ ) і IL-15 ( $R_c=0,78$ ;  $p<0,0001$ ), що може свідчити про схожі клітинні джерела синтезу вказаних чинників в тканинах яєчника.

Поліфункціональні цитокіни IL-10, IL-4, IL-13 відносять до цитокінів, характерних для так званого Th-2 імунної відповіді, домінуючої при нормальному перебігу вагітності. IL-10 і IL-4 володіють вираженим протизапальним ефектом, регуляторними властивостями відносно цитотоксичних і хелперних T-лімфоцитів, NK-клітин, В-лімфоцитів і дендритних клітин. IL-10 здатний також інгібувати апоптоз клітин, індукований TNF $\alpha$  або IFN $\gamma$ . IL-13 продукується переважно активованими T-клітинами і є потужним модулятором активності моноцитів і В-клітин, не надаючи, на відміну від IL-4, прямого біологічного впливу на T-клітини. Окрім цього існують дані про здатність IL-13 надавати ефект, що інгібує, на продукцію інших цитокінів, стимулюючих початок запального процесу.

Зростання продукції цитокінів, хемокинів і ростових чинників в яєчниках при їх стимуляції, ймовірно, забезпечується високим вмістом і активацією в них ІКК. Окрім цього, секреція цитокінів забезпечується гранульозними клітинами зростаючих фолікулів. TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , GM-CSF залучені в розвиток і зростання фолікула, сигнальна взаємодія між ооцитом і що оточують його соматичними (гранульозними) клітинами, баланс процесів проліферації і апоптозу клітин фолікула, регулюють ангиогенез і синтез стероїдних гормонів в яєчнику. TNF $\alpha$  і IFN $\gamma$  через активацію проапоптотичних Вах-білків, протеїнази С або каспаз можуть індукувати апоптоз клітин фолікула. Ті хемокини, що синтезуються в яєчниках (RANTES, еотаксин, MIP-1 $\beta$ ), володіючи хемоаттрактивним ефектом, залучають в тканині яєчника і активують ІКК, які, у свою чергу, секретують цитокіни, хемокини і чинники зростання, забезпечуючи надмірність цитокінової регуляції фолікулогенеза.

Вивчені в дослідженні цитокіни можуть регулювати процес ангиогенезу в яєчнику. Так, TNF $\alpha$  і GM-CSF, безпосередньо або за допомогою індукції VEGF (судинно-ендотеліальний чинник зростання), беруть участь в міграції,

проліферації ендотеліальних клітин, формуванні капілярних трубок і базальної мембрани. При цьому TNF $\alpha$ , IL-10 можуть надавати і антиангіогенний ефект.

Отже, стимуляція яєчників гонадотропинами супроводжується зростанням фолікулів, рекрутуванням і активацією імунокомпетентних клітин з індукцією протизапальних (IL-4, IL-10, IL-13), прозапальних цитокінів (IFN $\gamma$ ; GM-CSF; TNF $\alpha$ ) и хемокинів (MIP-1 $\beta$ ; RANTES), що, ймовірно, необхідно для підтримки балансу апоптозу і проліферації клітин гранульози, регуляції ангиогенезу і стероїдогенезу в яєчниках.

Виявлена достовірна негативна кореляційна залежність між якістю запліднення, частотою дроблення ембріонів з вмістом у фолікулярній рідині цитокінів GM-CSF, IFN $\gamma$  і RANTES і позитивна – між кількістю перенесених ембріонів і вмістом у фолікулярній рідині IL-15.

Отримані дані свідчать про те, що посилення секреції в яєчнику прозапальних цитокінів може бути одним з механізмів несприятливого впливу стимуляції яєчників гонадотропинами на ооцит. В даний час передбачається, що стимуляція яєчників, її режими впливають на «якість» ооциту, потенції його до запліднення і темпи раннього розвитку ембріона. Негативну роль можуть грати високі концентрації в крові естрадіолу, а також фармакологічні препарати, що використовуються під час стимуляції яєчників (гонадотропіни, агоністи і антагоністи гонадотропін-релізінг гормону). Отримані результати підтвердили наявні фундаментальні уявлення про те, що взаємодія між ооцитом і соматичними клітинами яєчника є критичними для нормального перебігу оогенезу, запліднення і раннього розвитку ембріона.

Завершальним етапом роботи була розробка за допомогою аналізу дискримінанта критеріїв прогнозування ефективності циклу ДРТ. Були виявлені 3 групи чинників, що дозволяє прогнозувати настання вагітності після циклу ДРТ. До 1-ї групи чинників відносяться клінічні (вік, індекс маси тіла хворих, наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя), до 2-ї – гормональні (вміст в крові вільного тестостерона і Прогестерону), до 3-ї – імунологічні (вміст у фолікулярній рідині яєчників цитокінів IL-2, IL-4, IL-9, IL-13, IL-1ra, TNF $\alpha$  і GM-CSF), причому найбільш важливим прогностичним значенням володіє рівень IL-13.

Таким чином, в ході справжнього дослідження виявлено значення цитокінів в ефективності циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя і визначені клінічні, гормональні і імунологічні чинники, що дозволяють прогнозувати його результат.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до інформативних клініко-анамнестичних і гормональних чинників, що визначають результат циклу ДРТ у хворих репродуктивного віку з поєднаними формами безпліддя, відносять: вік хворого, індекс маси тіла, наявність трубно-перитонеального чинника безпліддя, рівень вільного тестостерона в крові, вміст Прогестерону в крові на 20–22-й день менструального циклу, а також визначення у фолікулярній рідині яєчників цитокінів.

**Оптимизация вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия с учетом иммунологического фактора**  
**М.М. Адамов**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к информативным клинико-анамнестическим и гормональным факторам, определяющим исход цикла ДРТ у больных репродуктивного возраста с сочетанными формами бесплодия, относят: возраст больной, индекс массы тела, наличие трубно-перитонеального фактора бесплодия, уровень свободного тестостерона в крови, содержание прогестерона в крови на 20–22-й день менструального цикла, а также определение в фолликулярной жидкости яичников цитокинов.

**Ключевые слова:** бесплодие, иммунология, вспомогательные репродуктивные технологии.

**Optimisation efficiency of auxiliary reproductive technologies at combined barrenness forms with the account immunological factor**  
**M.M. Adamov**

Results of the spent researches testify that to informative clinical-anamnestic and to the hormonal factors defining an outcome of cycle ART at patients of reproductive age with combined forms of barrenness, carry: age of the patient, an index of weight of a body, presence tube-peritoneal barrenness factor, level of free testosterone in blood, the progesterone maintenance in blood for 20–22 day menstrual cycle, and also definition in a follicular liquid ovariums cytokines.

**Key words:** barrenness, immunology, auxiliary reproductive technologies.

**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, N 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. – Р. 6: Бесплодие в браке. – С. 275–321.

УДК 618.17/5-02:616.441-097-08

**Особенности лечения бесплодия у женщин с тиреоидной патологией**

**Д.Ю. Берая**

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема бесплодия у женщин с аутоиммунной патологией щитовидной железы является достаточно актуальной и требует комплексного поэтапного подхода. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий и снизить частоту репродуктивных потерь. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для применения в практической охране здоровья.

**Ключевые слова:** аутоиммунная патология щитовидной железы, репродуктивная функция.

Порушення репродуктивної функції у жінок з аутоімунною патологією щитоподібної залози є досить актуальною проблемою сучасної репродуктології [1–3]. Це обумовлено, з одного боку, високою частотою захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) у жінок репродуктивного віку, а з іншого – відсутністю алгоритму відновлення репродуктивної функції у цих пацієнток [4, 5].

На сьогоднішній день вдосконалення програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) дозволило збільшити частоту настання вагітності від 30 до 80% при безплідді різного генезу [4, 5]. У той самий час, одним з найменш вирішених питань даного наукового напрямку є розроблення тактики ведення пацієнток з безпліддям на тлі аутоімунної патології ЩЗ, що і є метою справжнього наукового дослідження.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вирішення поставленої задачі було проведено скринінгове оцінювання патології ЩЗ 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 у міру звернення пацієнток з безпліддям у відділення збереження і відновлення репродуктивної функції. Анкетування проведено у 205 жінок з безпліддям.

Обстеження пацієнток з безпліддям проводилося 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 (фолікулостимулювальний гормон (ФСГ), естрадіол (Е2), антимюллерів гормон (АМГ), інгібіну 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 разу 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 пацієнток з безпліддям і тиреотоксикозом була невисокою (0,6%).

Оцінювання стану репродуктивної системи у жінок із безпліддям залежно від виявленої патології ЩЗ показала, 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 (синдром полікістозних яєчників – СПКЯ) – 29,8%, у пацієнток з компенсованим гіпотиреозом – ЗГЕ (26,6%), у жінок з еутиреоїдним зобом і у пацієнток без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8%, відповідно).

Отримані нами дані в цілому збігаються з результатами епідеміологічних досліджень, що свідчать про підвищену поширеність АЗЩЗ у пацієнток 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 еутиреоїдного зобу у жінок з безпліддям свідчить про необхідність проведення індивідуальної йодної профілактики всім жінкам з безпліддям.

Результати проведеного дослідження дозволяють по-новому оцінити взаємозв'язок АЗЩЗ і репродуктивної функції, роль аутоімунної патології ЩЗ в генезі безпліддя і ранніх репродуктивних втрат, а також визначити особливості реалізації репродуктивної функції в програмах ДРТ у жінок з аутоімунними тиреопатіями. Істотна частка жінок з безпліддям і тиреоїдною патологією (48,2%), висока частота АІТ (24,3%), гіпотиреозу в результаті АІТ (9,4%) і еутиреоїдного зобу (7,8%), а також низька діагностична цінність клінічної симптоматики порушень функції ЩЗ обґрунтовує доцільність проведення морфофункціонального скринінгу ЩЗ при безплідді. У загальній структурі жіночого безпліддя патологія ЩЗ, як єдина його причина, займає досить скромне місце. Більш того, фертильність може зберігатися навіть при явних порушеннях функції ЩЗ.

З іншого боку, ті або інші патологічні феномени з боку ЩЗ (наприклад, носійство антитіл до тканин ЩЗ, що є чинником ризику ранніх репродуктивних втрат і гестаційної гіпотироксинемії) дуже часто супроводять захворюванням, що є основною причиною безпліддя (генітальний ендометріоз, СПКЯ, зниження параметрів оваріального резерву). У зв'язку з цим оцінка функції ЩЗ і АТ-ТПО необхідна при будь-яких порушеннях репродуктивної функції (безпліддя, невиношування вагітності), а настання вагітності у жінок з патологією ЩЗ вимагає істотної корекції терапії, що проводиться. Результати комплексного імунологічного і імуноморфологічного дослідження дозволяють розцінювати антитіла до тканини ЩЗ (АТ-ЩЗ) як маркери багаторівневої аутоімунної генералізованої дисфункції, що призводить до низької ефективності програми екстракорпорального запліднення

(ЕКЗ) як за рахунок зниження рецептивності ендометрія і порушень імплантації, так і за рахунок впливу аутоімунної патології ЩЗ на зниження числа і якості ооцитів і ембріонів. Показано, що фертильність жінок з тиреотоксикозом істотно не порушена, проте результати вагітності, хвороби Грейвса (ХГ), що настала на фоні, безпосередньо залежать від ступеня компенсації тиреотоксикозу. Визначені оптимальні методи лікування БГ у жінок, плануючих вагітність з врахуванням віку і параметрів оваріального резерву. Стимуляція супероуляції в програмах ДРТ істотно відбивається на метаболізмі тиреоїдних гормонів, у ряді випадків призводячи до додаткової гіперстимуляції ЩЗ, особливо вираженої при АІТ (який поза вагітністю не супроводжувався порушенням функції ЩЗ), і при початково компенсованому гіпотиреозі, коли рівень Т4 може не досягати належного для ранніх термінів вагітності підвищення, що відображається на ефективності програм ДРТ і перебігу індукованої вагітності (ІВ). У зв'язку з цим скринінг на порушення функції ЩЗ повинен стати обов'язковим елементом алгоритму обстеження безплідних подружніх пар перед проведенням програм ДРТ і в динаміці ІВ.

На підставі результатів проведеного дослідження нами запропонований алгоритм відновлення репродуктивної функції у жінок з безпліддям програм ДРТ з врахуванням патології ЩЗ:

- в першу чергу необхідно проводити оцінку функції ЩЗ шляхом визначення вмісту ТТГ і рівня АТ-ТПО; УЗД ЩЗ і своєчасну корекцію виявлених порушень слід проводити на початковому етапі обстеження жінки з приводу безпліддя і на етапі підготовки до програм ДРТ;
  - планування вагітності можливе через 9–12 міс після закінчення лікування, протягом яких необхідно використовувати контрацепцію, і лише після досягнення стану стійкого еутірозу;
  - вживання консервативної тиреостатичної терапії можливе лише за умови наявності збереженого оваріального резерву;
  - у жінок з носійством АТ-ТПО при вступі до програм ЕКЗ замісна терапія L-тироксину (Т4) показана при рівні ТТГ більше 2,5 мОд/л з подальшим контролем рівнів ТТГ і fT4 кожні 6–8 тиж;
  - у жінок з виявленим гіпотиреозом необхідне використання замісної терапії L-Т4 з розрахунку 1,6 мкг/кг;
  - проведення програм ДРТ можливо лише за умови досягнення стійкої компенсації гіпотиреозу (рівень ТТГ менше 2,5 мОд/л);
  - у жінок з АІТ і повторними безуспішними спробами програм ЕКЗ показано використання імуномодулювальної терапії тричі: за 7–14 днів до перенесення ембріонів, в період констатації біохімічної вагітності і в 6–7 тиж вагітності.
- Використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з безпліддям і АЗЩЗ, що мають повторні безуспішні спроби ЕКЗ в анамнезі, підвищує частоту біохімічної вагітності – у 2 рази (50,6% і 25,6%); клінічної вагітності – у 3 рази (43,5% і 14,4%); частоту імплантації – у 3 рази (32,8% і 10,7%); доношеної вагітності – у 3,6 разу (25,9% і 7,2%); показник «take babies home»/ на число перенесених ембріонів – в 2,7 разу (34,4% і 12,5%); показнику «take babies home»/ на пацієнтку – у 2,8 разу (45,6% і 16,3%), а також знижує частоту репродуктивних втрат – у 3 рази (10,0% і 30,0%).

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема безпліддя у жінок з аутоімунною патологією щитоподібної залози є досить актуальною і вимагає комплексного поетапного підходу. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність допоміжних репродуктивних технологій і знизити частоту репродуктивних втрат. Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для вживання в практичній охороні здоров'я.

#### Особенности лечения бесплодия у женщин с тиреоидной патологией Д. Ю. Берая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема бесплодия у женщин с аутоиммунной патологией щитовидной железы является достаточно актуальной и требует комплексного поэтапного подхода. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий и снизить частоту репродуктивных потерь. Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для применения в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** аутоиммунная патология щитовидной железы, репродуктивная функция.

#### Features of treatment of barrenness at women with thyroid gland pathology D. J. Beraja

Results of the spent researches testify that the problem of barrenness at women with autoimmune thyroid gland pathology is enough actual and demands the complex stage-by-stage approach. Use of the algorithm improved by us allows to raise efficiency of auxiliary reproductive technologies and to lower frequency of reproductive losses. The received results allow to recommend advanced algorithm for application in practical public health services.

**Key words:** autoimmune thyroid gland pathology, reproductive function.

#### 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 ведення жінок з безпліддям на фоні гіперандрогенії поєданого генезу

І.П. Бульваренко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. 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 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%).

**Ключові слова:** безпліддя, гіперандрогенія, діагностика, лікування.

Частота безплідного шлюбу 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 (ГА) різного генезу, що досягає 20–30% [4, 5]. Як свідчать дані сучасної літератури в 50–60% випадків причинами порушення секреції андрогенів і нереалізації репродуктивної функції є дисгормональні зміни поєданого генезу, а ГА поєданого генезу у більшості пацієнток [6, 7].

В результаті комплексної поетапної терапії пацієнток з ГА 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 ГА поєданого генезу.

У зв'язку з викладеним вище представляє значний інтерес вивчення етіопатогенезу і особливостей клінічної картини жіночого безпліддя при поєданому генезі ГА, а отримані дані, можливо, дозволяють визначити найбільш раціональні підходи до лікування даної групи хворих.

**Мета наукового дослідження:** підвищення ефективності лікування безпліддя при ГА поєданого генезу на підставі патогенетично обґрунтованої терапії з урахуванням клініко-ендокринологічних особливостей.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період 2010–2013 рр. було 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 пацієнток були включені в дослідження.

*Критерії включення:*

- клінічні ознаки ГА – андрогензалежна дерматія (гірсутизм, акне, себорея, алопеція);
- лабораторні ознаки ГА – оцінювання усіх метаболітів андрогенів з підвищеною стероїдною активністю (тестостерон загальний, тестостерон вільний, андростендіон і дигідротестостерон);
- 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  $> 9$  см<sup>3</sup>, опсоменорея і первинне безпліддя).

*Критерії виключення з дослідження:* порушення функції щитоподібної залози, гіперпролактинемія, хвороба Іценко-Кушинга, важкі екстрагенітальні захворювання, які призводять до порушення гормонального гомеостазу, гормональноактивні андрогенпродукуючі пухлини яєчників і надниркових залоз, патології системи гемостазу (спадкові і придбані форми тромбофілії).

Хворі залежно від форми порушення репродуктивної системи (недостатність лютеїнової фази (НЛФ) і ановуляція) при ГА поєданого генезу, заздалегідь 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) з 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 пацієнток 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 були проведені ультразвукове дослідження органів малого тазу на 5–7-й день менструального циклу. При цьому оцінювали 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 та-

кож відзначали наявність патологічних утворень; епізодично на 12–15-й день менструального циклу вимірювали товщину ендометрія і розмір доміантного фолікула; на 21–23-й день циклу оцінювали розміри жовтого тіла і М-ехо-камери. Крім того, проводили контрольне УЗД в процесі лікування через 1–3–6 міс.

Оцінювання гормонального спектру проводили в динаміці менструального циклу на 5–7-й і 21–23-й день. Визначалися рівні секретії пептидних (фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), пролактину (Прл)) і стероїдних статевих гормонів (естрадіолу (Е2), Прогестерону (Р), тестостерону загального (Т заг.) і вільного (Т віль.), дигідротестостерону (ДГТ), андростендіону (Ан), 17-гідроксипрогестерону (17-ОНР), дегідроепіандростеронсульфату (ДЕА-804), кортизолу (К), глобулінзв'язуючі статеві гормони (ГЗСГ)). Окрім визначення кількісних показників перерахованих гормонів враховували якісні показники співвідношення ЛГ/ФСГ, Р/Е2, Тзаг./Е2, ДГТ/Е2, Е2/Тзаг. Для виключення патології щитоподібної залози проводили визначення рівня тиреоїдних гормонів крові (ТТГ, Т3 вільний, Т4 вільний). Визначення гормонів в сироватці крові проводили по загальноприйнятих методах [10].

Вибір гормональної терапії для досліджуваної групи пацієнток 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 є гестагени, що володіють антиандрогенним ефектом: діногест і дроспіренон. Препаратом вибору для зменшення прояву андрогензалежної дерматії і корекції гормональних порушень є дексаметазон в терапевтичній дозі 0,125–0,5 мг/доба. Дозування препарату підбирали індивідуально, залежно від ступеня вираженості клінічних проявів ГА і гормональних порушень. Для гормональної підтримки лютеїнової фази менструального циклу використовували дидрогестерон.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами порушення репродуктивної функції пацієнток з ГА є ановуляція (47,1%) і НЛФ (52,9%).

При ановуляторній формі порушення репродуктивної системи характерні клінічні і лабораторні ознаки, як яєчничкової, так і наднирковозалозної ГА, 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, що виявлена в 9,1% спостережень.

Генеративна функція пацієнток з ановуляторною формою ГА характеризується високою частотою первинного безпліддя – 63,6%. Оцінювання стану

органів репродуктивної системи виявляється збільшенням об'єму яєчників  $> 9 \text{ см}^3$  в 69,2% спостережень; відсутністю жовтого тіла і динамічних змін в наростанні товщини ендометрія і розмірів фолікулів впродовж менструального циклу.

Лабораторними критеріями ановуляторної форми ГА є: відсутність динамічних змін стероїдного профілю протягом менструального циклу і значне підвищення основних андрогенів і їх співвідношень з естрадіолом: тестостерону загального, тестостерона вільного, андростендіону і помірне збільшення дигідротестостерону; підвищений коефіцієнт ЛГ/ФСГ  $> 2$  і переважання нормоестрогенного типу ановуляції – 75,6%.

Для пацієнтів з ГА і НЛФ характерні клінічні і лабораторні ознаки, як яєчничкової, так і наднирковозалозної ГА, але з переважанням наднирковозалозного компонента. Менструальна дисфункція виявляється опсоменореєю у 27,0% пацієнток, з переважанням епізодів затримки менструації до 7–10 днів (21,6%) жінок, при цьому середня тривалість циклу склала  $26,74 \pm 1,13$  днів.

Генеративна функція пацієнток з НЛФ характеризується високою частотою, як мимовільного переривання вагітності строком до 12 тиж – 24,4%, так і первинного безпліддя – 35,1%. При оцінці репродуктивної системи в більшості пацієнток має місце гіпопрогестеронемія – 72,9% при одночасному зниженні ультразвукових параметрів: товщина ендометрія і розміри жовтого тіла в 2 фази менструального циклу.

При НЛФ 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, дигідротестостерону до естрадіолу і виражений підйом відношення естрадіолу до вільного тестостерону на 21–23-й день менструального циклу.

У пацієнток з ановуляторною формою і НЛФ на фоні ГА існує кореляційний взаємозв'язок між ендокринологічними і ехографічними показниками:

- незалежно від причин ГА рівень ЛГ має пряму помірну лінійну залежність з величиною об'єму яєчників  $r=0,64$  при НЛФ і  $r=0,68$  при ановуляції;

- встановлена пряма виражена лінійна залежність між рівнем андростендіону і лютеїнізувального гормону, причому практично однаково сильну  $r=0,72$  при ановуляції і  $r=0,71$  при НЛФ.

Для ефективного лікування ГА у пацієнток 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 урахуванням показників метаболізму андрогенів виявлених порушень репродуктивної системи у пацієнток з ГА 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 пацієнток з ГА є ановуляція (47,1%) і НЛФ (52,9%).

Проведення індивідуальної гормональної корекції з врахуванням показників метаболізму андрогенів виявлених порушень репродуктивної системи у пацієнток з ГА 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 НЛФ – 68,4%).

Отримані результати дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

## Современные аспекты ведения женщин с бесплодием на фоне гиперандрогении сочетанного генеза

*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% и при недостаточности лютеиновой фазы – 68,4%).

*Ключевые слова:* бесплодие, гиперандрогения, диагностика, лечение.

## Modern aspects of conducting women with barrenness against hyperandrogenia of complex genesis.

*I. P. Bulvarenko*

It is spent complex clinical-laboratory and ehografical inspection of 70 women with barrenness 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 андрогензалежної дермопатії, 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:* barrenness, 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, N 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. – Р. 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, N 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, N 37. – P. 1321–1327.
10. Подзолкова Н.М. Исследование гормонального статуса женщины в практике гинеколога. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 80 с.

УДК 618.33-084:616-053.1

## Клінічне значення корекції психологічного статусу при чоловічому чиннику безпліддя

**О.С. Дарій**

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

Результати проведених досліджень свідчать, що до особливостей межових психічних розладів, що виявляються у більшості жінок програми ДРТ, слід віднести переважання в клінічній картині тривожно-депресивної і астеновегетативної симптоматики. Отримані результати відображають ефективність розробленої програми терапії і реабілітації психопатологічних розладів у пацієнток з безпліддям у програмі допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** психотерапевтична корекція, допоміжні репродуктивні технології, чоловічий чинник безпліддя.

Безпліддя розглядається як чинник, що значно впливає на демографічні показники в країні, представляє загальнодержавну проблему. Розроблення методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) вивела проблему лікування безпліддя з безвиході традиційних підходів і дозволила завагітніти значній кількості жінок, які раніше були приречені на бездітність, у тому числі і чоловічому чиннику безпліддя [3–5].

Безплідний брак призводить до важкої моральної травми і самого подружжя, і їх родичів, не лише викликає серйозну особову, родинну і соціальну дезадаптацію, але й сприяє розвитку межових психічних розладів [1–2]. Складність діагностики межових психічних розладів в практиці лікування безпліддя методами ДРТ полягає в клінічному поліморфізмі симптоматики, затяжному перебігу, що диктує необхідність їх детальнішого дослідження. Роль чинників ризику розвитку донозологічних і нозологічних форм межових психічних розладів в умовах патоморфозу у жінок при чоловічому чиннику безпліддя потребує уточнення.

Особливе значення в психічному статусі надається афектній сфері. Безпліддя в подружній парі відноситься до тих станів, які істотно впливає на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу [1, 2, 5]. Додатковими травмуючими чинниками є родинні, побутові, службові труднощі унаслідок витрат великої кількості часу на відвідини лікувальних установ, фінансові витрати. Погіршується якість життя жінок і чоловіків, формується стан домінування думок про неспроможність в репродуктивній сфері. Стан тривоги і депресії визначається на всіх етапах лікування безпліддя, ідеї самозвинувачення сприяють посиленню депресивної симптоматики [1–5].



Таким чином, вивченню гінекологічних аспектів безпліддя присвячена велика кількість досліджень. В той же час, проблеми виникнення або обважнює наявних межових психічних розладів під час лікування методами ДРТ при чоловічому чиннику безпліддя, рівно, як і вплив самих методів на психічний стан жінок освітлені явно недостатньо, а деякі зарубіжні дослідження носять не клініко-психопатологічний, а психодинамічний характер. Крім того можливості психотерапевтичної корекції у пацієнток цієї групи раніше не розглядалися.

**Мета дослідження:** вивчення психотерапевтичної корекції у жінок при чоловічому чиннику безпліддя в програмі ДРТ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 50 пацієнток з межовими психічними розладами при чоловічому чиннику безпліддя і проведених по методиках ДРТ (основна група). Групу порівняння склали 50 пацієнток без порушень в репродуктивній сфері.

Основними причинами чоловічого безпліддя були хронічні запальні процеси репродуктивної системи (58,0%), дисгормональні порушення (22,0%) і їх поєднання (20,0%).

Психічний стан пацієнток визначався наявністю психічної патології неспіхотичного регістра в рамках тривожних, соматоформних, дисоціативних розладів, розлади адаптації, прояви яких були виявлені в рамках проведення лікування безпліддя в програмі ЕКЗ (згідно критеріям МКХ-10).

Вибір методів дослідження відповідав поставленій меті і можливості проводити клініко-психопатологічне обстеження пацієнток з метою оцінки динаміки розвитку межових психічних розладів в процесі лікування безпліддя методами ДРТ. Програма дослідження включала: клініко-психопатологічний, соціологічний, і експериментально-психологічний методи. Оцінювання психічного статусу, що передбачає визначення наявності і ступеня вираженості психопатологічних синдромів, проводили в день звернення у відділення допоміжних технологій в лікуванні безпліддя.

Соціологічне дослідження проводили методом активного анкетування жінок за спеціально розробленими опитувальниками, що відображали тривалість безпліддя, соціальні, родинні аспекти життя пацієнток, кількість спроб ДРТ. Характерологічні особливості, акцентуацію характеру визначали за опитувальником К. Леонарда в модифікації Шмішека. Рівень тривожності особово і ситуаційно визначали за тестами Ханіна-Спілбергера, рівень депресії – за опитувальниками Бека, опитувальник родинної і соціальної адаптації, копінг стратегії – за тестом Лазаруса-Фолькмана.

Усім жінкам і чоловікам проводили комплексне клініко-лабораторне і інструментальне обстеження в динаміці з використанням методів, що включають загальні аналізи крові і сечі, біохімічне, гормональне, імунологічне дослідження крові і ультразвукове сканування органів малого тазу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що основну групу склали жінки, які звернулися як уперше, так і повторно при чоловічому чиннику безпліддя. За даними анамнезу

76% пацієнток не мали дітей; 24% пацієнток народжували і мали здорових дітей. У групі порівняння у 64% жінки в анамнезі 1–3 пологів. Аналіз катамнестичних даних достовірно показав, що кожна п'ята жінка в досліджуваній групі народилася недоношеною, на відміну від групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Тривалість безпліддя в подружній парі склала в середньому  $3,2 \pm 0,3$  року. У групі порівняння фертильні жінки не зазнавали труднощів в репродуктивній сфері. У досліджуваній групі відсоток вагітності, що не розвивається, склав 14%. Відсоток позаматкової вагітності в анамнезі також достовірно розрізнявся серед пацієнток досліджуваної групи і групи порівняння і склав 48% і 6% відповідно ( $p < 0,05$ ). У 12% випадків у пацієнток досліджуваної групи були повторні позаматкові вагітності в анамнезі. Відсоток штучних абортів не відрізнявся в обох групах: 34% жінок в порівнянні з 36% пацієнток відповідно. Було виявлено, що у 20% жінок досліджуваної групи в анамнезі в анамнезі були мимовільні викидні і вагітності, що не розвиваються.

За даними клініко-психопатологічного обстеження жінки основної групи страждали тривожними, тривожно-депресивними розладами.

З них панічний розлад діагностований у 8% пацієнток, генералізовано тривожний розлад – у 30%, змішані тривожно-депресивні розлади – у 32% пацієнток. Тривога виявлялася як перед проведенням програм ДРТ, так і в процесі лікування. Часто виникали сумніви у вдалому результаті лікування: висловлювалися побоювання з приводу багатоплідної вагітності, передчасних пологів, вагітності, що не розвивається, генетично здорової дитини, відчували страх самоти в майбутньому. Пацієнтки цієї групи були ранимі, не впевнені в собі, сенситивні, дратівливі. У них спостерігалася схильність до фіксації негативно забарвлених переживань, а також труднощі у вербалізації своїх переживань. У даній групі переважали психічні і соматичні симптоми тривоги, виражені в різній мірі. Тривожно-депресивні розлади у 20% пацієнток виявлялися тривогою за своє майбутнє, страхом перед негативним результатом лікування і вагітністю, що не розвивається, зниженим настроєм з плаксивістю, пригніченістю, тугою із-за неможливості стати матір'ю. Спостерігали досить виражені і стійкі соматовегетативні порушення. У жінок цієї групи за даними тесту Спілбергера-Ханіна переважав підвищений рівень тривоги.

Друге місце за поширеністю займали соматоформні розлади, які були діагностовані у 32% пацієнток з првідним больовим синдромом, переважно в області нижньої частини живота, від суб'єктивно незначущих, до виражених алгічних феноменів.

В рамках соматоформних розладів були виявлені соматизовані розлади у 68% пацієнток, коли псевдосоматичні скарги виступали на перший план. Соматичні прояви супроводжувалися вегетативними дисфункціями у вигляді дискінезії жовчовивідних шляхів, тахікардії, запаморочення, відчуття нестачі повітря, які виникали або посилювалися під дією психогенії. Тривалість проявів не перевищувала 6 міс. Слід зазначити, що психогеніями виступали різні медичні маніпуляції, спілкування з вагітними жінками або з маленькими дітьми, хвороба близьких родичів, початок лікування в програмах ДРТ. Патоморфоз даного синдрому виражався в поліморфізмі симптоматики і швидкому розвитку симптомів протягом 4–6 міс після початку лікування безпліддя.

Іпохондричні розлади були виявлені у 34% пацієнток досліджуваної групи. Пацієнтки розглядали причину чоловічого безпліддя в захворюванні, яке «не могли діагностувати лікарі». Динаміка розладів мала безперервний хвилеподібний ха-

ракти з короткочасними іпохондричними реакціями у вигляді мономорфної абдоміналії з локалізацією переважно в області живота, що інколи супроводжується дизуричними розладами, явищами метеоризму.

Дисоціативні (конверсійні) розлади зустрічалися у 10% пацієнток досліджуваної групи, які скаржилися на різні неприємні тілесні відчуття, що імітують топографічно проекцію матки, маткових труб, яєчників і в 68% випадків, що супроводжуються закріпами. Нестійкі алгії з відчуттями «паління», «спазму матки» спостерігалися під час проведення стимуляції суперовуляції. Маніфестація дисоціативних розладів провокувалася перед початком програм ДРТ у вигляді конфліктів в сім'ї і на роботі з рисами маніпулятивної поведінки, нарочитістю. У 38% жінок під час другої і у 24% пацієнток під час третьої спроб лікування були зафіксовані ідентичні соматичні скарги, аналогічні тим, які вперше з'явилися під час першої спроби.

Розлади адаптації були виявлені у 8% пацієнток. Вони характеризувалися переважанням депресивного настрою і тривоги, зниженням продуктивності в повсякденних справах, астено-вегетативними проявами. У пацієнток були зареєстровані короткочасні депресивні реакції, пролонговані депресивні реакції, змішані тривожні і депресивні реакції, змішані розлади емоцій і поведінки. Під час перерви між спробами лікування чоловічого безпліддя методами ДРТ соматичні прояви нівелювалися при збереженні легкої гіпотимії і занепокоєння перед невідомістю. Перед початком лікування за 7–10 днів соматичні скарги з'являлися знов.

На основі проведеного факторного аналізу і результатів власного дослідження були виділені психологічні чинники, сприяючі розвитку межових психічних розладів (МПП), виявлені значимі факторні навантаження. Отримані дані підтвердили їх роль в розвитку МПП у жінок при чоловічому чиннику безпліддя і вимагали необхідності акцентування на них уваги під час психотерапії.

У індивідуальному форматі з 50 жінок основної групи, що проходили психотерапію, 20 працювали в індивідуальному форматі, тоді як 30 жінок брали участь у груповій роботі.

Отримані дані свідчать, що вибір методу психотерапії залежить від провідного психопатологічного синдрому і клінічної симптоматики. У груповій роботі застосували техніку когнітивно-поведінкової психотерапії, еріксоновського гіпнозу, символдрами. У індивідуальній терапії лікування проходило з використанням символдраматичної методики, нейролінгвістичного програмування (НЛП), еріксоновського гіпнозу. Заняття проводили 3 рази на тиждень протягом 4 тиж по 1,5 год. Середня кількість психотерапевтичних сеансів склала 10–12.

Результати оцінювання терапії включали дослідження параметрів, що відображають рівень особової і ситуативної тривожності по Спілбергеру і депресивному тесту Бека. Середні терміни лікування в індивідуальному форматі були значно меншими в групі з тривожними розладами в порівнянні з групою з соматоформними розладами і складала  $31,2 \pm 3,1$  проти  $38,3 \pm 2,5$  дня, кількість сеансів складала  $6,9 \pm 0,8$  проти  $7,5 \pm 0,8$  дня ( $p < 0,01$ ). Пацієнтки з дисоціативними розладами лікувалися  $41,9 \pm 4,3$  дня і кількість сеансів склала  $11,3 \pm 0,9$  дня, але їх тривалість не перевищувала 45 хв. Оцінювання «значного поліпшення» психічного стану за даними психологічного тестування була достовірно вище в групі психотерапії, в порівнянні з групою, що не проходила психотерапії ( $p < 0,02$ ).

Критерії клінічної ефективності ґрунтувалися на біопсихосоціальному підході з урахуванням позитивної динаміки в соматичному і психічному стані, а також соціальному функціонуванні.

У всіх пацієнток, з якими проводили психотерапевтичну роботу в груповому і індивідуальному форматі достовірно наголошувалося «Значне поліпшення стану»: з розладами адаптації в 84,2% і 94,3% відповідно. У жінок з тривожними розладами в 82,6% і 98,2% випадків, у пацієнток з соматоформними розладами – 76,6% і 88,3%; в респондентів з дисоціативними розладами – в 92,3% і 96,5% випадках відповідно.

У процесі роботи була вперше зроблена спроба використання гіпнотичної техніки під час проведення перенесення ембріона (ПЕ) в порожнину матки.

Перед проведенням процедури ПЕ пацієнтці протягом 10 хв проводили терапію з використанням еріксоновського гіпнозу. Під час проведення перенесення ембріона пацієнтка знаходилася в стані трансу, розслаблення. Це дозволяло уникати ускладнень після введення катетера в порожнину матки і рефлекторного скорочення стінок матки.

Ефективність вживання психотерапії залежала від вибраного методу. Використовувалася інтеграційна модель, яка включала проведення сеансів з використанням декількох методик. Частота настання вагітності при першій та другій спробі лікування в програмі ДРТ в групі жінок, з якими проводилася психотерапія складала 41,2%, що достовірно вище, ніж в групі, де психотерапія не проводилася ( $p < 0,05$ ).

При проведенні гіпнозу на момент перенесення ембріона в порожнину матки частота настання вагітності складала 38,4%. Найбільш ефективним методом дії був метод еріксоновського гіпнозу під час ПЕ. При цьому комплексна дія психотерапії в процесі проведення програми ДРТ і гіпнозу в день перенесення ембріона в порожнину матки підвищувала ефективність програми до 48% ( $p < 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до особливостей межових психічних розладів, що виявляються у більшості жінок програми допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя, слід віднести переважання в клінічній картині тривожно-депресивної і астеновегетативної симптоматики. Отримані результати відображають ефективність розробленої програми терапії і реабілітації психопатологічних розладів у пацієнток при чоловічому чиннику безпліддя в програмі допоміжних репродуктивних технологій.

## Клиническое значение коррекции психологического статуса при мужском факторе бесплодия А. С. Дарий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к особенностям пограничных психических расстройств, выявляемых у большинства женщин программы ДРТ, следует отнести преобладание в клинической картине тревожно-депрессивной и астеновегетативной симптоматики. Полученные результаты отражают эффективность разра-

ботанной программы терапии и реабилитации психопатологических расстройств у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** психотерапевтическая коррекция, вспомогательные репродуктивные технологии, мужской фактор бесплодия.

**Clinical value of correction of the psychological status at the man's factor of barrenness**  
**A. S. Dariy**

Results of the spent researches testify, that to features of the boundary mental frustration revealed at the majority of women of program ART, it is necessary to carry prevalence in a clinical picture disturbing-depressive and astenovegetational semiology. The received results reflect efficiency of the developed program of therapy and rehabilitation of psychopathological frustration at patients with barrenness in the program of auxiliary reproductive technologies.

**Key words:** psychotherapeutic correction, auxiliary reproductive technologies, the man's factor of barrenness.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Гарданова Ж.Р. Проявления тревожно-депрессивных расстройств у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) // Вестник Оренбургского Государственного Университета. – 2006. – № 12. – С. 171–177.
2. Кулаков В.И., Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф. Тревожно-депрессивные расстройства у женщин в процессе проведения программы экстракорпорального оплодотворения // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2006. – № 3. – С. 29–35.
3. Кулаков В.И. Перинатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 19–22.
4. Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 12–15.
5. Сапрыкин В.Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 35–36.

УДК 618.39:618.5]-02:618.1-071.1

**Прогнозирование репродуктивных потерь у женщин с отягощенным анамнезом**

**А.А. Довгань**

**Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского**

Проведенный многоаспектный анализ анамнестических данных, клинического течения беременности, результаты дополнительных методов исследований (генетические, микробиологические, эндокринологические и доплерометрические) позволил разработать эффективную методику прогнозирования репродуктивных потерь и перинатальной патологии у женщин с бесплодием в анамнезе, что можно реально использовать в акушерском стационаре любого уровня.

**Ключевые слова:** репродуктивные потери, перинатальная патология, прогнозирование, бесплодие.

В современных условиях проблема репродуктивных потерь и перинатальной является одной из самых актуальных [3, 4]. Это связано с высокой частотой непроизвольного прерывания беременности в ранний срок (до 10,0%), преждевременных родов (до 7,0%) и задержки внутриутробного развития (до 40,0%), которые развиваются, как правило, на фоне плацентарной недостаточности и другой акушерской патологии [1–7].

Среди разных групп высокого риска в последние годы все чаще выделяют женщин с нарушением репродуктивной функции в анамнезе [1, 6]. Благодаря широкому внедрению современных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий повысилась эффективность лечения женского бесплодия. Кроме того в течение последнего десятилетия увеличилась частота использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), позитивный эффект которых чувствуется с каждым годом. Это привело к появлению новой проблемы современного акушерства и перинатологии – беременности и родов у женщин после ВРТ.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме репродуктивных потерь и перинатальной патологии нельзя считать все вопросы полностью решенными. Количество предложенных лечебно-профилактических мероприятий постоянно растет, однако их эффективность оставляет желать лучшего. По нашему мнению, в первую очередь, это касается разработки методики прогнозирования репродуктивных потерь и перинатальной патологии у женщин с бесплодием в анамнезе.

Все изложенное выше является обоснованием для проведения этого научного исследования.

**Цель исследования:** повышение эффективности прогнозирования репродуктивных потерь и перинатальной патологии у женщин с бесплодием в анамнезе, прогностических критериев с использованием клинических, генетических, доплерометрических, эндокринологических и микробиологических методов исследования.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели исследования были проведены в два этапа.

Так, на 1 этапе было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 100 женщин (1 группа) с разными формами и методами лечения бесплодия, которые были распределены на две подгруппы:

подгруппа 1.1 – 50 пациенток, которые забеременели с помощью разной медикаментозной и физиотерапевтической коррекции, но без использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ);

подгруппа 1.2 – 50 пациенток, у которых беременность наступила после ВРТ. Кроме того, в этой же группе в зависимости от результатов окончания данной беременности были выделены еще 3 подгруппы: А – 13 пациенток с произвольным прерыванием беременности в первой ее половине; В – 12 женщин с преждевременными родами и С – 25 случаев рождения детей с задержкой внутриутробного развития.

На 2 этапе была непосредственно разработана методика прогнозирования перинатальной патологии на основании использования клинических, генетических, эндокринологических, эхографических, доплерометрических, микробиологических и вирусологических данных у пациенток 1 группы.

Контрольную группу составляли 20 акушерских и соматически здоровых первородящих, родоразрешенных через естественные родовые пути.

В основной и контрольной группах рассматривали только случаи одноплодной беременности, так как многоплодная беременность является отдельной и самостоятельной научной проблемой.

В наших исследованиях был обеспечен комплексный подход к обследованию и динамическому наблюдению по состоянию беременных и новорожденных, который заключался в использовании общеклинических, лабораторных, микробиологических, эхографических (ультразвуковых и доплерометрических), кардиотокографических, гормональных, цитогенетических и статистических методов исследования. Результаты клинико-лабораторного обследования в течение гестационного периода, показатели динамического мониторинга функционального состояния фетоплацентарного комплекса, случаи осложнений во время беременности, родов, послеродового и неонатального периодов регистрировали в индивидуально разработанных картах наблюдения. Данные этих карт заносились в базу данных персонального компьютера и обрабатывались с помощью программы «Excel» в программной оболочке Microsoft Office XP.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности у женщин с бесплодием в анамнезе сопровождается высоким уровнем невынашивания (13,0%), преждевременных родов (13,8%) и задержкой внутриутробного развития (28,7%) на фоне плацентарной недостаточности (60,0%).

Суммарные перинатальные потери у женщин с бесплодием в анамнезе составляют 22,9%, а среди перинатальной патологии преобладают асфиксия средней (14,9%) и тяжелой степени (5,8%), а также интраамниальное инфицирование (13,8%).

У женщин с бесплодием в анамнезе отмечен отягощенный генетический анамнез за счет хромосомной патологии (21,0%), а также моногенных и мультифакторных заболеваний (22,0%). Во время настоящей беременности генетические нарушения наблюдаются в 6,0% случаев.

Функциональное состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с бесплодием в анамнезе характеризуется гемодинамическими изменениями (усиление кровотока в АП, СМА и МА) и дисгормональными нарушениями (снижение содержания Э и ПГ), начиная с 18–20 нед беременности, которая сохраняется в течение всей гестации.

Нарушения микробиоценоза половых путей у женщин с бесплодием в анамнезе начинаются с 8–10 нед беременности в виде снижения числа лакто- и бифидобактерий, молочнокислых стрептококков при одновременном появлении условно патогенной и патогенной микрофлоры: эшерихии, протей, грибы рода Candida, микоплазмы и хламидии.

Наиболее информативными (информационная ценность > 3,0 усл.ед.) для количественной оценки степени индивидуального риска репродуктивных потерь и перинатальной патологии являются такие параметры: длительность женского бесплодия > 7 лет; использование ВРТ; диагностированная хромосомная патология; наличие моногенных и мультифакторных заболеваний; доплерометрические изменения в 18–20 нед беременности; появление хламидий в 8–10 нед беременности > 46,0%; снижение уровня ПГ в сыворотке крови в 18–20 нед беременности < 170,0 нмоль/л.

Информационная значимость среднего уровня (информационная ценность 1,5–2,99 усл.ед.) была отмечена со стороны таких параметров: синдром поликистозных яичников; резекция яичников; произвольные аборт в анамнезе; оперативное лечение женского бесплодия; нарушение микробиоценоза половых путей.

### Методика прогнозирования репродуктивных потерь и перинатальной патологии

Наименование признаков	Прогностический коэффициент
I этап - анамнестические данные	
- длительность бесплодия > 7 течение;	8,0
- использование ВРТ;	8,0
- синдром склерокистозных яичников;	7,2
- оперативное лечение бесплодия, включая резекцию яичников;	7,2
- произвольное прерывание беременности в анамнезе;	6,8
- использование гормональной коррекции для лечения женского бесплодия	6,4
II этап: I половина беременности:	
- диагностирована хромосомная патология, моногенные и мультифакторные заболевания;	8,0
- нарушение микробиоценоза половых путей;	7,2
- эндокринологические изменения	7,0
III этап: II половина беременности:	
- доплерометрические изменения;	7,2
- плацентарная дисфункция	7,0

тей в 1 половине беременности; доплерометрические изменения в 28–30 нед беременности; эндокринологические изменения в 18–20 нед беременности.

С целью прогнозирования репродуктивных потерь и перинатальной патологии необходимо использовать предложенную методику (таблица) и такой алгоритм действий врача:

- при сумме баллов 20 и более (с достоверностью менее 95%) предгравидарная подготовка с обязательным генетическим, микробиологическим и эндокринологическим обследованием;
- при сумме баллов от 10 до 20 – возможно наступление не планируемой беременности с обязательным использованием комплекса лечебно-профилактических мероприятий в течение всей гестации;
- при сумме баллов менее 10 – возможно выжидательное ведение беременности с минимальным использованием медикаментозной коррекции.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, многоаспектный анализ анамнестических данных, клинического течения гестации, результаты дополнительных методов исследования (генетические, микробиологические, эндокринологические и доплерометрические) позволил разработать эффективную методику прогнозирования репродуктивных потерь и перинатальной патологии у женщин с бесплодием в анамнезе, что можно реально использовать в акушерском стационаре любого уровня. На ее основании четко определен медицинский алгоритм тактики врача в отношении этих больных, а также алгоритм ведения на предгравидарном этапе и в течение всей гестации. Клиническое испытание бального метода прогнозирования показало его высокую чувствительность (92,6%) и специфичность (88,4%). Это дает нам основание для широкого использования предложенной методики в практическом здравоохранении.

### Прогнозування репродуктивних втрат у жінок з обтяженим анамнезом А.А. Довгань

Проведено багатоаспектний аналіз анамнестичних даних, клінічного перебігу гестації, результати додаткових методів дослідження (генетичні, мікробіологічні, ендокринологічні й доплерометричні) дозволив розробити ефективну методику прогнозування репродуктивних втрат та перинатальної патології у жінок з неплідністю в анамнезі, що можна реально використовувати в акушерському стаціонарі будь-якого рівня.

**Ключові слова:** репродуктивні втрати, перинатальна патологія, прогнозування, неплідність.

### Forecasting of reproductive losses and perinatal pathologies at women with The burdened anamnesis A.A. Dovgan

Thus, the multidimensional analysis anamnesise data, clinical current of pregnancy, results of additional methods of researches (genetic, microbiological, endocrinological and

dopplerometrical) has allowed to develop an effective technique of forecasting of reproductive losses and perinatal pathologies at women with barrenness in the anamnesis that it is possible to use really in obstetrical a hospital of any level.

**Key words:** reproductive losses, perinatal pathology, forecasting, barrenness.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акимова И.К., Говоруха И.Т. Прогнозирование развития осложнений беременности и родов методом математического анализа. – Сборник научных трудов. Математическое моделирование в акушерстве и гинекологии. – Донецк: Здоровья, 2010. – С. 18–22.
2. Ахмедеева Э.Н., Мухамедиева М.В., Саматова З.А. Иммунологические и гормональные критерии оценки состояния плода и прогнозирования здоровья новорожденных / Метод. рекомендации. – Уфа, 2010. – 14 с.
3. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 2. – С. 78–85.
4. Венцовский Б.М., Жегулович В.Г. Плацентарная недостаточность // Неотложное акушерство – Под ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцовского. – К.: Здоровья, 2009. – С. 62–85.
5. Веропотвелян М.П., Кодунов Л.А., Томашевская Н.М. Эхография, гормональные и генетические исследования в изучении этиологии неразвивающихся беременностей с привычным невынашиванием // Вопр. охраны материнства и детства. – М.: Медицина, 2011. – № 5. – С. 47–49.
6. Голота В.Я., Гокоева Е.А. Імунологічні аспекти невиношування вагітності // ПАГ. – 2004. – № 5–6. – С. 47–49.
7. Дубоссарская З.М., Марчук Б.Ф. Актуальные проблемы бесплодного брака. – Винница: Вин. мед. ун-тет, 2011. – С. 20–23.

## Неудачные попытки вспомогательных репродуктивных технологий с точки зрения корреляционного анализа дополнительных методов исследований

*И.Е. Палыга*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев  
Клиника репродуктологии «Альтернатива», г. Львов

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток ВРТ являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ. Проведенный корреляционный анализ показал существенную роль дисгормональных нарушений и патологии эндометрия в неудачных попытках вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.

Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются наиболее эффективными в преодолении различных форм мужского и женского бесплодия. Они развиваются и совершенствуются, с их помощью в мире родилось более 2 млн детей. Однако, несмотря на все достижения, частота развития беременности все еще остается сравнительно низкой и составляет 25–30% на цикл лечения, причем за последние 10 лет этот показатель значительно не изменился [1–12].

По всей видимости, это связано с большим числом разнообразных факторов, влияющих на репродуктивный процесс. Ряд авторов, разделяя мнение о

влиянии мужского и женского факторов на зачатие и развитие эмбриона, обращают внимание, что сочетание этих составляющих может колебаться от 40 до 80% [1–12].

Поиск прогностических критериев эффективности ВРТ представляет широкое поле для научно-практических исследований, что подтверждают материалы 27-й ежегодной конференции Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (Стокгольм, 2011).

Все изложенное выше свидетельствует о необходимости повышения эффективности ВРТ.

**Цель настоящего научного исследования:** повышение эффективности ВРТ на основе проведения корреляционного анализа их неэффективных попыток.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования была выделена основная группа с женскими факторами бесплодия (100 супружеских пар с неудачными попытками ВРТ в анамнезе). При этом в основной группе были выделены следующие подгруппы: трубно-перитонеальное бесплодие; эндокринное бесплодие; эндометриоз и сочетанные факторы бесплодия.

Группу сравнения составили 50 женщин без нарушений фертильности. У этих женщин была подтверждена нормальная структура эндометрия.

До начала цикла ВРТ проводилось тщательное обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, ультразвуковое исследование, клинико-лабораторные, биохимические и гормональные исследования.

В случае выявления какой-либо сопутствующей патологии, в первую очередь урогенитальной инфекции, назначалась соответствующая терапия, которая проводилась в объеме, необходимом для достижения санирующего эффекта.

Все исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» (2000).

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические и морфологические.

Все обследованные лица давали информированное согласие на участие в исследовании.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины 1 подгруппы основной группы (трубно-перитонеальное бесплодие) отличаются следующими характеристиками: возрастной интервал от 36 до 39 лет; превалирование в анамнезе ОРВИ, хронических тонзиллитов, детских инфекций и заболеваний сердца; начало половой жизни – с 16 лет с одним половым партне-

ром (78,2%); наибольшее число в анамнезе искусственных абортов (77,1%); более 3 попыток ВРТ в анамнезе (70,4%); начало менархе после 14 лет (56,3%), чаще без нарушений (53%), длительность бесплодия более 5–10 лет (48,9%); преобладание операций по поводу диагностики и восстановления проходимости маточных труб (44,8% и 13,8% соответственно); преобладание вторичного бесплодия (44,6%); эктопических беременностей (35,6%), тубэктомии (31%); эндометриоза (26,4%); а также родов (25,3%). Среди инфектов наиболее часто были выявлены *C.albicans* и *Chl.trachomatis*.

Во второй подгруппе (эндокринное бесплодие) были более молодые женщины, в возрасте от 30 до 35 лет; с нарушениями менархе (86,2%); ранним началом половой жизни - до 16 лет, но в основном, с одним половым партнером (82,5%); у них отмечено превалирование первичного бесплодия (57,9%), длительность которого более 5-10 лет (68,4%); полименорея и межменструальные выделения отмечались у 50%; у каждой третьей имела место резекция яичников в анамнезе (29,8%); кисты яичников, эндометриоз и аденомиоз (21,5%, 19,3% и 16% соответственно); эндокринные нарушения (19%). В этой подгруппе зарегистрировано наименьшее число перенесенных искусственных абортов (8,7%). Именно у этих женщин с эндокринным бесплодием практически, у каждой третьей, фиксировался длительный и нерегулярный цикл.

Для третьей подгруппы (эндометриоз) характерными являются: преобладание в анамнезе гастритов и циститов; наличие болезненного менструального цикла; оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза (67% и 31,6% соответственно); более 3-х попыток ВРТ в анамнезе (63,3%); превалирование первичного бесплодия (43,3%); в анамнезе до первых попыток ВРТ уже диагностировали эндометриоз (24,2%), лейомиома матки с преобладанием субсерозных и интерстициальных узлов (20,2%); у них же было наибольшее число выкидышей в анамнезе (10,7%).

Для четвертой подгруппы (сочетанные факторы бесплодия) характерными являются: возрастной интервал от 26 до 29 лет; преобладание операций по поводу диагностики и восстановления проходимости маточных труб (89,2%); менархе до 14 лет (78,5%); превалирование в анамнезе кист яичников (67,8%); заболеваний шейки матки (64,3%); до 2-х попыток (в среднем 1,74) ВРТ в анамнезе (64,3%); нарушения цикла у половины пациенток; наличие более одного сексуального партнера (57,2%); длительность бесплодия 2-4 года (57,1%); детских инфекций (57%); превалирование в анамнезе эндокринных нарушений (39%); эндометриоза (32,1%); постоянное выделение в содержимом влагалища *C.albicans*, *G.vaginalis*, *U.urealiticum* в различных титрах; наибольшее число абортов (32,3%); хронических бронхитов (25,4%) и выкидышей (10,7%) в анамнезе.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что несмотря на различные формы бесплодия, определяемые у пациенток по доминирующим факторам бесплодия, четко прослеживается общность системных нарушений репродуктивного здоровья: длительное бесплодие, оперативные вмешательства на органах малого таза, порой неоднократные, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза у значительной части пациенток,

#### Коэффициенты корреляции вероятности наступления беременности после ВРТ с анамнестическими данными и с уровнями гормонов в плазме крови и экспрессией рецепторов стероидных гормонов в эндометрии

Факторы анамнеза	R (p<0,05)
Аппендэктомии	-0,41
Тубэктомии	-0,37
СПКЯ	-0,32
Миомэктомии	-0,35
Лапаротомии	-0,32
Лапароскопии	0,38
РДВ	0,30
ФСГ	0,42
Пролактин	0,39
Эстрадиол	0,28
ТЗ	0,31
ДГАЭ – SO <sub>4</sub>	0,47
ЭР прогестерона в строме эндометрия	0,23
ЭР прогестерона в эпителии эндометрия	0,36
ЭР эстрогенов в строме эндометрия	0,32
ЭР эстрогенов в эпителии эндометрия	0,40

высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения.

Анализ клинико-анамнестических данных позволяет предположить, что эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток.

У мужчин, состоящих в браке с обследуемыми женщинами первой когорты, обнаружено: средний возраст мужчин составил 30,5±4,5 года, при этом достоверных межгрупповых различий по этому показателю выявлено не было; в целом контингент мужчин был представлен рабочими и служащими, ведущими, в основном, сидячий образ жизни; среди обследуемых мужчин 65% курят и 32% регулярно (примерно 1–2 раза в месяц) употребляют спиртные напитки; все мужчины переболели в детстве детскими инфекциями: каждый третий (30,7%) болел ветряной оспой, каждый пятый (20,16%) – корью, а каждый де-

сятый (10,1%) перенес краснуху. Каждый третий мужчина отмечал у себя частые (в среднем 2–3 раза в год) ОРВИ. Каждый пятый указывал на наличие у него хронического гастрита. У каждого шестого в анамнезе – хронический тонзиллит.

На следующем этапе наших исследований, все пациентки в зависимости от исходов ВРТ, были разделены на 2 подгруппы. Пациентки с Б+ – беременность положительная (31 женщина) и Б-, то есть беременность после ВРТ не наступила (69 пациенток). У пациенток подгруппы Б- был несколько выше уровень ТТГ в плазме крови, хотя достоверных межгрупповых отличий при этом выявлено не было. В то же время концентрация ФСГ у пациенток с положительным результатом ВРТ составила  $9,7 \pm 0,8$  МЕ/л, достоверно ( $p < 0,05$ ) превышая соответствующий показатель у пациенток подгруппы Б- ( $6,5 \pm 0,9$  МЕ/л). Сопоставление концентрации гормонов щитовидной железы позволило установить достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение уровня ТЗ в плазме крови у женщин с положительным результатом ВРТ ( $4,7 \pm 0,4$  пг/мл) относительно соответствующего показателя у пациенток с отрицательным результатом –  $3,7 \pm 0,5$  пг/мл. В то же время, у пациенток данной подгруппы несколько выше был уровень связанного Т4, составил  $18,2 \pm 2,8$  нг/дл, что однако достоверно не превышало значения в группе Б+, составившего  $14,0 \pm 3,1$  нг/дл.

Наличие обратных связей умеренной силы обнаружено между положительным эффектом ВРТ и наличием в анамнезе аппендэктомий ( $r = -0,41$ ), тубэктомий ( $r = -0,37$ ), СПКЯ ( $r = -0,32$ ), миомэктомий ( $r = -0,35$ ) и лапаротомий ( $r = 0,32$ ) (таблица). Напротив, были выявлены положительные связи фактора наступления беременности после ЭКО с наличием в анамнезе таких пациенток сведений о лапароскопиях ( $r = 0,38$ ) и РДВ ( $r = 0,30$ ).

Анализируя результаты ВРТ с проведенным лечением, частота коагуляции очагов эндометрия у пациенток с отрицательным результатом ЭКО составила 28,2%, более чем в 2 раза превышая соответствующее значение в подгруппе пациенток с положительным результатом ВРТ.

Оценка взаимосвязи положительного эффекта ВРТ с гормональным фактором показала наличие положительных связей умеренной силы с концентрациями гормонов ФСГ ( $r = 0,42$ ), пролактина ( $r = 0,39$ ) и ТЗ ( $r = 0,31$ ) (см. таблицу). Связь наступления беременности с уровнем эстрадиола была достоверной, однако слабой ( $r = 0,28$ ).

Также слабой была связь положительного эффекта ВРТ с уровнем ЭРП в строме эндометрия ( $r = 0,23$ ), однако корреляция со всеми другими показателями ЭР эндометрия к стероидным гормонам были прямыми и умеренной силой: с ЭРП в эпителии –  $r = 0,42$ , ЭРЭ в строме –  $r = 0,32$ , ЭРЭ в эпителии эндометрия  $r = 0,40$ .

### Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток ВРТ являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный

индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска способствуют срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что, в свою очередь, снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ. Проведенный корреляционный анализ показал существенную роль дисгормональных нарушений и патологии эндометрия в неудачных попытках вспомогательных репродуктивных технологий. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма повышения эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

### Невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій з точки зору кореляційного аналізу додаткових методів досліджень

*I. E. Palyga*

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб ДРТ є: тривале безпліддя, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, велике число внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Крім цього, тривале і неуспішне лікування безпліддя 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. Проведений кореляційний аналіз показав істотну роль дисгормональних порушень і патології ендометрія в невдалих спробах допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, невдалі спроби.

### The unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies from the point of view of the correlation analysis of additional methods of researches

*I. E. Palyga*

Results of the spent researches testify, that principal causes of unsuccessful attempts ART are: long barrenness, numerous operative interventions on bodies of a small basin, the big number intrauterine operations, presence of an endometriosis and a high infectious index. Besides, long and unsuccessful treatment of barrenness in itself is the negative factor aggravating available infringements. These risk factors promote failure adaptation-gomeostasis reserves of an organism, inflammation synchronisation, to strengthening of anatomic-functional defects of reproductive system, that, in turn, reduces reproductive potential of patients and promotes unsuccessful attempts ART. The carried out correlation analysis has shown an essential role dysgормонаl infringements and a pathology of endometrium in unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of increase of efficiency of auxiliary reproductive technologies.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифехов С.Б., Артифехова А.А., Одинцов А.А. Анализ структуры мужской infertility // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н.-Новгород, 2008. – С. 71–78
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1 // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 27–33.
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2 // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А., Скорова Н.Е., Курносова Т.Р. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2011. – 708 с.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2012. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жиборев Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия. – Рязань, 2009. – 321 с.

УДК 618.177-089.888.11-085.357-06:616.432-008.61-071.1:612.433/434.018

## Тактика проведения вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с гиперпролактинемией в анамнезе

*В.О. Петропавловская*

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли функциональной гиперпролактинемии в нарушении репродуктивной функции женщин. При неэффективности поэтапной консервативной терапии и эндоскопического лечения необходимо использовать вспомогательные репродуктивные технологии с обязательной предварительной коррекцией уровня пролактина. Полученные результаты подтверждают эффективность разработанного алгоритма и могут быть широко использованы в практическом здравоохранении.

*Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, гиперпролактинемия.*

Частота бесплодных браков по данным отечественных и зарубежных исследователей составляет от 10 до 20% [1–5]. В структуре женского бесплодия эндокринные факторы занимают второе место, причем, наиболее частой патологией (достигает 40%) является гиперпролактинемия [3]. Как свидетельствуют данные современной литературы в 50–60% случаев причинами стойкого повышения секреции пролактину и нарушения репродуктивной функции являются пролактинсекретирующие опухоли гипофиза (микро- и макропролактиномы), а так называемая функциональная гиперпролактинемия выявляется у 30% пациенток [1, 5].

В результате комплексной поэтапной терапии пациенток с синдромом гиперпролактинемии частота восстановления репродуктивной функции составляет от 20% до 40%, причем наиболее низкая эффективность лечения бесплодия на фоне употребления разных агонистов дофамина отмечается именно при функциональном генезе заболевания [1–5]. По-видимому, настолько низкая эффективность производных алкалоидов рожков у этих больных объясняется отсутствием до настоящего времени представления о действительных причинах бесплодия при функциональной гиперпролактинемии. Особенно это касается пациенток с регулярным ритмом менструаций и немного повышенным уровнем пролактина, что не превышает 1000 мМЕ/л, в которых наступление беременности при лечении бромкриптином отмечается лишь в единичных случаях [3].

В последние годы в Украине широко используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), в том числе и при женском бесплодии эндокринного генеза, к которому относится и функциональная гиперпролактинемия [1–5].

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 с функциональной гиперпролактинемией на основе изучения у них клинико-функциональных, эндокринологических и эндоскопических особенностей, а также разработки и внедрения комплекса лечебно-диагностических мероприятий с использованием ВРТ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

С учетом данных лапароскопического обследования и после микрохирургической коррекции обнаруженных патологических изменений органов малого таза начинали поэтапную дифференцированную терапию:

- в случае лейомиомы матки после выполнения консервативной миомэктомии назначали КОК сроком на 6 мес, в дальнейшем проводили лечение направленное на нормализацию менструального цикла и/или восстановление овуляции;
- в случае эндометриоза проводили предоперационное лечение агонистами ГНРГ депо-формы на протяжении 2–3 мес, которое продолжали еще 2 цикла после оперативного вмешательства;
- в случае поликистоза яичников хирургическому лечению подлежали клонифенрезистентные формы поликистоза яичников, проводилась каутеризация яичников или эндокоагуляция (демедуляция) стромы яичника, в послеоперационном периоде назначали парлодел и дексаметазон по определенной схеме;
- при воспалительных процессах гениталий проводился курс противовоспалительной этиотропной терапии, в дальнейшем лапароскопия, сальпингооовариолизис, во время оперативного вмешательства проводилась хромо-сальпингоскопия раствором бриллиантового зеленого, при сактосальпингсах выполнялась тубэктомия. В послеоперационном периоде проводилась активная профилактика спайкообразования, иммуномодулирующая и физиотерапия.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) у пациенток с гиперпролактинемией были выполнены у 77 пациенток в следующих случаях:

- у 33 пациенток с трубным фактором бесплодия после удаления маточных труб;
- у 10 пациенток после хирургического лечения внешнего эндометриоза;
- у 28 пациенток с клонифенрезистентными формами СПКЯ;
- у 6 пациенток через сочетание с мужским фактором бесплодия.

Лечение методом ВРТ включало:

- диагностику причины бесплодия и отбор супружеских пар;
- стимуляцию суперовуляции;
- мониторинг роста и развития фолликулов (ультразвуковой и гормональный);
- трансвагинальная пункция фолликулов под контролем УЗИ и получения преовуляторного ооцита;
- получение спермы и подготовка ее к инсеминации *in vitro*;
- инсеминацию ооцита *in vitro* или проведение процедуры ИКСИ;
- культивирование половых клеток и эмбрионов, установление факта оплодотворения ооцита и дробление эмбрионов;
- перенесение эмбрионов в полость матки;
- поддержку посттрансферного периода;
- диагностику беременности.

При выполнении этого исследования было проведено 762 цикла стимуляции суперовуляции с использованием схем с агонистами ГНРГ. При этом использовали длинные и короткие протоколы с агонистами ГНРГ.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре нарушений репродуктивной функции у пациенток с функциональной гиперпролактинемией преобладает первичное бесплодие (71,3%) по сравнению со вторичным (28,7%), причем частота разных форм не зависела от характера менструальной функции, а у пациенток со вторичным бесплодием чаще всего встречались произвольные аборты в I триместре беременности (40,5%) по сравнению со срочными родами (23,8%) и искусственными абортами (19,1%).

Средняя длительность лечения бесплодия у пациенток с функциональной гиперпролактинемией составляет  $3,2 \pm 0,3$  года, при этом, в 69,6% случаев проводились повторные курсы противовоспалительной терапии в сочетании с гидротубациями, бальнео- и грязелечением, а лечение парлоделом в течение 1–12 мес проводилось в 89,6% пациенток, однако беременность не наступила у ни одной из них.

У пациенток с функциональной гиперпролактинемией и нарушением репродуктивной функции заболевания органов малого таза имеют место в 97,6% случаев с преобладанием внешнего генитального эндометриоза (40,8%); патологических изменений эндометрия (33,6%) в сравнении с синдромом поликистоз-

ных яичников (22,4%); хроническим сальпингоофоритом (21,6%); лейомиомой матки (9,6%) и кистами яичников (3,2%).

При изучении состояния молочных желез у пациенток с функциональной гиперпролактинемией установлена высокая частота гиперпластических процессов в молочных железах (64,8%) и галакторея (78,5%), которая не зависела ни от характера менструальной функции, ни от степени гиперпролактинемии.

Состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у пациенток с функциональной гиперпролактинемией и бесплодием зависит от характера менструальной функции: при регулярном ритме менструаций гормональные нарушения отсутствуют, а при олигоменорее имеет место повышение концентрации лютеинизирующего гормона при сохраненном уровне фолликулостимулирующего гормона, приводящего к повышению индекса лютеинизирующий гормон/фолликулостимулирующий гормон.

Суммарная частота нарушений андрогенного статуса у пациенток с функциональной гиперпролактинемией и бесплодием составляет 65,6% и зависит от уровня повышения пролактина – при среднем уровне ( $438,7 \pm 24,2$  мМЕ/л) она составляет 60,8%, при стойком повышении (до  $1396,7 \pm 88,2$  нмоль/мл) – 72,5% соответственно.

Использование предлагаемого алгоритма у пациенток с функциональной гиперпролактинемией позволяет восстановить репродуктивную функцию в 47,2% случаев, причем в 22,4% без и в 16,8% – с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли функциональной гиперпролактинемии в нарушении репродуктивной функции женщины. При неэффективности поэтапной консервативной терапии и эндоскопического лечения необходимо использовать вспомогательные репродуктивные технологии с обязательной предыдущей коррекцией уровня пролактина. Полученные результаты подтверждают эффективность разработанного алгоритма и могут быть широко использованы в практическом здравоохранении.

#### Тактика проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток із гіперпролактинемією в анамнезі В.О. Петропавлівська

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль функціональної гіперпролактинемії в порушенні репродуктивної функції жінок. При неефективності поетапної консервативної терапії і ендоскопічного лікування необхідно використовувати допоміжні репродуктивні технології з обов'язковою попередньою корекцією рівня пролактину. Отримані результати підтверджують ефективність розробленого алгоритму і можуть бути широко використані в практичній охороні здоров'я.

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

#### Tactics of carrying out of auxiliary reproductive technologies at patients with hyperprolactinemia in the anamnesis V.A. Petropavlovsky

Results of the spent researches testify to an essential role functional hyperprolactinemia in infringement of reproductive function of women. At an inefficiency of stage-by-stage conservative therapy and endoscopical treatments it is necessary to use auxiliary reproductive technologies with obligatory preliminary correction of level prolactine. The received results confirm efficiency of the developed algorithm and can be widely used in practical public health services.

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

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анохин Л.В. Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия / Л.В. Анохин, О.Е. Коновалов // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3/7. – С. 40–43.
2. Аншина М.Б. Принципы гормональной диагностики в лечении бесплодия: показания, интерпретация результатов, ошибки: (клиническая лекция) / М.Б. Аншина // Пробл. репродукции. – 2007. – № 2. – С. 6–14.
3. Безрукова О.Н. Репродуктивные мотивации женщин // Социологические исследования. – 2008. – № 12. – С. 27–31.
4. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2005. – 611 с.
5. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 147–149.

## Диагностика и лечение патологии эндометрия в аспекте повышения эффективности лечения бесплодия и профилактики невынашивания

**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. По нашему мнению 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 первое место и достигает 20–30% [3, 4].

Благодаря широкому использованию современных эндоскопических технологий в современной репродуктологии повышается эффективность диагностики и соответственно лечения разной внутренней 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 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 опреде-

ленные трудности не только из медицинской, но и из психологической точки зрения [6].

В связи с изложенным выше 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 соединенными факторами бесплодия, в 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 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;

- проходные маточные трубы;

- отсутствие генитальной патологии;

- регулярный менструальный цикл;

- наличие доминантного фолликула;

- толщина эндометрия >9 мм, трехслойная структура;

- концентрация гонадотропинов (ЛГ, ФСГ) и эстрогену (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 группу – 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 I группе ( $p < 0,05$ ).

Все методы исследования проводили в соответствии с нормативными документами и приказами МОЗ Украины.

К комплексу 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 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 пролактина ( $r = -0,39$ ) и трийодтиронина свободно ( $r = -0,31$ ) 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 можно 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 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 лечебно-профилактических мероприятий, которые проводятся, необходимо использовать динамическое клинико-эхографическое, эндокринологическое и иммуногистохимическое обследование.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ математико-статистических взаимосвязей позволил обнаружить наличие связей между результатом вспомогательных репродуктивных технологий и разными анамнестическими данными, уровнем рецепторов половых гормонов, а также концентрациями гормонов в периферической крови. По нашему мнению, полученные данные могут способствовать обоснованию критериев способности оживления эндометрия и свидетельствуют о необходимости исследований динамики гормонального статуса пациенток, уровней рецепторов в слизистой оболочке эндометрия к стероидным гормонам. Очевидно, что учет этих факторов вместе с данными анамнеза должны осуществляться при проведении комплекса мероприятий по подготовке эндометрия в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

### Діагностика і лікування патології ендометрія в аспекті підвищення ефективності лікування безпліддя і профілактики невиношування В.І. Бойко, В.Ю. Радько

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 периферичній крові. На нашу думку, 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. 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, допоміжні репродуктивні технології, патологія порожнини матки.

**Diagnostics and pathology treatment endotrium in aspect of increase of efficiency of treatment of barrenness and preventive maintenance incompetence**

*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 anamnese 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 ЛИТЕРАТУРЫ**

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. Генитальный эндометриоз и бесплодие: IVF или хирургия? / Е.В. Коханевич, И.А. Судома, 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.

**Материалы научно-практического симпозиума с международным участием**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО»**

*16-17 мая 2013 года, г. Винница*

**Оптимизация коррекции психовегетативных и сексуальных нарушений у больных с эндометриозом**

**Абугали Алаа**

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

Среди основной патологии репродуктивной системы в настоящее время одно из основных мест занимает эндометриоз. Основными причинами развития данной патологии является высокий уровень дисгормональных нарушений в репродуктивном периоде, значительная частота воспалительных изменений органов малого таза, неблагоприятное влияние экологических факторов, существенный уровень сопутствующей соматической заболеваемости и др.

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме генитального эндометриоза, нельзя считать все научные вопросы данной проблемы полностью решенными. По нашему мнению, научные и практические исследования, которые заключаются в последующем изучении психовегетативных и сексуальных нарушений у пациенток с генитальным эндометриозом являются перспективными и имеют важное социальное значение для непосредственного здравоохранения репродуктивного, повышения работоспособности и улучшение качества жизни женского населения. Усовершенствован алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с генитальным эндометриозом на основе дополнительного использования коррекции психовегетативных и сексуальных нарушений. Это позволило повысить эффективность диагностики и лечения генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста.

### **Особливості корекції плацентарної дисфункції в юних первородящих**

**М.А. Болотна**

**Медичного інституту Сумського державного університету МОН України**

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу, що призводить до високої частоти перинатальної смертності і захворюваності. Серед основних причин такої негативної тенденції виділяють наявність ускладненого репродуктивного анамнезу, висока частота екстрагенітальною патології, несприятливий вплив екологічних і економічних чинників, а також вагітність в несприятливі терміни для дітородіння (до 18 і після 40 років). Нами вивчена частота, структура і основні причини перинатальних ускладнень у юних первородящих. З'ясовані особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у первородящих молодше 18 років з врахуванням репродуктивного анамнезу. Встановлені нові аспекти патогенезу плацентарної дисфункції на основі вивчення взаємозв'язків між клінічними, ехографічними, кардіотокографічними, доплерометричними і ендокринологічними змінами протягом гестаційного процесу у юних первородящих. Це дозволило удосконалити і оцінити ефективність алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо зниження частоти перинатальної патології у первородящих молодше 18 років на основі методики корекції плацентарної дисфункції.

### **Оптимизация лечения нарушений менструальной функции у многорожавших женщин**

**Е.А. Бунятова**

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

Среди различных групп высокого риска по развитию нарушений менструальной функции в последнее время выделяют многорожавших женщин. Это обусловлено частой травматизацией эндометрия при родоразрешении, высоким уровнем сопутствующей экстрагенитальной патологии, дисгормональными изменениями и др. Несмотря на значительное число научных публикаций по проблемам нарушений менструальной функции и генитальной патологии у многорожавших женщин отдельно, научные исследования, которые касаются взаимосвязи этих двух патологий, практически, отсутствуют, а имеющиеся в данном направлении единичные публикации носят фрагментарный характер. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности поднимаемой научной задачи. Нами изучены основные варианты нарушений менструальной функции у многорожавших женщин. Выяснены основные эхографические и эндокринологические изменения у

многорожавших женщин без и с нарушениями менструальной функции. Установлена взаимосвязь между клиническими, эхографическими и эндокринологическими изменениями у женщин репродуктивного при наличии нарушений менструальной функции у многорожавших женщин. Это позволило усовершенствовать и внедрить алгоритм по снижению частоты нарушений менструальной функции у многорожавших женщин.

### **Особливості затримки розвитку плода при недоношеній вагітності**

**О.І. Бутенко**

**Медичний інститут Сумського державного університету МОН України**

Затримка розвитку плода, частота якого залишається досить високою і коливається від 10 до 25% до загального числа вагітностей, є однією з актуальних медико-соціальних проблем. Відомо, що затримка розвитку плода різного генезу не лише само по собі є важкою перинатальною патологією, але і здатною послужити причиною перинатальної смертності, особливо при недоношеній вагітності. Враховуючи різноманіття клінічних причин затримка розвитку плода при доношеній вагітності, питання ранньої діагностики даного ускладнення саме при загрозі передчасних пологів, а також тактика розродження жінок в даній ситуації викликає певні складнощі у практичних лікарів, що диктує необхідність наукових досліджень в даному напрямі. Не дивлячись на багаточисельні наукові дослідження з проблеми затримки розвитку плода і передчасних пологів, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується розробки критеріїв ранньої діагностики і тактики розродження цих пацієнток. Все це вимагає проведення подальших наукових розробок, направлених на вдосконалення лікувально-діагностичної допомоги вагітним групи високого ризику. Нами вивчені порівняльні клінічні аспекти перебігу вагітності і пологів, а також стану новонароджених у жінок із затримкою розвитку плода при доношеній і недоношеній вагітності. З'ясовані особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок із затримкою розвитку плода при недоношеній вагітності. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, доплерометричними, ендокринологічними і мікробіологічними змінами у жінок із затримкою розвитку плода при недоношеній вагітності. Запропонована методика ранньої діагностики затримка розвитку плода у жінок з недоношеною вагітністю на основі динамічного вивчення клініко-функціональних, лабораторних і мікробіологічних методів дослідження. Це дозволило розробити і упровадити практичні рекомендації відносно зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок із затримкою розвитку плода при недоношеній вагітності.

### **Преподавание акушерства и гинекологии с точки зрения морально-этических принципов**

***В.Р. Волосовский***

**Ивано-Франковский национальный медицинский университет  
МЗ Украины**

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 требует от врача не только профессиональных, но и юридических знаний, 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 применяют современные знания и морально-этические принципы преподавания.

### **Репродуктивное здоровье женщины после внематочной беременности**

***П.Р. Волосовский***

**Ивано-Франковский национальный медицинский университет МЗ Украины**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой актуальности изучаемой научной проблемы – репродуктивном здоровье женщины после внематочной беременности. Усовершенствованный алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность диагностики данной патологии, своевременно провести оперативное лечение с оптимальным объемом, снизить частоту ранних отдаленных послеоперационных осложнений, восстановить репродуктивную функцию пациенток и улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения. Полученные результаты являются основанием для широкого внедрения усовершенствованного алгоритма в практическое здравоохранение.

### **Влияние позаматочной вагинитности на репродуктивную функцию женщин**

***П.Р. Волосовский***

**Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика,  
м. Київ**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой актуальности научной проблемы, что вивчається, – репродуктивное здоровье женщин после позаматочной вагинитности. Вдосконалений нами алгоритм диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность диагностики данной патологии, своевременно провести оперативное лечение с оптимальным объемом, снизить частоту ранних отдаленных послеоперационных осложнений, восстановить репродуктивную функцию пациенток и улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения. Полученные результаты являются основанием для широкого внедрения усовершенствованного алгоритма в практическое здравоохранение.

тичных і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність діагностики даної патології, своєчасно провести оперативне лікування з оптимальним об'ємом, понизити частоту ранніх віддалених післяопераційних ускладнень, відновити репродуктивну функцію пацієнток і поліпшити акушерські і перинатальні результати розродження. Отримані результати є підставою для широкого впровадження вдосконаленого алгоритму в практичну охорону здоров'я.

### **Особенности гиперпластических процессов эндометрия при «чистых» и сочетанных формах генитальной патологии**

***Д.Н. Гаврюшов***

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

Изучены основные особенности течения гиперпластических процессов эндометрия при «чистых» и сочетанных вариантах гиперпластических процессов эндометрия. Среди широкого спектра различной гинекологической заболеваемости изучены генитальный эндометриоз, лейомиома матки и хронический эндометрит. При этом показано конкретное влияние каждого варианта сопутствующей патологии на течение гиперпластических процессов эндометрия. Показаны наиболее информативные диагностические маркеры и научно обоснована необходимость усовершенствования лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

### **Особливості діагностики та ендоскопічного лікування аденоміозу**

***І.П. Гнип***

**Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика,  
м. Київ**

Серед основної патології репродуктивної системи в даний час одне з основних місць займає ендометриоз. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності і ін. У структурі різних форм генітального ендометріозу істотне місце займає аденоміоз, частота якого постійно зростає, особливо у поєднанні з лейомиомою матки і гіперпластичними процесами ендометрія. Не дивлячись на значне число наукових публікацій по проблемах генітального ендометріозу, не можна вважати всі наукові питання даної проблеми повністю вирішеними. На нашу думку, наукові і практичні дослідження, що полягають в підвищенні ефективності ендоскопічної діагностики і лікуванні аденоміозу є перспективними і мають важливе соціальне значення для збереження репродуктивного здоров'я жінок. Нами з'ясована частота розвитку у пацієнток репродуктивного віку аденоміоза, як самостійно, так і у поєднанні з іншою гінекологічною за-



хворюваністю. З'ясовано клініко-функціональний стан репродуктивної системи і молочних залоз в жінок з аденоміозом. Визначена ефективність сучасних ехографічних, ендокринологічних і ендоскопічних методів діагностики аденоміозу. Вдосконалено алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнок з аденоміозом на основі використання сучасних ендоскопічних технологій. Це дозволило знизити захворюваність у жінок репродуктивного віку.

**Субмукозная миома матки – возможности восстановления репродуктивной функции**

**С.В. Гридчин**

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

Научная работа посвящена снижению частоты бесплодия у пациенток с субмукозной миомой матки путем оптимизации диагностики, совершенствования техники оперативного вмешательства, определения репродуктивного прогноза при ее сочетании с другими факторами риска нарушений репродуктивной функции. Проведен сравнительный клинический анализ нарушений репродуктивной функции у пациенток с субмукозной миомой матки. Определены диагностические критерии для выбора хирургического доступа при проведении миомэктомии. Изучено молекулярно-биологическое состояние эндо- и миометрия в норме и при субмукозной миоме матки в сочетании с гиперпластическим процессом эндометрия. Оценены отдаленные результаты миомэктомии с позиций восстановления репродуктивной функции женщины. Это позволило усовершенствовать и внедрить алгоритм лечебно-профилактических и диагностических мероприятий при нарушении репродуктивной функции у пациенток с лейомиомой матки при различной тактике их ведения.

**Особенности плацентарной дисфункции у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії**

**В.І. Гузь**

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

Проблема плацентарної дисфункції є однією з найбільш важливих в сучасному акушерстві у зв'язку з постійно зростаючою частотою за відсутності суттєвого зниження перинатальних втрат. Серед основних причин такої тенденції виділяють наступні: збільшення частоти екстрагенітальної патології, початкових дисгормональних порушень, хронічне інфікування тощо. Вагітні жінки з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії має місце високий ризик розвитку різних перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не

завжди ефективні. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані ранньої діагностики плацентарної дисфункції, а також ефективності використовуваних лікувально-профілактичних заходів. Нами встановлено частоту, причини і структуру перинатальної патології у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії в порівняльному аспекті. З'ясовано особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, ендокринологічними, ехографічними, доплерометричними і кардіотокографічними змінами у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії. Це дозволило удосконалити методику ранньої діагностики і корекції плацентарної дисфункції у пацієнок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії.

**Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя**

**О.С. Дарій**

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

Вивчені основні свідчення і умови проведення допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя. Проведена клініко-функціональна і лабораторна характеристика подружніх пар за наявності і відсутності чоловічого чинника безпліддя. Виділені основні причини і особливості преморбідного фону при чоловічому чиннику безпліддя. Вдосконалений і упроваджений алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при використанні допоміжних репродуктивних технологій при чоловічому чиннику безпліддя, що дозволяє знизити частоту порушень репродуктивної функції в подружній парі.

**Пути снижения невынашивания у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом**

**А.А. Довгань**

**Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского**

Изучены особенности частоты, причин и структуры невынашивания у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом. При этом показано существенная роль микробиологических, эндокринологических и генетических нарушений в генезе неблагоприятных исходов беременности у женщин с факторами риска. На основе полученных результатов предложена методика прогнозирования, а также усо-

вершенствован алгоритм лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты невынашивания у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом. Внедрение усовершенствованного алгоритма позволило улучшить результаты клинического течения беременности у женщин группы высокого риска.

**Пути снижения анемии беременных у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей**

**И.В. Дорошенко**

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

Научная работа посвящена снижению частоты анемии беременных у женщин с хроническими заболеваниями печени и желчевыводящих путей на основе изучения основных клинико-биохимических и гематологических аспектов, а также разработки и внедрения нового комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Показано влияние хронической патологии печени и желчевыводящих путей на изменения гематологического статуса на протяжении гестационного процесса. Выявлены особенности формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей в зависимости от наличия или отсутствия гестационной анемии. Установлена взаимосвязь между клиническими, функциональными, биохимическими и гематологическими особенностями у беременных женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей. Разработан и внедрен комплекс лечебно-профилактических мероприятий по снижению частоты анемии беременных у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей на основе использования медикаментозной коррекции.

**Тактика ведения пациенток с аномалиями развития матки**

**А.В. Заболотін**

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

Природжені аномалії розвитку матки серед дівчаток і дівчат з гінекологічною патологією складають до 6% і мають тенденцію до зростання. Клінічні прояви аномалій розвитку матки залежать від форми аномалії і частіше характеризуються дисменореєю, первинною аменореєю, тазовими болями. З поліпшенням технічних можливостей розробляються методи хірургічної корекції природжені аномалії розвитку матки і піхви. За допомогою гістерорезектоскопії став можливим розтин внутрішньоматкової перегородки у жінок репродуктивного віку. На підставі проведених досліджень розроблені диференційовані підходи до вибору хірургічної тактики у жінок з аномаліями розвитку матки на підставі порівняння різних видів опе-

ративного доступу із застосуванням ендоскопічних операцій. Розроблені принципи діагностики аномалій розвитку матки з використанням ехографічних і ендоскопічних методів. Передбачається розробити алгоритм ведення пацієнток з аномаліями розвитку матки в пубертатному і репродуктивному періодах з метою зниження частоти порушень репродуктивної функції.

**Особенности субмукозной миомы матки у женщин репродуктивного возраста**

**Е.В. Заевская**

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

Изучены особенности частоты, причин развития и клинических проявлений субмукозной миомы матки у женщин репродуктивного возраста. При этом показана роль современных эндоскопических технологий в ранней диагностике данной патологии и адекватной хирургической коррекции. Изучены особенности эндокринологического статуса обследованных пациенток с учетом эхографических изменений субмукозной миомы матки. Предложены эффективные диагностические маркеры, а также усовершенствован алгоритм лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для пациенток данной группы. Это позволило снизить частоту радикального оперативного лечения и повысить эффективность лечения нарушенной репродуктивной функции.

**Особливості аномалій пологової діяльності під час партнерських пологів**

**Н.А. Кобилецька**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Патологія скоротливої діяльності матки є однією з провідних проблем сучасного акушерства і виявляється аномаліями пологової діяльності, матковими кровотечами і рядом інших патологічних станів в пологах і в післяпологовому періоді. Основними чинниками ризику аномалій пологової діяльності вважаються екстрагенітальна патологія, інтраамніальне інфікування, анемія вагітних, прееклампсія та ін. Серед нових технологій розродження особливе місце займають партнерські пологи, частоти яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології. Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатню вивчену питання аномалій пологової діяльності при партнерських пологах, хоча його актуальність не викликає сумнівів, особливо в плані розробки ефективних профілактичних і прогностичних методик. Вивчено частоту і структуру аномалій пологової діяльності при партнерських пологах. З'ясовано основні чинники

ризиком розвитку аномалій пологової діяльності у жінок з чинниками ризику на сучасному етапі. Встановлено взаємозв'язок між функціональним станом фетоплацентарного комплексу і розвитком аномалій пологової діяльності при відмінності різних чинників ризику. Удосконалена методика підготовки і проведення партнерських пологів при високому ризику аномалій пологової діяльності. Це дозволило покращити результати розродження жінок групи високого ризику.

**Вплив допоміжних репродуктивних технологій  
на стан молочних залоз**  
*Р.Е. Кубрак*

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

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовуються у пацієнок з різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, які можуть привести до необхідності використання ДРТ виросла роль різних дисгормональних захворювань молочних залоз. При цьому тактика ведення цих пацієнок остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ. Нами встановлені частота і свідчення для ДРТ у жінок з патологією молочних залоз. З'ясовані основні особливості порушень ендокринологічного статусу у пацієнок з патологією молочних залоз. Вивчено впливи різних схем стимуляції овуляції на функціональний стан молочних залоз. Це дозволило удосконалити алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо підвищення ефективності ДРТ у жінок з патологією молочних залоз.

**Особливості анемії вагітних при метаболічному синдромі**  
*О.А. Лезникова*  
**Луганський державний медичний університет МЗ України**

Изучены особенности патогенеза анемии беременных у пациенток с метаболіческим синдромом и без него. Показана роль дисгормональных нарушений, характерных для метаболіческого синдрома, в генезе изменений метаболізма железа и качественных изменений эритроцитов. Представлена необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при ведении беременных женщин с анемией на фоне метаболіческого синдрома, что позволит улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения.

**Пути снижения частоты кесарева сечения после вспомогательных  
репродуктивных технологий**

**Д.Н. Масло**  
**Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев**

Научная работа посвящена возможности оптимизации методики родоразрешения женщины после ВРТ на основе изучения клинко-функциональных и эндокринологических особенностей, а также разработки критериев для естественного родоразрешения этих пациенток без ухудшения показателей перинатальной смертности и заболеваемости. Изучена структура показаний к ВРТ с учетом наличия женских и мужских факторов, а также их сочетания. Оценены сравнительные аспекты клинического течения беременности и родов, а также состояние новорожденных у женщин после ВРТ с учетом основных причин бесплодия. Выявлены особенности формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин после ВРТ с учетом причин бесплодия и показаний к ВРТ. Предложены критерии для самостоятельного родоразрешения женщин после ВРТ с учетом причин бесплодия и показаний к ВРТ. Оценена эффективность усовершенствованного алгоритма родоразрешения женщин после ВРТ в аспекте перинатальной смертности и заболеваемости.

**Оптимізація діагностики та лікування гіперпластичних  
процесів ендометрія**

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

Вивчені сучасні особливості патогенезу гіперпластичних процесів ендометрія з врахуванням результатів імуногістохімічного обстеження пацієнок. Це послужило науковим обґрунтуванням необхідності удосконалення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів. Отримані позитивні результати лікування гіперпластичних процесів ендометрія з урахуванням імуногістохімічних детермінант свідчать про ефективність запропонованої моделі лікувальної тактики у цих пацієнок. Це відкриває широкі перспективи в лікуванні і профілактиці різної патології ендометрія.

**Особливості новоутворень яєчників після гістеректомії**  
**Е.В. Мотренко**

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

Проблема новоутворень яєчників є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології, що обумовлене збільшенням в нашій країні числа жінок репродуктивного віку з різними гормональними дисфункціями, у тому числі і яєчникомо-

го генезу. Серед різних проблем гінекологічної захворюваності в репродуктивному віці частіше за інших зустрічаються лейоміома матки і ендометріоз, в лікуванні яких оперативні методи складають близько 60%, а в структурі всіх операцій основне місце займає гістеректомія. Одним з невирішених наукових завдань даної проблеми є новоутворення яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії. Був оцінений динамічний анатомо-функціональний стан одного або обох яєчників, характер їх кровопостачання після видалення матки в репродуктивному віці. Досліджені клініко-ендокринологічних порушення у жінок після гістеректомії без яєчників в репродуктивному віці. Встановлено взаємозв'язок клінічних, ендокринологічних і ехографічних змін в ранні і віддалені терміни після гістеректомії без яєчників в репродуктивному віці в аспекті розвитку їх новоутворень. Вивчена частота і причини розвитку новоутворень яєчників після гістеректомії у жінок репродуктивного віку. Це дозволило удосконалити і упровадити алгоритм діагностичних заходів, а також раціональну тактику оперативного лікування новоутворень яєчників після гістеректомії в репродуктивному віці.

#### **Тактика ведення нерожавших пациенток с ендометриомами**

**А.Д. Мысенко**

**Крымский государственный медицинский университет  
имени С.И. Георгиевского**

В настоящее время проблема эндометриоза выходит на одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста, при этом частота данной патологии достигает 50%. Кроме постоянно возрастающей частоты этого заболевания весьма существенную роль играет и недостаточная эффективность предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий. Рассматривая эффективность предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий обращает на себя внимание отсутствие единого подхода в выборе метода лечения. Но вместе с тем, как свидетельствуют данные отечественной и зарубежной литературы, особенно последних лет всё большее предпочтение отдается эндохирургическому лечению данной патологии с последующей адекватной реабилитацией. Нами изучены особенности клинического течения и эффективности различных методов лечения эндометриоза яичников у нерожавших женщин. Выяснена динамика изменений эхографических и эндокринологических показателей до и в динамике различных методов лечения эндометриоза яичников у нерожавших женщин. Установлено наличие и особенности взаимосвязи клинических, эхографических и эндокринологических показателей у нерожавших женщин с эндометриозом яичников. Это позволило усовершенствовать и внедрить алгоритм дифференцированного подхода к тактике лечения эндометриоза яичников с использованием современных эндоскопических технологий и направленной гормональной коррекции у нерожавших женщин.

#### **Особенности невынашивания беременности во II триместре у многорожавших женщин**

**Набхан Елена**

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

Вопрос акушерской и перинатальной патологии у многорожавших женщин, является достаточно актуальными для стран с высоким уровнем рождаемости, в том числе и в Саудовской Аравии. Общеизвестным является тот факт, что женщины после третьих родов составляют группу высокого риска по развитию разнообразных осложненных беременности и родов. На наш взгляд, одной из наименее решенных задач данного научного направления является невынашивание во II триместре беременности у многорожавших женщин. Это обусловлено, с одной стороны высоким уровнем преждевременных родов в этой группе женщин, а с другой стороны – отсутствием конкретных практических рекомендаций по данному вопросу. Все это в совокупности указывает на актуальность исследуемого научного вопроса в решении проблемы снижения репродуктивных потерь у многорожавших женщин. Изучены частота и структура невынашивания беременности во II триместре в зависимости от паритета. Выяснены основные механизмы развития невынашивания во II триместре беременности у многорожавших женщин. Определены основные факторы риска невынашивания во II триместре беременности у многорожавших женщин, и их роль в разработке новой прогностической методики. Это позволило усовершенствовать и оценить эффективность алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий относительно снижения частоты невынашивания во II триместре беременности у многорожавших женщин.

#### **Шляхи зниження перинатальної патології при партнерському кесаревому розтині**

**І.П. Нецкарь**

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

Вивчено частоту операцій кесаревого розтину при наявності партнера як плановому так і в ургентному порядку. Дана порівняльна оцінка перебігу і результату пологового акту для матері та плода при проведенні партнерських і традиційних пологів, розроджених шляхом операції кесаревого розтину. Порівняно перебіг, частоту ускладнень післяпологового (післяопераційного) періоду у пацієнток при проведенні традиційних пологів і партнерських пологів. На підставі проведених досліджень розроблено диференційований, комплексний підхід до можливості використання сімейно-орієнтованих акушерських технологій, як метод зниження перинатальних втрат. Показана доцільність індивідуальної підтримки партнера в пологах, з метою поліпшення перебігу та результатів пологів, зниження медикаментозного навантаження в

пологах, зменшення кількості ускладнень в пологах і післяпологовому періоді. Встановлено, що застосування сімейно-орієнтованих технологій в акушерських клініках при пологах шляхом операції кесаревого розтину дозволить знизити агресивні технології і частоту перинатальної патології.

### **Маткові кровотечі при аденоміозі в репродуктивному і перименопаузальному віці**

**П.М. Прудніков**

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

Аденоміоз є широко поширеним захворюванням, причому частота його виявлення в популяції варіює від 10 до 53%. Ця патологія є однією з істотних, а за даними деяких авторів, основною причиною альгодисменореї, гіперменореї і безпліддя, а до 44% випадків маткових кровотеч, не пов'язаних з патологією вагітності, тобто ургентних негравідарних метроррагій, асоційовано з наявністю аденоміозу. Мета дослідження – підвищення ефективності діагностики аденоміозу при маткових кровотечах, не пов'язаних з вагітністю, на етапі гінекологічного відділення. Для вирішення поставленої мети проведено клінічне дослідження, що включає аналіз історій хвороби і даних обстеження 110 пацієнток у віці від 20 до 52 років, що поступили в екстремому порядку в гінекологічний стаціонар. Результати проведених досліджень свідчать, що вдосконалений алгоритм діагностики аденоміозу при наданні екстреної спеціалізованої допомоги дає можливість вже при первинній госпіталізації верифікувати аденоміоз в 93,8±6,0% пацієнток з цією патологією. Достовірна діагностика аденоміозу в умовах стаціонару по наданню екстреної допомоги, в тому числі на ранніх стадіях розвитку процесу (в 25,6±10,9% пацієнток) дозволяє своєчасно і обгрунтовано вибрати раціональну лікувальну тактику.

### **Особливості невиношування у жінок із патологією ендометрія в анамнезі**

**В.Ю. Радько**

**Медичний інститут Сумського державного університету МОН України**

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я у всьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності вагається в межах 10–25%. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів складає 5–10%. Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові гінекологічні захворювання, особливо різна патологія ендометрія в анамнезі (хронічні запальні захворювання і гіперпластичні

процеси). У той же час, патогенез невиношування на тлі патології ендометрія в анамнезі вивчений недостатньо. Вивчені частота, структура і основні причини передчасного переривання вагітності у жінок з патологією ендометрія в анамнезі. З'ясовані особливості змін ендокринологічного і мікробіологічного статусу в динаміці гестації у жінок з патологією ендометрія в анамнезі. Встановлений взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними і мікробіологічними змінами протягом гестаційного процесу у жінок з патологією ендометрія в анамнезі. Це дозволило розробити і упровадити практичні рекомендації по зниженню частоти невиношування у жінок з патологією ендометрія в анамнезі на основі розробки диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів.

### **Особливості невиношування у жінок з надлишковою масою тіла та метаболічним синдромом**

**С.Г. Русалкіна**

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

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я у всьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25%. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів складає 5–10%. Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові соматичні захворювання, особливо ендокринного генезу. Останніми роками в структурі генітальної і екстрагенітальної патології особливе місце займають різні ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром, що характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних яєчників, які часто взаємозв'язані і доповнюють один одного. У той же час, вагітні жінки з метаболічним синдромом мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні. Вивчені частота, структура і основні причини передчасного переривання вагітності у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом. З'ясовані особливості змін ендокринологічного, ліпідного і вуглеводного обміну у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом в динаміці гестації. Встановлений зв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними і біохімічними змінами протягом гестаційного процесу у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом. На основі отриманих результатів нами розроблені і упроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти невиношування у жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом на основі розробки диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів.

### Особенности функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с аномалиями развития матки

**М.А. Сазонова**

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

Научная работа посвящена снижению частоты перинатальной патологии у женщин с аномалиями развития матки на основе изучения функционального состояния фетоплацентарного комплекса и эндокринологических особенностей, а также усовершенствования методики ранней диагностики и коррекции плацентарной дисфункции. Установлено частоту, причины и структуру перинатальной патологии у женщин с аномалиями развития матки в сравнительном аспекте. Выявлены особенности формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин в зависимости от варианта аномалий развития матки. Изучена взаимосвязь между клиническими, эндокринологическими, эхографическими, доплерографическими и кардиотокографическими изменениями у женщин с аномалиями развития матки. Это позволило усовершенствовать методику ранней диагностики и коррекции плацентарной дисфункции у пациенток с аномалиями развития матки.

### Особенности невиношування у жінок з синдромом полікістозних яєчників

**Г.А. Степур**

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, довкілля і багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольована симпатико-адреналовою системою, яка забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилося. Останніми роками в структурі генітальної патології особливе місце займає синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), дисгормональні порушення, безпліддя, а також наявність дисметаболических змін екстрагенітальної локалізації, які часто пов'язані і доповнюють один одного. В той же час, вагітні ці жінки мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні. Нами вивчені частота, структура і основні причини передчасного переривання вагітності у жінок із СПКЯ в анамнезі. З'ясовано особливості змін ендокринологічного статусу і стану метаболізму у жінок із СПКЯ в анамнезі в динаміці гестації. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, ендокринологічними і біохімічними змінами протягом гестаційного процесу у жінок із СПКЯ в анамнезі. Це дозволило удосконалити і оцінити ефективність алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо зниження частоти невиношування у жінок із СПКЯ в анамнезі.

### Безпліддя у жінок з поєднаними формами геніальної патології

**Ю.В. Страховецька**

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

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10 до 20%. У структурі жіночого безпліддя ендокринні чинники займають друге місце, причому, досить частою патологією є синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) і перитонеальний ендометріоз (ПЕ), частота яких досягає 30–40% серед різних причин порушень репродуктивної функції. Особливостями лікування безпліддя, що асоціюється як із СПКЯ, так і з ПЕ, є широке використання хірургічних методів, складових спільно з консервативною терапією (індукторами овуляції різних типів і що призначаються при ПЕ антиестрогеном) «першу лінію» в арсеналі засобів, вживаних для реалізації репродуктивної функції. Лише при неефективності методів відновлення природної фертильності (ВПФ) у пацієток із СПКЯ і з ПЕ прийнято переходити до другого етапу в лікуванні безпліддя, тобто до використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Нами вивчені основні клінічні форми безпліддя і визначити клініко-гормональні параметри у пацієток з поєднанням СПКЯ і ПЕ. Дана оцінка функціональному стану різних ланок репродуктивної системи у хворих з безпліддям при поєднанні СПКЯ і ПЕ. Розроблено алгоритм обстеження пацієток з безпліддям при поєднанні СПКЯ і ПЕ. Удосконалено і показати ефективність двохетапного підходу (ендоскопія і гормонотерапія) при лікуванні безпліддя у пацієток з поєднанням СПКЯ і ПЕ.

### Тактика оперативного лікування міоми матки великих розмірів

**В.А. Терехов**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Лейоміома матки – найбільш поширена пухлина тазових органів у жінок і складає до 30% всіх гінекологічних захворювань. На сьогоднішній день від 30% до 52% всіх гістеректомій виконуються з приводу лейоміоми матки. Одним зі свідчень до хірургічного лікування при лейоміомі матки є великі розміри пухлини (величина лейоміоми матки, що збільшує розміри останньої більш 12-тижневої вагітності), проте, в літературі дискутується питання про доцільність гістеректомії при лейоміомі матці великих розмірів при її безсимптомному перебігу. Основні проблеми лапароскопічної гістеректомії при значному збільшенні матки зв'язані з технічними труднощами маніпуляцій нею в ході операції, а також витяганням препарату з черевної порожнини. Нами визначені критерії вибору різних оперативних доступів (лапаротомія, лапароскопія, вагінальний доступ) при радикальному хірургічному лікуванні хворих лейоміомою матки великих розмірів. Оптимізовано техніку гістеректомій у хворих лейоміомою матки великих розмірів. З'ясована доцільність проведення гістеректомій у хворих лейоміомою матки великих розмірів при її безсимптомному перебігу, визначити критичні розміри пухлини, при яких показано

хірургічне лікування. Розроблено програму передопераційної підготовки і післяопераційного ведення хворих лейоміомою матки великих розмірів при різних типах радикальних оперативних втручань, що включає вживання а-ГнРГ як передопераційна підготовка. Дана оцінка впливу гістеректомії, виконаних різними способами на соціальне, ролеве і сексуальне функціонування і якість життя в цілому хворих на міому матки великих розмірів. Вивчено частоту і характер ускладнень радикального хірургічного лікування хворих міомою матки великих розмірів залежно від використаного хірургічного доступу (лапаротомії, лапароскопії, вагінального) і розробити принципи їх профілактики.

### Особливості патології шийки матки у дівчат-підлітків

**А.Ю. Титенко**

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

Вивчені особливості патології шийки матки у дівчаток-підлітків з урахуванням їх сексуальної активності, а також використовуваних методів контрацепції. При цьому дана детальна характеристика функціональному стану шийки матки з використанням кольпоскопічних і цитологічних методів досліджень, а також особливості мікробіоценозу статевих шляхів. При цьому показана істотна роль числа статевих партнерів і використовуваної контрацепції в генезі патологічних змін шийки матки. Отримані результати дозволило науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів щодо зниження частоти патології шийки матки в дівчат-підлітків.

### Особливості плацентарної дисфункції при аномальній плацентажі

**С.О. Ткаченко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Однією з основних проблем сучасного акушерства є розробка ефективних заходів профілактики перинатальної смертності і захворюваності. Серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити різне розташування плаценти, у тому числі і аномальне, тобто локалізацію її в області нижнього сегменту матки, частково або повністю нижче передлежачій частині плода. Акушерський аспект проблеми полягає у вирішенні питання збереження або пролонгації вагітності при кровотечах, що виникають унаслідок аномального розташування плаценти (АРП), розвиток плацентарної дисфункції і прееклампсії різного ступеня тяжкості. У перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки розвитку плода і народження недоношених дітей. В той же час, більшість питань функціонального стану фетоплацентарного комплексу, стану плода і новонародженого при АРП залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими.

Були виявлені чинники ризику патологічного перебігу вагітності при атипичній локалізації плаценти в матці. Вивчені особливості перебігу вагітності і результати пологів для матері і плода при аномаліях плацентажі. Дана оцінка впливу різних варіантів розташування плаценти на функціональний стан фетоплацентарного комплексу. Досліджено морфофункціональний стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з аномальним розташуванням плаценти. Це дозволило розробити і впровадити алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у вагітних з різними варіантами розташування плаценти.

### Тактика хірургічної корекції цистоцеле у жінок похилого віку

**В.В. Яцентюк**

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

У структурі планових оперативних втручань випадіння матки та стінок піхви займає третє місце після доброякісних пухлин та ендометріозу. Оперативне лікування розладів тазового дна є найбільш ефективним і за прогнозами збільшиться в 2 рази в найближчі 30 років в зв'язку із старінням жіночого населення, а на сьогоднішній день загальна кількість оперативних втручань з приводу генітального пролапсу в США щорічно складає 250 тис. випадків. Відзначається першорядне значення лапароскопії в удосконаленні наявних і розробці нових оригінальних методик для хірургічного лікування і профілактики генітального пролапсу в пацієнок репродуктивного і перименопаузального віку. Однак варто підкреслити, що ендотрахеальний наркоз, пролонгування анестезії (при лапароскопічних операціях), положення Тренделенбурга в поєднанні з екстрагенітальною патологією збільшують ризик розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень, особливо в літньому і старечому віці та властивих йому соматичних захворювань. Одним з напрямків сучасних технологій є застосування ендопротеза Prolift, який, на жаль, має і ряд суттєвих недоліків, серед них: часто надлишкові розміри імплантанта, що призводять до зморщування сітки і підвищення ризику розвитку ерозій, недостатня міцність фіксації протеза в несучих структурах тазового дна, відсутність можливості здійснення «підтримки» апекса піхви при передній пластинці, недосконалість конструкції нижньої частини заднього протеза, що підвищує ризик так званого «нижнього ректоцеле» та ін. Нами вивчені особливості клінічної характеристики пацієнок з цистоцеле у поєднанні з пролапсом матки. Досліджено частоту та структуру захворюваності пролапсом, зокрема частоту цистоцеле. Вияснено особливості змін в системі сполучної тканини у досліджуваного контингенту хворих. Дана оцінка змін уродинамічного характеру у жінок похилого віку з цистоцеле. Вивчено особливості перебігу післяопераційного періоду у хворих після різних варіантів передньої кольпорафії. Це дозволило розробити та впровадити методику хірургічного лікування цистоцеле у жінок похилого віку шляхом застосування алопластики.

**Наукове видання**  
**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
**СПІВРОБІТНИКІВ**  
**НМАПО імені П.Л. ШУПИКА**

**Випуск 22, книга 5 (частина 2)**

Головний редактор:  
академік НАМН України, професор  
**Ю.В. Вороненко**  
Науковий редактор: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.  
**Ю.П. Вдовиченко**

Художній і технічний редактор:  
Л.В. Сухих

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Редактор англ. резюме: к.пед.н., доцент **Л.Ю. Лічман**

**Замовник та видавець: НМАПО імені П.Л. Шупика**

Адреса для листування: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9  
Адреса редакції: Україна, 04112, м. Київ-112, вул. Дорогожицька, 9, кім. 403,  
тел./факс (044) 440-61-92  
e-mail: [nmapo403@ukr.net](mailto:nmapo403@ukr.net)

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Peterburg. Друк офсетний.  
Обл. видав. арк. – 37,96. Ум.-друк.арк. – 24,16.  
Друк ТОВ «Медичний видавничий дім «Професіонал»»  
Тел./факс: (044) 220-15-66